

Änderungen und Neuerungen in den LKF-Modellen 2025

stationär und spitalsambulant
Stand 17. Juni 2024

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

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

Herstellungsort: Wien

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

Projektleitung:

Mag. Stefan Eichwalder (BMSGPK)

Projektteam

BMSGPK:

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Mag. Rainer Kleyhons,
Mag. Walter Sebek (Stv. Abteilungsleiter)

Koordination medizinische Dokumentation:

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

Ökonomenteam (SOLVE-Consulting):

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

Ärzteteam:

Prim. Dr. Ludwig Neuner (Klinikum Freistadt, OÖG)
Fachleute aus den medizinischen Fächern

Statistik:

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

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

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

Wien, Juni 2024

Alle Rechte vorbehalten:

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

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

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

Inhalt

1	Wartung Leistungskatalog	6
1.1	Neue Leistungspositionen	6
1.2	Textänderungen und Änderungen der Leistungseinheiten.....	8
1.3	Streichungen	11
1.4	Wartung tagesklinisch abrechenbarer Leistungen	13
1.5	Stationär zu codierende Leistungen	14
1.6	Zuordnung der neuen Leistungen zu den stationären und ambulanten Fallpauschalen	16
2	Wartung Diagnoseschlüssel	18
2.1	Ergänzungen im Anhang A zur ICD-10 BMSGPK 2025	18
2.2	Wartung der Diagnosenkennzeichnung in Kapitel XXI	18
3	Modellbildung 2025.....	20
3.1	Grundsätzliche Änderungen der stationären und ambulanten LKF-Modelle 2025	20
3.1.1	Gleiche Kalkulationsmethode stationär und ambulant	20
3.1.2	Berücksichtigung von Vorhaltekosten als Bestandteil des LKF-Kernbereichs	21
3.2	Stationäres LKF-Modell	22
3.2.1	Ergebnisse des Projekts LKF-Nachkalkulation.....	22
3.2.2	Neuberechnung der Belagsdauerwerte	24
3.2.3	Berechnung der Leistungskomponente (LK).....	25
3.2.4	Berechnung der Tageskomponente (TK)	26
3.2.5	Sonderbereiche	26
3.2.6	Intensiveinheiten	28
3.2.7	Geänderte und neue Fallpauschalen 2025	30
3.2.8	Bepunktungsregeln – Übersicht.....	33
3.3	Ambulantes LKF-Modell.....	37
3.3.1	Allgemein	37
3.3.2	APG-Gruppen	37
3.3.3	AMG-Gruppen.....	38
3.3.4	Tagesklinische Leistungen	41
4	Umsetzung des LKF-Modells im Kernbereich	42
4.1	Kriterien für die Berücksichtigung von Vorhaltekosten	42
4.2	Gewichtung der Kriterien für die Verteilung der Vorhaltekosten	42
4.3	Datenbasis der Kriterien für die Verteilung der Vorhaltekosten	43
4.3.1	Mustertabelle für die Basisdaten der Kriterien für Vorhaltekosten	43
4.3.2	Mustertabelle für die Darstellung der LKF-Punkte	44
4.3.3	Mustertabelle für die Berechnung der Abrechnungsbeträge nach LKF-Modell 2025	44

5 Themen zur Dokumentation	48
5.1 Dokumentationspflicht für Diagnosen im spitalsambulanten Bereich ab 1.1.2025	48
5.1.1 Grundregeln – allgemeine Prinzipien.....	48
5.2 Neue Funktionscodes	49
6 Beilagen zum LKF-Modell 2025	51
6.1 Beilage: LKF-Modell 2025 Stammdaten	51
6.2 Beilage: LDF-Baumdarstellung LKF-Modelle 2025 vs. 2024	51
6.3 Beilage: LKF-Modell 2025 Mustertabellen Verteilung Fondsmittel, Vorhaltekostenanteile	51
6.4 Beilage: ICD-10 Kapitel XXI für 2025	51

1 Wartung Leistungskatalog

1.1 Neue Leistungspositionen

Die eingebrachten Vorschläge für neue Leistungen wurden gemeinsam mit den medizinischen Fachleuten der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF auf Erfüllung der Aufnahmekriterien geprüft und für ausführliche Analysen zur wissenschaftlichen Evidenz ausgewählt.

Darüber hinaus erfolgte eine Wartung der bestehenden Leistungspositionen unter Berücksichtigung der eingegangenen Hinweise. Bei Änderungen der Leistungsinhalte wurden die alten Codes gestrichen und neue Codes vergeben.

Die Vorschläge zur Wartung des Leistungskatalogs wurden mit den medizinischen Fachleuten der Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF und der Sozialversicherung abgestimmt. Als Ergebnis werden die folgenden Leistungspositionen aufgenommen:

Code	Langtext	Codierung ambulant	Codierung stationär
AP560	Anlage eines Systems zur aurikulären Vagusnervstimulation (LE=je Sitzung)	X	
AZ510	Telemedizinische Kontrolle eines Impulsgenerators zur Neuromodulation/Tiefenhirnstimulation (LE=je Sitzung)	X	
DD045	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) mit medikamentenbeschichtetem Ballon (LE=je Gefäß)		X
EQ550	Bildgebungsgesteuerte perkutane Embolisation venöser und lymphatischer Malformationen (LE=je Sitzung)		X
FC015	Entfernung einzelner Lymphknoten ohne Markierung (LE=je Sitzung)	X	X
FV046	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen peripheren Shunt (LE=je Sitzung)	X	X
FV047	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen Dialysekatheter (LE=je Sitzung)	X	X
GE080	Tracheotomie – offen (LE = je Sitzung)		X
GE081	Tracheotomie – perkutan (LE = je Sitzung)		X

Code	Langtext	Codierung ambulant	Codierung stationär
GL025	High-Flow-Sauerstofftherapie (LE=je Behandlungstag)		X
HS015	N/P: Totale parenterale Ernährung (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)		X
LM130	Operative Rekonstruktion komplexer erworbener Defekte der Abdominalwand (LE=je Sitzung)		X
LM511	Punktion der Brusthöhle (LE=je Sitzung)	X	
LM512	Punktion der Bauchhöhle (LE=je Sitzung)	X	
XA031	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Tebentafusp 68 µg abs. (LE=je Applikation)	X	X
XA131	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Elranatamab: 76 mg abs. (LE=je Applikation)	X	X
XA132	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Epcoritamab: 48 mg abs. (LE=je Applikation)	X	X
XA133	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Glofitamab: 30 mg abs. (LE=je Applikation)	X	X
XA134	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Talquetamab: 0,4 mg/kg KG (LE=je Applikation)	X	X
XA135	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Tislelizumab: 200 mg abs. (LE=je Applikation)	X	X
XA196	Zusätzliche onkologische Therapie – Tabelecleucel (LE=je Applikation)	X	X
XA360	Therapie der hämolytischen Kälteagglutinin-Anämie mit Sutimlimab: 6500-7500 mg abs. (LE=je Applikation)	X	X
XC125	AVD (Tag 1)	X	X
XC421	Docetaxel/Doxorubicin liposomal (Tag 1)	X	X
XC455	D(T)-PACE (Tag 1-4)	X	X

Code	Langtext	Codierung ambulant	Codierung stationär
XC470	EMACO (Tag 1-8)	X	X
XN060	Katheterablation des renalen Sympathikus-Nervengeflechtes (LE=je Sitzung)		X
XS080	Desensibilisierung gegen Spenderorgan bei Nierentransplantation mit Imlifidase (LE=je Applikation)		X
XS090	Therapie der Beta-Thalassämie und Sichelzellkrankheit mit Exagamglogene autotemcel (LE=je Applikation)		X
XS100	Therapie der schweren und mittelschweren Hämophilie B mit Etranacogen dezaparvovec (LE=je Applikation)	X	X
ZZ540	Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)	X	
ZZ541	Telemedizinische fachspezifische Konsultation (LE=je Sitzung)	X	

1.2 Textänderungen und Änderungen der Leistungseinheiten

Die Vorschläge zur Wartung des Leistungskatalogs wurden mit den medizinischen Fachleuten der Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF und der Sozialversicherung abgestimmt.

Als Ergebnis werden die folgenden Textänderungen vorgenommen:

Code	Langtext 2024	Langtext 2025
DD090	PTCA mit Cutting Balloon (LE=je Gefäß)	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) mit Cutting Balloon (LE=je Gefäß)
FC018	Entfernung des Sentinellymphknotens (LE=je Sitzung)	Entfernung des/der Sentinellymphknoten/-s als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)
FZ040	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut – ohne Purgung (LE=je Mobilisierungszyklus)	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut (LE=je Mobilisierungszyklus)

Code	Langtext 2024	Langtext 2025
FZ090	Allogene Stammzelltransplantation mit reduzierter Konditionierungstherapie – bei Zukauf eines Implantats (LE=je vollständige Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)	Allogene Stammzelltransplantation mit reduzierter Konditionierungstherapie – mit Implantatzukauf (LE=je vollständige Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)
FZ100	Allogene Stammzelltransplantation mit Hochdosis-/aplasierender Konditionierungstherapie – bei Zukauf eines Implantats (LE=je vollständige Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)	Allogene Stammzelltransplantation mit Hochdosis-/aplasierender Konditionierungstherapie – mit Implantatzukauf (LE=je vollständige Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)
HS030	N/P: Partielle parenterale Ernährung mit > 40kcal/kg/d oralem Anteil auf neonat./päd. Intensivstationen (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)	N/P: Partielle parenterale Ernährung (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)
JN530	Nackentransparenzmessung oder Combined Test (LE=je Sitzung)	Combined Test (LE=je Sitzung)
LZ530	Zystotomie, Zystektomie einer Kieferzyste (LE=je Sitzung)	Zystostomie, Zystektomie einer Kieferzyste (LE=je Sitzung)
PZ600	Entfernung von tiefsitzenden Fremdkörpern (LE=je Sitzung)	Entfernung tiefsitzender Fremdkörper aus Muskulatur, Knochen, Gelenken (LE=je Sitzung)
XA081	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Pembrolizumab (LE=je Applikation)	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Pembrolizumab: 200 mg abs. (LE=je Applikation)
XC588	5-FU/Oxaliplatin biweekly (FOLFOX) (Tag 1-2)	5-FU/Oxaliplatin biweekly (FOLFOX) (jeweils Tag 1-2, 14-15)
XC814	SMILE (Tag 1-8)	mSMILE (Tag 1-8)
ZN510	Biopsie/Probeexzision (LE=je Sitzung)	Perkutane Biopsie/Probeexzision (LE=je Sitzung)
ZN530	Anlage oder Wechsel einer Sonde oder Drainage (LE=je Sitzung)	Anlage oder Wechsel einer Sonde oder Drainage über eine präformierte Körperöffnung (LE=je Sitzung)
ZN540	Anbringen therapeutischer Drainagen – ultraschallgezielt/ohne Bildgebung (LE=je Sitzung)	Anbringen/Wechseln therapeutischer Drainagen über eine perkutane Punktion – ultraschallgezielt/ohne Bildgebung (LE=je Sitzung)

Als Ergebnis werden die folgenden Änderungen der Leistungseinheiten vorgenommen:

Code	Langtext 2024	Langtext 2025
AL510	Neuropsychologisches Funktionstraining (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	Neuropsychologisches Funktionstraining (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM520	Klinisch-psychologische Exploration (LE=je Sitzung)	Klinisch-psychologische Exploration (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM530	Kurze klinisch-psychologische Testung (LE=je Sitzung)	Kurze klinisch-psychologische Testung (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM535	Ausführliche klinisch-psychologische Testung (LE=je Sitzung)	Ausführliche klinisch-psychologische Testung (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM550	Verbale Intervention bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)	Verbale Intervention bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM560	Psychotherapeutische Einzeltherapie (LE=je Sitzung)	Psychotherapeutische Einzeltherapie (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM570	Psychotherapeutische Gruppentherapie (LE=je Sitzung)	Psychotherapeutische Gruppentherapie (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM580	Krisenintervention (LE=je Sitzung)	Krisenintervention (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM590	Klinisch-psychologisches Beratungsgespräch (LE=je Sitzung)	Klinisch-psychologisches Beratungsgespräch (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM600	Entspannungstherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	Entspannungstherapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM610	Entspannungstherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	Entspannungstherapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM620	Musiktherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	Musiktherapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AM630	Musiktherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	Musiktherapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)

Code	Langtext 2024	Langtext 2025
GK540	Logopädisch-phoniatrische Therapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	Logopädisch-phoniatrische Therapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
GK550	Logopädisch-phoniatrische Therapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	Logopädisch-phoniatrische Therapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
GL570	Atemphysiotherapie (LE=je Sitzung)	Atemphysiotherapie (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
PE510	Physiotherapie: Bewegungstherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	Physiotherapie: Bewegungstherapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
PE520	Physiotherapie: Bewegungstherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	Physiotherapie: Bewegungstherapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
PE530	Physiotherapie: Bewegungstherapie im Wasser (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	Physiotherapie: Bewegungstherapie im Wasser (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
PE540	Physiotherapie: Bewegungstherapie im Wasser (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	Physiotherapie: Bewegungstherapie im Wasser (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
PE550	Physiotherapie: Bewegungstherapie mit Geräten (Einzeltherapie) unter Aufsicht (LE=je Sitzung)	Physiotherapie: Bewegungstherapie mit Geräten (Einzeltherapie) unter Aufsicht (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
ZN840	Ergotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	Ergotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
ZN850	Ergotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	Ergotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)

1.3 Streichungen

Die Vorschläge zur Wartung des Leistungskatalogs wurden mit den medizinischen Fachleuten der Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF und der Sozialversicherung abgestimmt.

Als Ergebnis werden die folgenden Leistungspositionen gestrichen und durch die jeweils angeführten Leistungen ersetzt:

Code	Langtext	Ersatz durch
AM010	Psychotherapie im Rahmen eines stationären Aufenthaltes (LE=je Aufenthalt)	ambulante Leistungen
FC020	Regionale Lymphadenektomie als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)	
FV045	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration (LE=je Sitzung)	FV046, FV047
FZ050	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut – mit Purging (LE=je Mobilisierungszyklus)	
FZ101	Einsatz von zugekauften blutbildenden Stammzellen aus Knochenmark/Blut (LE=je vollständige Stammzelltransplantation)	
FZ102	Einsatz von zugekauften blutbildenden Stammzellen aus Nabelschnurblut (LE=je single pack)	
GK010	Logopädisch-phoniatrische Therapie im Rahmen eines stationären Aufenthaltes (LE=je Aufenthalt)	ambulante Leistungen
HS010	N/P: Einleitung einer totalen parenteralen Ernährung ohne wesentliche orale Ernährung (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)	HS015
HS020	N/P: Fortführung einer totalen parenteralen Ernährung ohne wesentliche orale Ernährung (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)	HS015
LM510	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle (LE=je Sitzung)	LM511, LM512
PE010	Physiotherapie im Rahmen eines stationären Aufenthaltes (LE=je Aufenthalt)	ambulante Leistungen
XA115	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Necitumumab 800 mg abs. (LE=je Applikation)	
XA130	Onkologische Therapie – intraarterielle Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)	
XA190	Zusätzliche onkologische Therapie – Palifermin (LE=je Serie (Tag1-6))	
XA330	Immunsuppressive zytostatische Therapie bei nicht-onkologischen Erkrankungen (LE=je Aufenthalt)	
XC028	ACNU (Tag 1)	
XC036	ADOC (Tag 1)	
XC328	Cisplatin/Vinblastin (VP) (Tag 1)	
XC332	Cisplatin/Vindesin (ViPI) (Tag 1)	
XC400	DCI (Tag 1-3)	

Code	Langtext	Ersatz durch
XC432	Docetaxel/Treosulfan (Tag 1)	
XC480	Epirubicin/Gemcitabine (Tag 1)	
XC516	EVAIA (Tag 21-23)	
XC632	ICE mit Cisplatin (Tag 1-3)	
XC654	IGEV (Tag 1-4)	
XC668	Irinotecan/Mitomycin (Tag 1)	
XC792	PEC (Tag 1)	
XC824	TFDC (Tag 1-24)	
XC832	TOPO/ARA-C/Cycloph. (Tag 1-5)	
XC904	VRID (Tag 1-4)	
ZN360	Ergotherapie im Rahmen eines stationären Aufenthaltes (LE=je Aufenthalt)	ambulante Leistungen
ZZ525	Beziehung Konsiliararzt in einer spitalsambulanten Einrichtung (LE=je Sitzung)	ZZ540
ZZ532	Fachspezifische Erstuntersuchung (Anamnese, fachspezifische Basisuntersuchung) (LE=je Sitzung)	ZZ540
ZZ533	Fachspezifische Folgekonsultation (Befundbesprechung/Kontrollen) (LE=je Sitzung)	ZZ540
ZZ534	Telemedizinische Folgekonsultation (Befundbesprechung, Therapieplan) (LE=je Sitzung)	ZZ541

1.4 Wartung tagesklinisch abrechenbarer Leistungen

Die Vorschläge zur Wartung der im Rahmen des Tagesklinikmodells abrechenbaren Leistungspositionen wurden mit den medizinischen Fachleuten der Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF und der Sozialversicherung abgestimmt.

Als Ergebnis werden die folgenden bestehenden Leistungen als tagesklinisch abrechenbar aufgenommen:

Code	Langtext
DA080	Perkutaner Verschluss von Defekten des intrakardialen Septums (ASD, VSD) (LE=je Sitzung)
DD090	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) mit Cutting Balloon (LE=je Gefäß)

Die folgende neue Leistung ist nach dem Tagesklinikmodell abrechenbar:

Code	Langtext
DD045	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) mit medikamentenbeschichtetem Ballon (LE=je Gefäß)

1.5 Stationär zu codierende Leistungen

Die Vorschläge zur Wartung des Leistungskatalogs wurden mit den medizinischen Fachleuten der Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF und der Sozialversicherung abgestimmt. Als Ergebnis sind die folgenden Leistungen auch im Fall von stationären Aufenthalten verpflichtend zu erfassen:

Code	Langtext	Codierung stationär 2024	Codierung stationär 2025
AL510	Neuropsychologisches Funktionstraining (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM520	Klinisch-psychologische Exploration (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM530	Kurze klinisch-psychologische Testung (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM535	Ausführliche klinisch-psychologische Testung (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM550	Verbale Intervention bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM560	Psychotherapeutische Einzeltherapie (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM570	Psychotherapeutische Gruppentherapie (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J

Code	Langtext	Codierung stationär 2024	Codierung stationär 2025
AM580	Krisenintervention (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM590	Klinisch-psychologisches Beratungsgespräch (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM600	Entspannungstherapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM610	Entspannungstherapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM620	Musiktherapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
AM630	Musiktherapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
GK540	Logopädisch-phoniatische Therapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
GK550	Logopädisch-phoniatische Therapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
GL570	Atemphysiotherapie (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
PE510	Physiotherapie: Bewegungstherapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
PE520	Physiotherapie: Bewegungstherapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
PE530	Physiotherapie: Bewegungstherapie im Wasser (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
PE540	Physiotherapie: Bewegungstherapie im Wasser (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
PE550	Physiotherapie: Bewegungstherapie mit Geräten (Einzeltherapie) unter Aufsicht (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J

Code	Langtext	Codierung stationär 2024	Codierung stationär 2025
ZN840	Ergotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J
ZN850	Ergotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)		J

1.6 Zuordnung der neuen Leistungen zu den stationären und ambulanten Fallpauschalen

Die Vorschläge zur Wartung des Leistungskatalogs wurden mit den medizinischen Fachleuten der Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF und der Sozialversicherung abgestimmt.

Die neu aufgenommenen Leistungspositionen werden den folgenden Fallpauschalen des stationären und ambulanten LKF-Modells zugeordnet:

Code	Gruppe/LDF stationär	LG stationär	Gruppe/LDF ambulant	LG ambulant
AP560			APG23.02 A	
AZ510			APG01.01 A	
DD045	MEL21.11 A	LG233	MEL21.11 A	LG233
EQ550	MEL20.01 F			
FC015	MEL02.03 C		MEL02.03 C	
FV046	MEL24.01 B oder C	LG247	MEL24.01 B oder C	LG247
FV047	MEL24.01 B oder C	LG247	MEL24.01 B oder C	LG247
GE080				
GE081				
GL025				
HS015				
LM130	MEL06.05 B	SPEZMEL		
LM511			APG12.51 A	
LM512			APG12.51 A	

Code	Gruppe/LDF stationär	LG stationär	Gruppe/LDF ambulant	LG ambulant
XA031	MEL22.14 B	LG236	MEL22.14 B	LG236
XA131	MEL22.14 E	LG239	MEL22.14 E	LG239
XA132	MEL22.14 C	LG237	MEL22.14 C	LG237
XA133	MEL22.14 C	LG237	MEL22.14 C	LG237
XA134	MEL22.14 E	LG239	MEL22.14 E	LG239
XA135	MEL22.14 C	LG237	MEL22.14 C	LG237
XA196	MEL22.26 A	SPEZMEL	MEL22.26	SPEZMEL
XA360	MEL22.14 D	LG238	MEL22.14 D	LG238
XC125	MEL22.01 A		MEL22.01 A	
XC421	MEL22.04 A		MEL22.04 A	
XC455	MEL22.01 A		MEL22.01 A	
XC470	MEL22.01 A		MEL22.01 A	
XN060	MEL20.01 D	LG227		
XS080				
XS090				
XS100				
ZZ540			APG00.30 A oder B	
ZZ541			APG00.30 A oder B	

2 Wartung Diagnoseschlüssel

2.1 Ergänzungen im Anhang A zur ICD-10 BMSGPK 2025

Die Vorschläge zur Wartung der Diagnosendokumentation wurden mit den medizinischen Fachleuten der Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF und der Sozialversicherung abgestimmt. Als Ergebnis werden die folgenden Codes im Anhang A zur ICD-10 ergänzt:

Stadium der Carotisstenose nach Vollmar (modifiziert)

Code	Bezeichnung
211.1	Carotisstenose Stadium 1: Asymptomatische Stenose
211.2	Carotisstenose Stadium 2: Reversible Ischämie
211.3	Carotisstenose Stadium 3: Indikation zur Notfall-Karotis-TEA
211.4	Carotisstenose Stadium 4: Ipsilateraler Schlaganfall in den letzten 6 Monaten

Akuter Schlaganfall bei Operation/Intervention

Code	Bezeichnung
215.0	Kein akuter ischämischer Schlaganfall/TIA (vor/bei/nach der Operation/Intervention)
215.1	Akuter ischämischer Schlaganfall/TIA vor der Operation/Intervention
215.2	Akuter ischämischer Schlaganfall/TIA nach der Operation/Intervention

Bei Codierung der Leistung „EB040 – Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stent-implantation – extrakranielle Gefäße des Kopfes und Halses (LE=je Sitzung)“ oder der Leistung „EB060 – Rekonstruktion der Arteria carotis (Thrombendarterektomie, Gefäß-interponat) (LE=je Seite)“ ist sowohl ein Code aus 211.0 bis 211.3 als auch ein Code aus 215.0 bis 215.2 verpflichtend als Zusatzdiagnose zu erfassen.

2.2 Wartung der Diagnosenkennzeichnung in Kapitel XXI

Für die vollständige Codierbarkeit der Gründe ambulanter Besuche im Rahmen der ab 1.1.2025 geltenden gesetzlichen Codierpflicht wurde die Kennzeichnung der Diagnosen mit „#“ und „!“ überarbeitet. Damit stehen jetzt zahlreiche Codes zur Verfügung, die

erfasst werden können, wenn kein medizinischer Grund (Erkrankung, Verletzung, Symptom, Befund) für den ambulanten Besuch angegeben werden kann (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Untersuchungen zur Bestimmung von Alkohol/Drogen).

Von einer vollständigen Aufhebung der Kennzeichnung wurde Abstand genommen, da die meisten Codes des Kapitels XXI in erster Linie als Zusatzinformation für die interne Dokumentation geeignet sind (weiterhin mit „#“ gekennzeichnet) und sämtliche Codes des Kapitels nur dann zur Anwendung kommen sollen, wenn kein medizinischer Grund angegeben werden kann.

Die Änderungen haben keine Auswirkungen auf die Bepunktung nach dem LKF-Modell und sind in der Beilage „ICD-10 Kapitel XXI für 2025“ dargestellt.

3 Modellbildung 2025

Basierend auf Zielsetzungen des LKF-Modells lt. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, den Ergebnissen des Projekts LKF-Nachkalkulation und weiterführenden Datenanalysen werden folgende Neuerungen und Änderungen im LKF-Modell 2025 umgesetzt.

Als spezielle Neuerung ist die Umsetzung von Vorhaltekostenanteilen im stationären LKF-System vorgesehen, nachdem bereits im Jahr 2019 mit der österreichweiten Einführung des ambulanten LKF-Systems eine gleichgeartete Strukturkomponente im Ausmaß von 50% der ambulanten Endkosten implementiert wurde. Das stationäre und ambulante LKF-Modell weisen ab dem Jahr 2025 Vorhaltekosten im gleichen Anteil von 30% auf, was somit bedeutet, dass für beide LKF-Modelle die LKF-Punkte 70% der Endkosten der österreichischen Fondskrankenanstalten repräsentieren.

3.1 Grundsätzliche Änderungen der stationären und ambulanten LKF-Modelle 2025

3.1.1 Gleiche Kalkulationsmethode stationär und ambulant

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

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

Stationäres LKF-Modell:

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

Ambulantes LKF-Modell:

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Berücksichtigung von Vorhaltekosten als Bestandteil des LKF-Kernbereichs

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

Im **stationären LKF-Modell** betrifft der Ansatz von Vorhaltekosten vor allem die Tageskomponente der Fallpauschalen, wo die Kosten des Stationsbereichs mit Vorhalteleistungen (z.B. Nacht- und Bereitschaftsdienste) abgebildet sind. Die Leistungskomponente repräsentiert die Leistungen der OP- sowie Untersuchungs- und Behandlungsbereiche, wo sich der Ansatz von Vorhaltekosten deutlich geringer auswirkt, weil hier vor

allem die kalkulierten Einzelkosten (Personal-, Material- und Gerätekosten) und nur zu einem geringeren Anteil Gemeinkosten mit Vorhaltekostenanteilen enthalten sind.

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

3.2 Stationäres LKF-Modell

3.2.1 Ergebnisse des Projekts LKF-Nachkalkulation

3.2.1.1 Nachkalkulation der medizinischen Einzelleistungen

Die Ergebnisse aus dem Projekt „LKF-Kalkulation 2022–2024“ wurden in das LKF-Modell 2025 eingearbeitet. Damit kommt es im Modell 2025 zu Änderungen der Punkte für die Leistungskomponente der Fallpauschalen.

Insgesamt waren am Projekt rd. **30 Referenzhäuser** in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt, welches von einer Abdeckung eines breiten Fächerspektrums bis hin zu ausgewählten Fachbereichen (Strahlentherapie, aufwändige Pharmakotherapie) reichte. Die Kalkulationsarbeiten der Referenzhäuser waren auf die Kalkulation der Personal-, Material- und Gerätekosten fokussiert (Einzelkosten), welche seitens des LKF-Teams mit der Kalkulation der Gemeinkostenzuschläge ergänzt wurden.

Im Hinblick auf den Ansatz von Vorhaltekostenanteilen ist anzumerken, dass sich diese nur in der Kalkulation der Gemeinkosten und nicht in den Einzelkosten niederschlagen. Im LKF-Modell 2025 liegt der durchschnittliche Gemeinkostenzuschlag über alle operativen und nicht-operativen medizinischen Leistungen bei rd. 75%; ohne Berücksichtigung von Vorhaltekosten wäre dieser bei rd. 126% gelegen, was somit eine Verringerung um rd. 40% bedeutet.

3.2.1.2 Bereinigte Belagstagskosten

Für die Ermittlung der bereinigten Belagstagskosten je Belagstag wurden die medizinischen Einzelleistungen den einzelnen bettenführenden Kostenstellen zugeordnet, mit den MEL-Kalkulationen bewertet und von den (um die Vorhaltekostenanteile reduzierten)

Endkosten dieser Kostenstellen abgezogen. Die Kalkulation erfolgte durch das LKF-Team unter Verwendung der Kostenrechnungsergebnisse 2022.

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

Als wesentliche Neuerung ist anzuführen, dass die bereinigten Belagstagskosten unter **Abzug der Vorhaltekostenanteile** ermittelt wurden. Die Ermittlung erfolgte auf Basis der Kostenrechnungsergebnisse 2022, unter Festlegung von Vorhaltekostenanteilen je Kostenartengruppe, welche auf alle bettenführenden Hauptkostenstellen angewendet wurden (z.B. Personalkosten 15%, Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter 15%, Kosten für nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter 50%, kalkulatorische Zusatzkosten 70%). Für alle bettenführenden Kostenstellen der österreichischen Fondskrankenanstalten errechnete sich für die bereinigten Belagstagskosten daraus ein Vorhaltekostenanteil von rd. 31%.

Die bereinigten stationären Belagstagskosten pro Belagstag auf Normalpflegeabteilungen („**Basissatz**“) wurden mit – durchschnittlich für alle Fachbereiche – **563 Euro** ermittelt (Preisbasis 2022). Dies bedeutet gegenüber dem bisherigen Modell (490 Euro, Preisbasis 2014) eine Erhöhung um 14,9%. Ohne Abzug von Vorhaltekosten hätte sich ein Basissatz von 839 Euro ergeben, was gegenüber dem bisherigen Modell eine Erhöhung um 71,2% bedeutet hätte.

Zur weiteren Differenzierung der Kosten je Belagstag und Kostenstelle wurde entsprechend den Ergebnissen der **PPR-Daten** (PPR = „Pflege-Personal-Regelung“ zur Bewertung des Pflegeaufwands) eine Gewichtung der Belagstagskosten in Abhängigkeit von den patientenbezogenen PPR-Ergebnissen je LDF vorgenommen. Gewichtet wurden dabei innerhalb der bereinigten Belagstagskosten nur die Personalkosten für die Pflege und 90% der Kosten der Kostenartengruppe 02 (medizinische Ge- und Verbrauchsgüter). Alle anderen Kosten je Belagstag wurden ungewichtet für alle stationären Fälle je Kostenstelle berechnet. Diese Gewichtung wurde erstmals für die Modellbildung 2009 und nach der Modellbildung 2017 (= letztes Änderungsjahr) nunmehr auch für die Modellbildung 2025 vorgenommen. Die PPR-Daten wurden von 15 Referenzkrankenhäusern zur Verfügung gestellt.

3.2.2 Neuberechnung der Belagsdauerwerte

3.2.2.1 Allgemeine Methodik und Vorgangsweise

Für das LKF-Modell 2025 wurden alle Belagsdauerwerte der Fallpauschalen auf Basis der aktualisierten Struktur der Fallpauschalen neu berechnet. Datenbasis dafür war das Jahr 2022, gescort nach dem neuen LKF-Modell 2025.

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

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

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

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

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

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

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

Nur bei zwei Fallpauschalen liegt die BDU bei 1 Belagstag:

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

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

3.2.2.3 Berechnung der Belagsdauerwerte für spezielle Fallpauschalen

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

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

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

3.2.3 Berechnung der Leistungskomponente (LK)

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

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

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

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

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

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

Grund dafür ist, dass Eintages- und Nulltages-Fälle geringere Kosten an Nicht-Filter-MEL aufweisen. Im LKF-Modell 2025 wurden die Nicht-Filter-MEL für die Fälle ab 2 Belagstagen festgelegt, für NTA und ETA sind Abschlagsfaktoren definiert (siehe dazu Punkt 3.2.8).

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

3.2.4 Berechnung der Tageskomponente (TK)

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

Die **bereinigten Belagstagskosten** wurden unter Gewichtung mit den PPR-Daten ermittelt (siehe dazu Punkt 3.2.1.2).

Die Belagsdauern basieren auf den Fällen ab 2 Belagstagen, somit ohne Nulltages- und Eintages-Fälle (siehe dazu Punkt 3.2.2).

3.2.5 Sonderbereiche

3.2.5.1 Sonderbereiche mit tageweiser Bepunktung

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

Es ergeben sich die folgenden Punkte pro Belagstag:

Sonderbereich	Punkte 2025	Punkte 2024	Veränd. (%)
Palliativmedizinische Einrichtungen	671	686	-2%
Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	404	385	5%
Remobilisation/Nachsorge (RNS)	311	303	3%
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	753	630	20%
Akutnachbehandlung neurolog. Pat., Stufe B	723	644	12%
Akutnachbehandlung neurolog. Pat., Stufe C	439	423	4%

Anmerkungen:

- Für das LKF-Modell 2025 wurden die Punkte für alle Sonderbereiche auf Basis der tatsächlichen Personalausstattung ermittelt (unverändert gegenüber Modell 2024).
- Die durchschnittliche Auslastung basiert auf einer definierten Normauslastung je Bereich: Palliativ: 80%, AG/R: 85%, RNS: 85%, KJP: 75% (bis auf AG/R mit 90% unverändert gegenüber Modell 2024). Für die Akutnachbehandlung neurologischer Patienten der Stufen B und C wurden die Ist-Auslastungsgrade von 82% bzw. 80% herangezogen.

Die Bepunktung für **palliativmedizinische Einrichtungen** wird wie folgt vorgenommen:

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

Belagstag	Punkte/Tag	Belagstag	Punkte/Tag	Belagstag	Punkte/Tag
22	641	29	486	36	391
23	613	30	470	37	381
24	587	31	455	38	371
25	564	32	440	39	361
26	542	33	427	40	352
27	522	34	414	41	344
28	503	35	403	42	336

3.2.5.2 Sonderbereiche – Bewertung über MEL-Gruppen

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

Es ergeben sich die folgenden Punkte:

Sonderbereich	MEL	MEL-Gruppe	BDMW	LK	TK	Punkte 2025	Punkte 2024	Veränd. (%)
Alkoholentwöhnung im Turnus 6 bis 12 Wochen	AM040	MEL 23.01	84	0	23.464	23.464	19.331	21%
Drogenentwöhnungen auf Drogenstationen	AM050	MEL 23.02	120	0	48.557	48.557	48.168	1%
Akute Insulttherapie auf Schlaganfallseinheiten (stroke unit)	AA040	MEL 26.02	7,9	1.403	5.037	6.440	5.051	27%
Behandlung in der PSO im Turnus (Erwachsene)	AM100	MEL 32.01	84	0	29.757	29.757	24.419	22%
Behandlung in der PSO im Turnus (Kinder und Jugendliche)	AM140	MEL 32.03	84	0	60.672	60.672	35.364	72%

3.2.5.3 Sonderbereiche – Einstufungskriterien

Für das Modell 2026 ist eine Evaluierung der Personalschlüssel für die Genehmigung spezieller Funktionseinheiten (Intensiveinheiten, AG/R, RNS, PAL etc.) vorgesehen.

3.2.6 Intensiveinheiten

3.2.6.1 Zusatzpunkte für Intensiveinheiten

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

Intensivzuschläge gelten jene Kosten ab, die **über** die durchschnittliche Tageskomponente hinausgehen. Die durchschnittliche Tageskomponente auf Normalpflegeabteilungen des

bisherigen Modells von 490 Euro („Basissatz“), die für Intensiveinheiten angewendet wurde, wurde für das LKF-Modell 2025 mit dem **neuen Basissatz von 563 Euro** festgelegt. Dieser Wert wurde daher von den Kosten je Belagstag und je Intensivkategorie abgezogen. Weiters wurden – analog der Vorgangsweise bei der Berechnung der bereinigten Belagstagskosten für Normalpflegeabteilungen – die auf Intensiveinheiten angefallenen MEL-Kosten abgezogen. Die Kalkulation erfolgte auf Basis einer Normauslastung von 75% für alle Intensiveinheiten.

Daraus ergeben sich folgende Intensiv-Zuschläge pro Tag:

	Intensiveinheit	Punkte 2025 Basis ¹⁾	Punkte 2025 max. ²⁾	Punkte 2025 MW ³⁾	Punkte 2024 MW ³⁾	Veränd. MW (%)
IE0	Intensivüberwachung Erwachsene	635	869	754	570	32%
IE1	Intensivbehandlung Erwachsene Stufe 1	946	1.157	1.075	833	29%
IE2	Intensivbehandlung Erwachsene Stufe 2	1.218	1.439	1.339	1.239	8%
IE3	Intensivbehandlung Erwachsene Stufe 3	2.033	2.541	2.160	1.872	15%
IK0	Intensivüberwachung Kinder	641	-	641	605	6%
IK1	Intensivbehandlung Kinder	1.412	-	1.412	1.314	7%

¹⁾ Basiswert für die jeweilige Stufe

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

³⁾ Mittelwert der jeweiligen Stufe (TISS-Mittel)

3.2.6.2 Einstufungskriterien für Intensiveinheiten

Für das LKF-Modell 2025 erfolgt die Ermittlung des TISS-Mittelwerts für die Einstufung auf Basis der dokumentierten TISS-Punkte aller Intensivtage und damit auf der gleichen Datenbasis wie für die Ermittlung der Zusatzpunkte. Die Einstufungskriterien für Intensiveinheiten bleiben unverändert.

3.2.6.3 Dokumentationspflicht für Intensivüberwachungseinheiten

Ab 1.1.2025 ist auch für Intensivüberwachungseinheiten eine Verpflichtung zur Intensivdokumentation vorgesehen. Als Übergangsregelung können Intensivüberwachungs-

einheiten ohne Intensivdokumentation für das Jahr 2025 noch mit dem Basispunktwert eingestuft werden.

3.2.7 Geänderte und neue Fallpauschalen 2025

3.2.7.1 Allgemeine Methodik und Vorgangsweise

Das Modell 2025 stellt das Ergebnis der Arbeiten zur umfassenden Aktualisierung und Weiterentwicklung des LKF-Modells dar und soll in den Folgejahren („Wartungsjahren“) mit Ausnahme notwendiger Änderungen aus ökonomischen oder medizinischen Gründen grundsätzlich unverändert bleiben.

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

Zielsetzung für die Modellbildung war, dass – im Hinblick auf **Modellkontinuität auf Ebene der HDG- und MEL-Gruppen** – strukturelle Veränderungen grundsätzlich nur innerhalb einer HDG- oder MEL-Gruppe und nicht zwischen den Gruppen vorgenommen wurden.

Änderungen in den Splits erfolgten nach Maßgabe folgender Kriterien:

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

Die Fallpauschalen des LKF-Modells 2025 sind in tabellarischer und grafischer Form (Gegenüberstellung der Modellbäumchen 2025 vs. 2024) den Beilagen zu entnehmen.

3.2.7.2 Spezielle Anmerkungen zu Fallgruppen

Im LKF-Modell 2025 kommt es zur **Auflösung** der folgenden **MEL-Gruppen**:

- MEL11.08 – Einfache Eingriffe an Harnblase und Urethra:
Die enthaltenen drei Leistungen „JD020 – Naht der Harnblase“, „JD030 – Zystotomie“ und „JE020 – Urethrektomie“ sind im LKF-Modell 2025 der MEL-Gruppe MEL11.05 – Eingriffe an Harnblase und Urethra zugeordnet.
- MEL22.07 – Intraarterielle Chemotherapie:
Die alleinige enthaltene Leistung „XA130 – Onk. Therapie – intraarterielle Chemotherapie“ wird im LKF-Modell 2025 gestrichen, die MEL-Gruppe daher aufgelöst.

- MEL22.12 – Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut – mit Purgung:
Die alleinige enthaltene Leistung „FZ050 – Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut – mit Purgung“ wird im LKF-Modell 2025 gestrichen, die MEL-Gruppe daher aufgelöst.

3.2.7.3 MEL22.14 Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - monoklonale Antikörper

Im LKF-Modell 2018 wurden erstmals Gruppen (LDFs) mit Definition von Punkte-Bandbreiten gebildet und die einzelnen Leistungen auf Basis der Medikamentenkosten den entsprechenden Fallpauschalen zugeordnet. Diese Vorgangsweise entsprach jener im Bereich der MEL-Gruppen MEL22.01 bis MEL22.06 (Chemotherapie-Schemata Erwachsene) seit Einführung des LKF-Modells. Seit dem LKF-Modell 2018 wird im Rahmen der jährlichen Wartung eine Evaluierung der Gewichtung des Leistungszuschlags (hier sind die Kosten für die monoklonalen Antikörper enthalten) und eine jährliche Anpassung des Leistungszuschlags auf Basis der zuletzt verfügbaren Daten vorgenommen, zuletzt für das LKF-Modell 2024 auf Basis der Jahresdaten 2022.

Für das LKF-Modell 2025 wurden aufgrund der aktualisierten MEL-Kalkulationen die **Bandbreiten für die Zuordnung** angepasst und die **Neu-Zuordnung der einzelnen MEL** vorgenommen. Außerdem erfolgte die Ermittlung des Leistungszuschlags – entsprechend der bisherigen Vorgangsweise – auf Basis der zuletzt verfügbaren Leistungszahlen, für das LKF-Modell 2025 somit die **Jahresdaten 2023** (und damit nicht 2022 als Basisjahr für die Modellbildung 2025).

Leistungskomponente und Leistungszuschlag stellen sich somit wie folgt dar:

MEL-Gruppe	Fallpauschale	Leist.-komponente 2024	Leistungs-zuschlag 2024*)	Nicht-Filter-MEL 2024	Leist.-komponente 2025	Leist.-zuschlag 2025*)	Nicht-Filter-MEL 2025**)	Punkte von	Punkte bis
MEL22.14	A	19.311	19.226	85	22.011	21.402	609	17.501	größer
MEL22.14	B	10.007	9.431	576	15.714	14.730	984	12.001	17.500
MEL22.14	C	6.410	6.050	360	10.189	9.236	953	7.001	12.000
MEL22.14	D	5.239	4.977	262	7.058	6.603	455	5.501	7.000
MEL22.14	E	3.342	3.242	100	4.985	4.681	304	4.251	5.500
MEL22.14	F	2.184	2.036	148	3.661	3.457	204	3.001	4.250
MEL22.14	G	714	679	35	2.588	2.298	290	1.501	3.000
MEL22.14	H	273	273	-	959	765	194	250	1.500

- *) Der Leistungszuschlag enthält zu 100% die Materialkosten (keine Kalkulation von Personalkosten in der MEL22.xx), die Leistungskomponente enthält zusätzlich die sog. „Nicht-Filter-MEL“ (z.B. CT, MRT).
- **) Nicht-Filter-MEL: berechnet für Aufenthalte ab 2 Belagstagen (Datenbasis: 2022), dadurch deutliche Erhöhung gegenüber dem Modell 2024 (wo noch die Null- und Eintages-Fälle berücksichtigt sind).

Anmerkung: Die Berechnung des Leistungszuschlags basiert auf den Leistungen an stationären und ambulanten Fällen.

3.2.7.4 MEL22.01 bis MEL22.06 Chemotherapie bei malignen Erkrankungen

Analog der MEL22.14 – monoklonale Antikörper wurden für das LKF-Modell 2025 aufgrund der aktualisierten MEL-Kalkulationen auch für die MEL-Gruppen MEL22.01 bis MEL22.06 die **Bandbreiten für die Zuordnung** angepasst und die **Neu-Zuordnung der einzelnen MEL** vorgenommen.

Leistungskomponente und Leistungszuschlag stellen sich wie folgt dar:

MEL-Gruppe	Fall-pauschale	Leist.-komponente 2024	Leistungszuschlag 2024*)	Nicht-Filter-MEL 2024	Leist.-komponente 2025	Leist.-zuschlag 2025 *)	Nicht-Filter-MEL 2025 **)	Punkte von	Punkte bis
MEL22.01	A	317	233	84	326	210	116	89	299
MEL22.02	A	645	566	79	549	463	86	300	799
MEL22.03	A	1.308	1.244	64	1.272	1.133	139	800	1.699
MEL22.04	A	2.688	2.376	312	2.907	2.668	239	1.700	3.199
MEL22.05	A	5.748	5.433	315	5.926	5.278	648	3.200	7.999
MEL22.06	A	12.023	11.852	171	14.461	12.577	1.884	8.000	größer

- *) Der Leistungszuschlag enthält zu 100% die Materialkosten (keine Kalkulation von Personalkosten in der MEL22), die Leistungskomponente enthält zusätzlich die sog. „Nicht-Filter-MEL“ (z.B. CT, MRT).
- **) Nicht-Filter-MEL: berechnet für Aufenthalte ab 2 Belagstagen (Datenbasis: 2022), dadurch grundsätzlich Erhöhung gegenüber dem Modell 2024 (wo noch die Null- und Eintages-Fälle berücksichtigt sind).

Anmerkung: Die Berechnung des Leistungszuschlags basiert auf den Leistungen an stationären und ambulanten Fällen.

3.2.7.5 Anzahl der stationären Fallpauschalen

Das LKF-Modell 2025 enthält **984 Fallpauschalen** in HDG- und MEL-Gruppen, was gegenüber dem LKF-Modell 2024 (1.004 Fallpauschalen) eine Verringerung um 20 Fallpauschalen bedeutet.

Nach HDG- und MEL-Gruppen ergibt sich folgendes Bild:

- HDG-Gruppen: 505 LDF (2024: 532 LDF)
- MEL-Gruppen: 479 LDF (2024: 472 LDF)

3.2.8 Bepunktungsregeln – Übersicht

Für das LKF-Modell 2025 sind die Bepunktungsregeln bezüglich Leistungs- und Tageskomponente für folgende Fall-Typen definiert:

- Aufenthalte ab 2 Belagstagen
- Eintages-Aufenthalte (ETA)
- Nulltages-Aufenthalte (NTA) mit Tagesklinik-MEL*)
- Nulltages-Aufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL22.xx (Onkologische Therapien)
- Nulltages-Aufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL24.xx (Nierenersatztherapie, Plasmapherese, Photopherese) und MEL25.02, MEL25.08 bis MEL25.10 (Strahlentherapie)
- Nulltages-Aufenthalte (NTA) in Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung
- Alle anderen sonstige Nulltages-Aufenthalte (NTA)**)

*) Regel gilt auch für Aufenthalte mit Entlassungsart "S" oder "T" sowie mit Leistungen nach akzeptiertem Warning bei NTA

***) Regel gilt auch für Aufenthalte mit Entlassungsart "4" (gegen Revers) sowie für die Leistungen BG020, BG030, GE010, HH020, QE010

3.2.8.1 Bepunktungsmodell für Fälle ab 2 Belagstagen

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

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

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

3.2.8.2 Bepunktungsmodell für Eintages-Aufenthalte (ETA)

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

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

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

3.2.8.3 Bepunktungsmodell für Nulltages-Aufenthalte (NTA) mit Tagesklinik-MEL

Ein tagesklinischer Fall (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen wird wie ein Eintages-Aufenthalt (ETA) in der jeweils entsprechenden Fallpauschale abgerechnet.

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

Die Regel gilt auch für Aufenthalte mit Entlassungsart "S" oder "T" sowie für Leistungen mit akzeptiertem Warning bei NTA.

3.2.8.4 Nulltages-Aufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL22.xx (Onkologische Therapien)

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

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

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

Nulltages-Aufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL24.xx (Nierenersatztherapie, Plasmapherese, Photopherese) und MEL25.02, MEL25.08 bis MEL25.10 (Strahlentherapie) erhalten 100% der Filter-/Split-relevanten MEL. Eine Tageskomponente kommt deswegen nicht zur Abrechnung, weil die kalkulierten MEL-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) bereits 70% der Kosten der betroffenen Funktionsstellen abdecken (die restlichen 30% repräsentieren Vorhaltekosten).

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

3.2.8.6 Nulltages-Aufenthalte (NTA) mit Entlassungsart „S“ oder „T“ sowie mit Leistungen nach akzeptiertem Warning bei NTA

Alle Aufenthalte mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag und Entlassungsart „S“ oder „T“ (Sterbefälle, Transferierungen) werden wie NTA mit Tagesklinik-MEL abgerechnet.

Ebenso werden Null-Tagesaufenthalte mit Leistungen, die einen Warnhinweis bei Erbringung als NTA ergeben, nach Akzeptanz dieser Warnung nach den Regeln für tagesklinisch erbringbare Leistungen abgerechnet.

3.2.8.7 Nulltages-Aufenthalte (NTA) in Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung

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

3.2.8.8 Sonstige Null-Tagesaufenthalte

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

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

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

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

3.3 Ambulantes LKF-Modell

3.3.1 Allgemein

Das ambulante LKF-Modell wurde im Jahr 2019 österreichweit umgesetzt und für die Modellbildung 2025 nunmehr erstmalig nachkalkuliert.

Als Folge der Harmonisierung zwischen dem stationären und ambulanten LKF-Modell (gleiche Kalkulationsmethodik) haben sich die Kalkulationsvoraussetzungen auch für das ambulante LKF-Modell geändert: Der bisherige Anteil der Strukturkomponente von 50% an den ambulanten Endkosten wird im LKF-Modell auf 30% als **Vorhaltekostenanteil verringert**.

Die **Nachkalkulation** der ambulanten Leistungen betraf in erster Linie die Leistungen in den **APG-Pauschalen**, wobei primär die Leistungszeiten seitens des LKF-Teams evaluiert wurden. Material- und Gerätekosten spielen kostenmäßig zwar eine untergeordnete Rolle, wurden allerdings ebenfalls evaluiert.

Die Leistungen in den **AMG-Pauschalen** betreffen vor allem jene Bereiche, die ohnedies im Rahmen des Projekts LKF-Nachkalkulation berücksichtigt wurden (aufwändige Pharmakotherapie, Nierenersatztherapie, Strahlentherapie). Hier lag der Fokus der Nachkalkulation bei den Tagesbehandlungen in den AMG20.xx Pauschalen.

Zielsetzung war, dass die zukünftige Bepunktung der APG- und AMG-Pauschalen in Form der Leistungs- und Kontaktpunkte **rd. 70% der ambulanten Endkosten**, somit rd. 2,7 Mrd. von rd. 3,9 Mrd. Euro, abzubilden hat. Kalkulationsgrundlage für das bisherige ambulante Modell waren 50% von rd. 1,91 Mrd. Euro Endkosten, somit rd. 950 Mio. Euro.

3.3.2 APG-Gruppen

Im Rahmen der Modellbildung 2025 wurde umgesetzt, dass **alle APG-Pauschalen Leistungspunkte** aufweisen sollen (inkl. Berücksichtigung von Gemeinkostenzuschlägen). Dies bedeutet, dass jene Pauschalen, die sich bisher ausschließlich aus Kontaktpunkten zusammensetzen, zukünftig auch Leistungspunkte aufweisen, was zu einer **Umwandlung von Kontaktpunkten in Leistungspunkte** führte:

- Leistungen mit (sehr) geringen Kosten, z.B. PE520 – Physiotherapie: Bewegungstherapie (Gruppentherapie)
- Sonstige Operationen (MEL aus dem stationären Bereich)
- Sonstige nicht operative Diagnostik

- „Kontakt“-Leistungen, 12 Leistungen, insbesondere
 - ZZ532 – Fachspezifische Erstuntersuchung (Anamnese, fachspezifische Basisuntersuchung)*)
 - ZZ533 – Fachspezifische Folgekonsultation (Befundbesprechung/Kontrollen)*)
 - ZZ550 – Nicht-ärztliches Gespräch und Untersuchung, Stuserhebung
*) ersetzt durch ZZ540 Fachspezifische Konsultation
- Labor und Pathologie

Eine weitere Änderung betrifft die **Anzahl der Codierungen** in APG-Pauschalen. Im bestehenden Modell wird in einer APG eine Leistung am gleichen Tag nur 1x bepunktet, auch wenn sie öfters codiert wird (z.B. eine bestimmte Ultraschall-Leistung) bzw. erfolgt eine Bepunktung auch nur 1x, wenn 2 oder mehrere unterschiedliche Leistungen in der gleichen APG codiert werden (z.B. 2 unterschiedliche Ultraschall-Leistungen). Diese Regelung bleibt im LKF-Modell 2025 **unverändert**, allerdings sind **Mehrfachcodierungen** von Leistungen aus APG-Gruppen als **Erhöhungsfaktor** bereits in der Festlegung der Leistungspunkte berücksichtigt.

3.3.3 AMG-Gruppen

Das aktuelle LKF-Modell 2024 umfasst 5 Bereiche bei den AMG-Gruppen:

- AMG00.90 Ambulanter Kontakt mit anderen, nicht-tagesklinischen Leistungen aus dem stationären Bepunktungsmodell
- AMG17.xx Nierenersatztherapie, Plasmapherese, Leukopherese, Photopherese
- AMG20.xx Tagesbehandlungen
- AMG21.xx Aufwändige Pharmakotherapie
- AMG25.xx Strahlentherapie

Wesentliche Änderung im LKF-Modell 2025 ist die **Auflösung der Spiegelung der MEL-Gruppen**:

- AMG17 Nierenersatztherapie, Plasmapherese/Leukopherese, Photopherese
- AMG21 Aufwändige Pharmakotherapie
- AMG25 Strahlentherapie

und **Bepunktung über die betroffenen MEL-Gruppen**:

- Bei Dokumentation von stationären **Filter-MEL** im ambulanten Bereich erfolgt die Bepunktung nach den entsprechenden Fallpauschalen und Regeln für NTA aus dem stationären Modell.
- Eine **additive Bepunktung mit APG-Gruppen** ist möglich (MEL-Zuschläge).

Die Bepunktungsregeln für die betroffenen Leistungsbereiche sind in folgender Aufstellung zusammengefasst:

		NTA in den Gruppen MEL22.xx, MEL24.xx und MEL25.xx		
		LK: Filter-/ Split-relevante MEL	LK: Nicht-Filter-MEL	Tageskomp.
MEL22 gesamt (außer MEL22.28 und MEL22.29)	Aufwändige Pharmakotherapie	100%	0%	275
MEL22.28 und MEL22.29	Pädiatrische onkolog. Therapie	100%	0%	475
MEL24 gesamt	Nierenersatztherapie, Plasma-, Photopherese	100%	0%	0
MEL25.02, MEL25.08 bis MEL25.10	Strahlentherapie	100%	0%	0

Nicht-Filter-MEL sind deswegen nicht berücksichtigt, weil im ambulanten Modell eine additive Bepunktung mit APG-Gruppen möglich ist (hier sind jene Leistungen enthalten, die im stationären Modell "Nicht-Filter-MEL" darstellen, z.B. CT, MRT).

AMG-Gruppen, welche aus **Nicht-Filter-MEL** bestehen, bleiben erhalten:

- AMG21.15 (Antimykotika)
- AMG21.25 (antivirale Therapie)
- AMG21.51 (bestrahltes Erythrozytenkonzentrat) bis AMG21.55 (Antilymphozytenglobulin bei aplastischer Anämie)

Bei der **AMG00.90** (Ambulanter Kontakt mit anderen, nicht-tagesklinischen Leistungen aus dem stationären Bepunktungsmodell) kommt es im LKF-Modell 2025 ebenfalls zu vereinfachenden Änderungen:

- Starke Reduzierung auf die **Nicht-Filter-MEL** (10 Leistungen)
- Die bisher enthaltenen **Filter-MEL** werden über die entsprechenden MEL-Gruppen bepunktet:

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

Die AMG-Gruppen beschränken sich im LKF-Modell 2025 somit auf die **Tagesbehandlungen und tagesstrukturierenden Behandlungen (AMG20.xx)**.

Die Berechnung der Punkte erfolgte auf Basis der Kostenrechnung 2022 (nicht-bettenführende Hauptkostenstellen) und der im Berichtsjahr 2022 geltenden Einstufung, gemäß der generellen Kalkulationsmethodik unter Abzug von Vorhaltekostenanteilen im Ausmaß von 30%.

Es ergeben sich die folgenden Punkte:

Sonderbereich	MEL	MEL-Gruppe	LK	TK	Punkte 2025	Punkte 2024	Veränd. (%)
Ambulante Tagesbehandlung in der Psychiatrie	AM060	AMG20.05	321	0	321	266	21%
Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie	AM070	AMG20.06	152	0	152	161	-6%
Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie	AM080	AMG20.06	152	0	152	161	-6%
Ambulante Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	AM120	AMG20.07	463	0	463	389	19%
Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	AM130	AMG20.08	278	0	278	233	19%
Ambulante Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	AM090	AMG20.11	339	0	339	215	58%
Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Erwachsene)	AM110	AMG20.12	215	0	215	204	5%
Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Kinder und Jugendliche)	AM150	AMG20.13	433	0	433	296	46%

Anmerkung zum Vergleich der Punkte 2025 gegenüber 2024:

Für die Punktermittlung im Modell 2025 waren empirische Werte der eingestufteten Abteilungen verfügbar (rd. 100 Kostenstellen). Für die Punktermittlung im Modell 2017 war dies für die meisten MEL zwar grundsätzlich auch schon möglich, allerdings noch auf Basis einer geringeren Anzahl an eingestufteten Abteilungen.

3.3.4 Tagesklinische Leistungen

Die Abrechnung von tagesklinischen Leistungen erfolgt im LKF-Modell 2025 wie bisher mit der gleichen Bepunktungsregel wie für tagesklinische Leistungen, die stationär abgerechnet werden:

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

Anmerkung: Keine additive Bepunktung mit APG-Gruppen möglich, nachdem die Abrechnung über das TKL-Modell auch anteilige Nicht-Filter-MEL (z.B. CT, MRT) enthält.

4 Umsetzung des LKF-Modells im Kernbereich

4.1 Kriterien für die Berücksichtigung von Vorhaltekosten

Wie in Kapitel 3 bereits ausgeführt, erfolgte die Kalkulation der LDF-Pauschalen auf Basis der Kosten 2022 unter Abzug von 30% Kosten, die als Vorhaltekosten von der Leistungsmenge weitestgehend unabhängig bestehen.

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

In 2 Sitzungen der Arbeitsgruppe LKF-Vorhaltekosten wurden nach Diskussion von verschiedenen möglichen Kriterien für die Berücksichtigung der Vorhaltekosten folgende Kriterien empfohlen:

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

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

4.2 Gewichtung der Kriterien für die Verteilung der Vorhaltekosten

In den Sitzungen der Arbeitsgruppe LKF-Vorhaltekosten wurde eine Gewichtung der beiden Kriterien im Verhältnis 50:50 für die Simulationsrechnung empfohlen. Im LKF-

Arbeitskreis am 15.4.2024 wurde dieses Verhältnis als generelle Gewichtung für das LKF-Modell 2025 angenommen.

4.3 Datenbasis der Kriterien für die Verteilung der Vorhaltekosten

Beide Kriterien stammen aus den offiziellen Datenmeldungen der Krankenhäuser, die im Wege der Landesgesundheitsfonds an das Gesundheitsministerium weitergeleitet werden. Auf Vorschlag einiger Bundesländer können mit einer Auswertung aus dem DIAG allen Landesgesundheitsfonds diese Daten in einheitlicher Weise zur Verfügung gestellt werden.

4.3.1 Mustertabelle für die Basisdaten der Kriterien für Vorhaltekosten

Die Auswertung aus dem DIAG wird zumindest folgende Daten je Bundesland bereitstellen:

Mustertabelle für die Basisdaten zu den Kriterien der Vorhaltekosten

KA	Endkosten betten-führende (bf) Kostenstellen	%Ant. Endkosten Betten-führend	Endkosten nicht-betten-führende (nbf) Kostenstellen	%Ant. Endkosten nicht-betten-führend	Summe Endkosten bf + nbf Kostenstellen	%Ant. Endkosten bf + nbf Kostenstellen	%Ant. Endkosten betten-führend an KA	VZÄ-Personal MLV 1–6	%Ant. VZÄ MLV 1–6
KA 1	33.786.765	4,32%	6.388.361	2,72%	40.175.126	3,95%	84,10%	238,38	4,16%
KA 2	10.967.134	1,40%	50.376	0,02%	11.017.510	1,08%	99,54%	83,08	1,45%
KA 3	366.224.357	46,87%	132.591.947	56,46%	498.816.304	49,09%	73,42%	2.751,81	48,01%
KA 4	34.613.389	4,43%	5.255.470	2,24%	39.868.859	3,92%	86,82%	232,26	4,05%
KA 5	13.977.471	1,79%	1.781.835	0,76%	15.759.306	1,55%	88,69%	97,11	1,69%
KA 6	43.067.010	5,51%	10.615.883	4,52%	53.682.893	5,28%	80,22%	300,11	5,24%
KA 7	45.118.700	5,77%	13.115.596	5,58%	58.234.296	5,73%	77,48%	347,36	6,06%
KA 8	166.561.021	21,32%	42.745.718	18,20%	209.306.739	20,60%	79,58%	1.180,30	20,59%
KA 9	9.383.791	1,20%	1.413.495	0,60%	10.797.286	1,06%	86,91%	79,07	1,38%
KA 10	57.634.574	7,38%	20.882.963	8,89%	78.517.537	7,73%	73,40%	422,36	7,37%
Bld X	781.334.212	100,00%	234.841.644	100,00%	1.016.175.856	100,00%	76,89%	5.731,84	100,00%

4.3.2 Mustertabelle für die Darstellung der LKF-Punkte

Das Scoringprogramm XDok liefert die Ergebnisse für die LKF-Punkte nach den Behandlungsarten stationär (S) und spitalsambulant (I). Die Ergebnisse können auf Bundesebene wie in der folgenden Mustertabelle zusammengefasst werden.

Mustertabelle für die Darstellung der LKF-Punkte

KA	LKF-Punkte stationär 2025	%Ant. Punkte stationär	LKF-Punkte ambulant 2025	%Ant. Punkte ambulant	LKF-Punkte gesamt 2025	%Ant. Punkte gesamt	%Ant. Punkte stationär je KA
KA 1	27.817.725	4,63%	4.285.017	2,45%	32.102.742	4,14%	86,65%
KA 2	7.873.977	1,31%	70.811	0,04%	7.944.788	1,02%	99,11%
KA 3	283.466.291	47,21%	100.728.155	57,58%	384.194.446	49,55%	73,78%
KA 4	29.266.315	4,87%	4.599.440	2,63%	33.865.755	4,37%	86,42%
KA 5	8.666.474	1,44%	576.205	0,33%	9.242.679	1,19%	93,77%
KA 6	35.689.954	5,94%	9.736.008	5,57%	45.425.962	5,86%	78,57%
KA 7	36.516.277	6,08%	11.502.286	6,57%	48.018.563	6,19%	76,05%
KA 8	124.268.320	20,70%	28.314.025	16,18%	152.582.345	19,68%	81,44%
KA 9	7.180.344	1,20%	648.923	0,37%	7.829.267	1,01%	91,71%
KA 10	39.695.014	6,61%	14.489.426	8,28%	54.184.440	6,99%	73,26%
Bld X	600.440.691	100,00%	174.950.296	100,00%	775.390.987	100,00%	77,44%

4.3.3 Mustertabelle für die Berechnung der Abrechnungsbeträge nach LKF-Modell 2025

Wie in Kapitel 3 ausgeführt, wurde für das Modell die gleiche Kalkulationsmethode für den stationären und spitalsambulanten Bereich angewendet. Damit sind die Relationen zwischen den Punkten in der Kostengewichtung gleich und können mit dem gleichen EURO-Wert für LKF-Punkte stationär und ambulant abgerechnet werden.

Dies stellt eine wesentliche Vereinfachung gegenüber den Modellen bis 2024 dar, da bisher die LKF-Punkte für ambulante Fallpauschalen grundsätzlich nur auf Basis von 50% der Endkosten kalkuliert waren und weitere 50% über eine Strukturkomponente abgerechnet werden sollten.

Hinzuweisen ist dabei darauf, dass in den Modellen 2017–2024 bestimmte ambulante Fallpauschalen, z.B. für die Onkologie oder die ambulante Tagesbetreuung, die davor nur

stationär abrechenbar waren, mit den gleichen Punktwerten wie stationär in das LKF-Modell ambulant übernommen wurden. Daher hatten diese ambulant erbringbaren Fallpauschalen das Kostengewicht auf Basis von Vollkosten, wie bisher für das stationäre Modell angewendet. Bei der Abrechnung wurden daher spezielle Regeln angewendet. Siehe dazu auch Modellbeschreibung für das LKF-Modell für den spitalsambulanten Bereich 2024, Seite 44:

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.

In den meisten Bundesländern wurde das in der Form umgesetzt, dass die Punkte der entsprechenden Fallpauschalen aus dem ambulanten Bereich zu den Punkten für den stationären Bereich verschoben wurden und so ein einheitlicher EURO-Punktwert sichergestellt wurde.

Durch die gleiche Kalkulationsmethode und Kostenbasis entspricht nunmehr die Verteilung der LKF-Punkte im Modell 2025 stationär und ambulant dem Verhältnis der Endkosten stationär und ambulant.

Bei Umsetzung des LKF-Modells ist festzulegen, wie zukünftig die Verteilung der Mittel zwischen ambulant und stationär erfolgen soll. Im Sinne einer Förderung der ambulanten Leistungserbringung anstelle stationärer Aufnahmen sollte der Anteil der LKF-Mittel für den ambulanten Bereich dem vergleichbaren Kostenanteil ambulant entsprechen.

In vielen Bundesländern erfolgte bisher die Aufteilung der Mittel aus dem LKF-Kernbereich für stationär und ambulant nicht entsprechend diesem Verhältnis der Endkosten.

Um bei der Einführung starke Verschiebungen in der Mittelverteilung zwischen den Krankenhäusern zu vermeiden, können weiterhin andere Aufteilungen gewählt werden.

Empfohlen wird jedenfalls, mittelfristig gleiche EURO-Punktwerte für die LKF-Punkte stationär und spitalsambulant anzustreben, um Fehlanreize durch unterschiedliche Kostendeckungsgrade zu vermeiden.

Die Musterberechnung der Verteilung der Fondsmittel nach LKF-Modell 2025, stationär und ambulant gemeinsamer Topf, kann wie folgt dargestellt durchgeführt werden. Die Berechnung erfolgt unter Verwendung folgender Beispieldaten:

Fondsmittel für den LKF-Kernbereich	Gesamt	%Ant.
Gesamtmittel für LKF-Kernbereich in EURO	800.000.000	
davon für LKF-Punkte gesamt	560.000.000	70%
davon für Vorhaltekosten gesamt	240.000.000	30%
%Anteil Endkosten an Vorhaltekosten	120.000.000	50%
%Anteil VZÄ MLV 1-6 an Vorhaltekosten	120.000.000	50%

In Verbindung mit den voran dargestellten Mustertabellen für Vorhaltekosten und LKF-Punkte ergeben sich folgende Verteilungen der Fondsmittel:

Mustertabelle für die Verteilung der Fondsmittel aus einem gemeinsamen Topf für stationär und ambulant

KA	Mittel für Vorhaltekosten	%Ant. Mittel für Vorhaltekosten	Mittel für LKF-Punkte gesamt 2025	%Ant. Mittel für LKF-Punkte	Fondsmittel gesamt	%Ant. Fonds-mittel gesamt
KA 1	9.734.921	4,06%	23.185.123	4,14%	32.920.044	4,12%
KA 2	3.040.392	1,27%	5.737.855	1,02%	8.778.248	1,10%
KA 3	116.516.145	48,55%	277.471.486	49,55%	393.987.631	49,25%
KA 4	9.570.628	3,99%	24.458.400	4,37%	34.029.028	4,25%
KA 5	3.894.078	1,62%	6.675.213	1,19%	10.569.291	1,32%
KA 6	12.622.411	5,26%	32.807.370	5,86%	45.429.780	5,68%
KA 7	14.149.096	5,90%	34.679.788	6,19%	48.828.884	6,10%
KA 8	49.427.380	20,59%	110.197.455	19,68%	159.624.835	19,95%
KA 9	2.930.434	1,22%	5.654.424	1,01%	8.584.858	1,07%
KA 10	18.114.516	7,55%	39.132.885	6,99%	57.247.401	7,16%
Bld X	240.000.000	100,00%	560.000.000	100,00%	800.000.000	100,00%

Im Vergleich dazu die Verteilung, wenn die Mittel stationär und ambulant in einem anderen Verhältnis als die Endkosten dotiert werden.

Dazu müssen die Anteile der Mittel für stationär und ambulante LKF-Punkte getrennt festgelegt werden.

Im folgenden Beispiel erfolgt dies mit der Annahme:

- 80% der Mittel für stationäre LKF-Punkte
- 20% der Mittel für ambulante LKF-Punkte

Aufbauend auf den vorangehenden Mustertabellen errechnet sich dafür folgende Verteilung.

Mustertabelle für die Verteilung mit getrennter Dotierung der Fondsmittel für stationär und ambulant

KA	Mittel für Vorhaltekosten	%Ant. Mittel für Vorhaltekosten	Mittel für LKF-Punkte stationär 2025	%Ant. Mittel für LKF-Punkte stationär	Mittel für LKF-Punkte ambulant 2025	%Ant. Mittel für LKF-Punkte ambulant	Fondsmittel gesamt	%Ant. Fondsmittel gesamt
KA 1	9.734.921	4,06%	20.556.091	4,59%	2.741.772	2,45%	33.032.784	4,13%
KA 2	3.040.392	1,27%	5.818.527	1,30%	45.308	0,04%	8.904.228	1,11%
KA 3	116.516.145	48,55%	209.469.280	46,76%	64.451.003	57,55%	390.436.427	48,80%
KA 4	9.570.628	3,99%	21.626.536	4,83%	2.942.956	2,63%	34.140.120	4,27%
KA 5	3.894.078	1,62%	6.404.148	1,43%	368.685	0,33%	10.666.911	1,33%
KA 6	12.622.411	5,26%	26.373.326	5,89%	6.229.594	5,56%	45.225.330	5,65%
KA 7	14.149.096	5,90%	26.983.943	6,02%	7.359.748	6,57%	48.492.787	6,06%
KA 8	49.427.380	20,59%	91.828.892	20,50%	18.116.755	16,18%	159.373.027	19,92%
KA 9	2.930.434	1,22%	5.305.962	1,18%	415.214	0,37%	8.651.610	1,08%
KA 10	18.114.516	7,55%	29.332.892	6,55%	9.271.073	8,28%	56.718.480	7,09%
Bld X	240.000.000	100,00%	448.000.000	100,00%	112.000.000	100,00%	800.000.000	100,00%

5 Themen zur Dokumentation

5.1 Dokumentationspflicht für Diagnosen im spitalsambulanten Bereich ab 1.1.2025

5.1.1 Grundregeln – allgemeine Prinzipien

Bei spitalsambulanten Besuchen besteht seit 2017 eine bundeseinheitliche Verpflichtung zur Diagnosencodierung, wenn bestimmte Leistungen erbracht werden. Die dafür geltenden Regeln wurden mit der Diagnosencodierung bei stationären Aufenthalten abgestimmt und bilden die Grundlage für die ab 1.1.2025 einheitlich für alle spitalsambulanten Besuche geltenden Regeln, die im Folgenden dargestellt sind:

- Für jeden ambulanten Besuch ist mindestens eine Diagnose nach ICD-10¹ zu übermitteln. Das gilt auch für telemedizinische Kontakte.
- Diese Diagnose beschreibt den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch.
- Es sind nur die für den jeweiligen ambulanten Besuch relevanten Diagnosen zu übermitteln.
- Eine der Diagnosen ist als Hauptdiagnose zu kennzeichnen.
- Kann keine Diagnose angegeben werden, soll ein Symptom codiert werden. Bei gesunden Patient:innen können Codes aus Kapitel XXI verwendet werden.
- Die mit „#“ gekennzeichneten Codes sind nicht bzw. nur für die interne Dokumentation zu verwenden.
- Die mit „!“ gekennzeichneten Codes können spitalsambulant uneingeschränkt verwendet werden, dürfen aber weiterhin nicht als Hauptdiagnose für stationäre Aufenthalte erfasst werden.

Nähere Informationen und die wichtigsten Fragen zur Diagnosencodierung im spitalsambulanten Bereich werden im 40. LKF-Rundschreiben und in weiterer Folge in den Unterlagen „Handbuch medizinische Dokumentation“ und „Handbuch zur Dokumentation – Anhang 3 (Erläuterungen zur Datenmeldung)“ veröffentlicht.

¹ in der jeweils vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium (derzeit BMSGPK) herausgegebenen Version

5.2 Neue Funktionscodes

Im Handbuch zur Organisation und Datenverwaltung – Anhang 2 (Funktionscodes) für 2025 erfolgen Anpassungen der Dokumentationsvorgaben zur Organisations- und Betriebsform und werden folgende Funktionscodes ergänzt:

Funktionscode zur Dokumentation von neurologisch-neurochirurgischen Spezialzentren gemäß ÖSG bzw. RSG:

Funktionscode	Bezeichnung
1- 63 40	Präoperative Epilepsiediagnostik und Epilepsiechirurgie (Neurologie)
1- 63 41	Endovaskuläre Neurointervention (Neurologie)
1- 63 42	Extrapyramidales Syndrom – Diagnostik und Chirurgie (Neurologie)

Die zugehörige Organisations- bzw. Betriebsform für Spezialzentren ist mit „V“ zu dokumentieren (neu eingeführt).

Zur Identifizierung der Isolierzimmer für Stammzellentransplantationen sind folgende neue Funktionscodes zu verwenden:

Funktionscode	Bezeichnung
1- 04 60	Stammzellentransplantation-Isoliereinheit (IM und Hämatologie und internistische Onkologie)
1- 11 60	Stammzellentransplantation-Isoliereinheit (Interne)
1- 51 60	Stammzellentransplantation-Isoliereinheit (Kinder- und Jugendheilkunde)

Für Physiotherapie und Ergotherapie werden in weiteren Fachrichtungen sowie interdisziplinär die Funktionscodes **1- xx 67** bzw. **1- xx 91** ergänzt. Wenn keine Fachrichtung Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation in der Krankenanstalt eingerichtet ist, ist für eine zentral organisierte Physiotherapie bzw. Ergotherapie in der Krankenanstalt der Funktionscode **1- 91 67** bzw. **1- 91 91** zu verwenden.

Für eine erforderliche Erweiterung von Kapazitäten zur Bewältigung einer Krise z.B. aufgrund von Epidemien (überregional) oder eines Großschadensereignisses (regional) wird ein eigener (neuer) Funktionscode „**1- 91 01** – Einrichtung zur Krisenbewältigung (Aktivierung nur im Krisenfall) (interdisziplinär)“ vorgesehen, der nur temporär bei einem (durch Landesgesundheitsfonds etc.) ausgerufenen Krisenfall zu aktivieren und zu

genehmigen ist. Als zusätzliche Kapazitäten zählen u.a. die Umwidmung von nicht-bettenführenden Bereichen der Krankenanstalt in bettenführende Bereiche (z.B. Aufwachbereiche in Intensiveinheiten), entsprechend ausgestattete Container oder auch dislozierte Versorgungseinheiten, die von der Krankenanstalt mitzubetreiben sind.

Für die Patientenversorgung im Rahmen dieses Funktionscodes ist die Zugangs- bzw. Aufnahmeart 2 „S/Krisenfall – akute Aufnahme/akuter ambulanter Besuch aufgrund Epidemie/Großschadensereignis“ zu dokumentieren (neu eingeführt).

6 Beilagen zum LKF-Modell 2025

6.1 Beilage: LKF-Modell 2025 Stammdaten

In der gesonderten Excel-Tabelle „LKF-Modell 2025 Stammdaten“ sind folgende Tabellenblätter enthalten:

- Legende mit Erklärungen der Tabellenblätter und Überschriften
- LDFLIST: Liste aller Fallpauschalen mit Angabe der Punkte und Splitkriterien
- DIAGLIST: Aktuelle Liste der Diagnosecodes mit Angabe der Zuordnung zu HDG
- MELLIST: Aktuelle Liste der Leistungscode mit Angabe der Zuordnung zu MEL-/AMG/APG-Gruppen
- TREELIST: Bezeichnung der Leistungs- und Diagnosefallgruppen

6.2 Beilage: LDF-Baumdarstellung LKF-Modelle 2025 vs. 2024


Die Beilage enthält die gewohnte grafische Darstellung der LDF-Pauschalen in den Modellen 2025 im Vergleich zu den Modellen 2024.

6.3 Beilage: LKF-Modell 2025 Mustertabellen Verteilung Fondsmittel, Vorhaltekostenanteile

Die Beilage stellt die Basisdaten für die Verteilung der Vorhaltekostenanteile sowie Musterberechnungen je Bundesland für die Verteilung der Fondsmittel und Vorhaltekostenanteile nach dem LKF-Modell 2025 dar.

6.4 Beilage: ICD-10 Kapitel XXI für 2025

Die Beilage stellt die Wartung der Diagnosenkennzeichnung in Kapitel XXI dar (siehe Kap. 2.2).



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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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