Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

LKF-Systembeschreibung 2026

1. Jänner 2026

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Herstellungsort: Wien

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

Projektleitung:
Mag. Stefan Eichwalder (BMASGPK)

Projektteam
BMASGPK:
Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Romana Höltschl, MSc, Mag. Rainer Kleyhons, Mag. Walter Sebek (Endredaktion)
Koordination medizinische Dokumentation:
Dr. Andreas Egger (BMASGPK), Anna Mildschuh (SOLVE Consulting)
Ökonomenteam (SOLVE Consulting, Gesamt-Projektkoordination):
Dr. Gerhard Renner, Ing. Mag. Alexander-Gregor Keller, MBA, Mag. Gerhard Gretzl
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, September 2025

Copyright und Haftung:
Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.
Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMASGPK 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.

Bestellinfos: Weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter http://www.sozialministerium.gv.at/broschuerenservice, zu beziehen.

Inhalt

1 Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich 5

2 Grundsätze und Ziele der LKF 7

3 Grundlagen der LKF – Dokumentation und Datenqualität 9

3.1 Diagnosen- und Leistungsbericht 9

3.2 Datenqualitätssicherung 11

4 LKF-System – Kurzbeschreibung 13

4.1 Gesamtdarstellung des LKF-Systems 13

4.2 Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich für den stationären Bereich 14

4.3 Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich für den spitalsambulanten Bereich 15

4.4 Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich für Vorhaltekosten 15

4.5 Bepunktungsprogramm zum LKF-Kernbereich 16

5 Entwicklung der LKF und Weichenstellungen 17

5.1 Entwicklung der LKF 17

5.2 Legistische Grundlagen und Projektabwicklung 31

5.3 Weichenstellungen für die leistungsorientierte Finanzierung 32

1 Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich

Das Spitalswesen in Österreich ist nur im Bereich der Grundsatzgesetzgebung Angelegenheit des Bundes. Die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung – und damit auch die der Sicherstellung der Spitalsversorgung –sind Angelegenheit der neun Bundesländer.
Von den derzeit 260 Krankenanstalten[1] in Österreich werden 104 Krankenanstalten sowie der Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation des Geriatrischen Gesundheitszentrums der Stadt Graz (K665) aus öffentlichen Mitteln finanziert. Es sind dies die öffentlichen allgemeinen und Sonderkrankenanstalten sowie die privaten gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten. Diese **landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten** – kurz: **Fondskrankenanstalten** – halten 66 % der gesamtösterreichischen Spitalsbetten vor und versorgen mehr als 84 % der stationären Patienten. Das Versorgungsangebot der Fondsspitäler stellt im Großen und Ganzen den stationären Akutbereich in Österreich dar.
Der Bund hat sich schon immer an der Finanzierung der öffentlichen und privaten gemeinnützigen Spitäler beteiligt. Seit dem Jahr 1978 wird die **Spitalsfinanzierung** im Rahmen von auf der österreichischen Bundesverfassung basierenden, jeweils zeitlich befristeten **Verträgen** (Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG) zwischen dem Bund und allen Bundesländern geregelt. In diesen Verträgen werden – neben den Festlegungen über die Spitalsfinanzierung – Vereinbarungen auch dahingehend getroffen, die **strukturelle Entwicklung der Fondskrankenanstalten** sowie des Gesundheitswesens insgesamt mit gezielten akkordierten Maßnahmen gemeinsam zu steuern. Ziel ist die Gewährleistung eines **österreichweit gleichwertigen Niveaus der Gesundheitsversorgung** mit hoher Qualität, die überregionale (d.h. eine über die Bundesländergrenzen hinausgehende) Abstimmung zukunftsorientierter Planungen sowie die Sicherstellung einer bundesweit vergleichbaren Dokumentation und Finanzierung im Gesundheitswesen.
Die Mittel des Bundes für die Spitalsfinanzierung (Umsatzsteueranteile und sonstige Beiträge) werden in die auf Bundesebene eingerichtete **Bundesgesundheitsagentur** eingezahlt, die auch die in dem jeweils gültigen Vertrag zwischen Bund und Bundesländern vereinbarten Aufgaben wahrzunehmen hat. Zu diesen Aufgaben zählt u.a. die **Weiterentwicklung des Krankenanstaltenfinanzierungssystems**. Die Bundesgesundheitsagentur überweist weiters ihre Mittel nach einem vereinbarten Aufteilungsschlüssel an

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

die neun **Landesgesundheitsfonds** in den Bundesländern. Die Landesgesundheitsfonds werden im Wesentlichen aus den Beiträgen zur sozialen Krankenversicherung, aus Steuermitteln und allfälligen sonstigen Beiträgen der Länder und der Gemeinden sowie aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur gespeist. Die Landesgesundheitsfonds finanzieren damit die Fondsspitäler seit dem Jahr **1997** nach dem **System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)**.

Das LKF-System besteht aus einem bundesweit einheitlich gestalteten Teil und einem landesspezifisch festzulegenden Teil. Die Weiterentwicklung des bundesweit einheitlichen Teiles des LKF-Systems ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur. Organe der Bundesgesundheitsagentur sind laut geltender Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die auf Bundesebene eingerichtete **Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK)** und der **Ständige Koordinierungsausschuss**, dem von der B-ZK die Entscheidung über das jährliche (jeweils für ein Kalenderjahr gültige) LKF-Modell übertragen wurde. Die landesspezifische Ausformung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems erfolgt durch die **Gesundheitsplattformen** auf Länderebene bzw. **Landes-Zielsteuerungskommissionen** als Organe der Landesgesundheitsfonds.

Die gesetzlich verpflichtende **Dokumentation** in den Spitälern als Grundlage für das LKF-System ist **auf Bundesebene geregelt** und liegt derzeit im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK).

2 Grundsätze und Ziele der LKF

Das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert, etwa durch die intensivere Betreuung der Patient:innen mit kürzerer Aufenthaltsdauer, verbunden mit höherer Personalintensität, durch die verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie durch den vermehrten Einsatz teurer Behandlungsverfahren und medizinischtechnischer Infrastruktur. Im Zusammenhang damit stehen die Kostenunterschiede bei der Behandlung verschiedener Patientengruppen.

Aufgrund dieser Entwicklung entsprach die bis 1996 praktizierte Finanzierung der Krankenhäuser in Form von undifferenzierten Tagespauschalen und der Zuschuss- und Abgangsdeckungsfinanzierung aufgrund der fehlenden Leistungsorientierung nicht mehr den Anforderungen an ein zeitgemäßes Finanzierungssystem.

Daher wurde ab **1. Jänner 1997** das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) österreichweit eingeführt. Das LKF-System erlaubt auf Basis von **leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen** eine das tatsächliche Leistungsgeschehen berücksichtigende Abrechnung der Krankenhäuser. Darüber hinaus können **Unterschiede in den Versorgungsfunktionen** (z.B. spezielle fachliche oder regionale Versorgungsfunktion) im Rahmen des Steuerungsbereiches in der Finanzierung Berücksichtigung finden.

Der Bund und die Bundesländer haben für den Zeitraum 2001 bis 2004 vereinbart, das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung fortzuführen und – in Verbindung mit weiteren Reformmaßnahmen – insbesondere folgende Ziele zu erreichen:

- höhere Kosten- und Leistungstransparenz,
- langfristige Eindämmung der Kostensteigerungsraten,
- Optimierung des Ressourceneinsatzes,
- kürzere Krankenhausaufenthalte und eine reduzierte Krankenhaushäufigkeit entsprechend den medizinischen Erfordernissen,
- Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen,
- Entlastung der Krankenhäuser durch medizinisch und gesamtökonomisch gerechtfertigte Verlagerungen von Leistungen in den ambulanten Bereich,
- notwendige Strukturveränderungen (u.a. Akutbettenabbau) und
- ein bundesweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen.

In den Vereinbarungen zwischen Bund und Bundesländern für die Jahre 2005 bis 2008, 2008 bis 2013, 2013 bis 2016 und 2017 bis jedenfalls 31.12.2021 wurde ebenfalls

vereinbart, das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung **fortzuführen**. Zusätzlich sind weitere **Reformen für das Gesundheitswesen** Gegenstand der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, bei gleichzeitiger bundesländerweisen Budgetierung der Finanzierungsmittel, bildet zusammen mit der österreichweit akkordierten Planung der Kapazitäts- und Leistungsangebotsstruktur der Krankenhäuser die Voraussetzung für notwendige **Strukturveränderungen** bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus. Eine **Optimierung des Ressourceneinsatzes** soll langfristig die Anfang der 90er Jahre jährlich 10-%-igen Kostensteigerungsraten im Spitalsbereich eindämmen. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre konnten die Kostensteigerungen bereits auf 2 % bis 4 % reduziert werden. Die letzten rd. 10 Jahre bis zum Jahr 2021 zeigten ähnliche jährliche Kostensteigerungsraten zwischen rd. 3 und 5%, die sich in den Jahren 2022 und 2023 aufgrund von Sondereffekten (COVID-19-Pandemie, Inflationsentwicklung) dann bei jährlich knapp 9% bewegten, im Jahr 2024 betrug der Kostenanstieg 7,7%.

Die **bundeseinheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation** im Rahmen des LKF-Systems liefert auch eine wichtige Informations- und Entscheidungsbasis für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen zur Erfüllung der sich ändernden Erfordernisse einer flächendeckenden Versorgung mit Gesundheitsleistungen.

Darüber hinaus erleichtert die **höhere Kosten- und Leistungstransparenz** auch für das Krankenhausmanagement und die Krankenhauserhalter die Entscheidungsfindung über notwendige Umstrukturierungsmaßnahmen nach betriebswirtschaftlichen Aspekten auf Basis fundierter Datengrundlagen.

3 Grundlagen der LKF – Dokumentation und Datenqualität

Wesentliche Voraussetzung für die Durchführung und laufende Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ist die **bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation** in den österreichischen Krankenhäusern sowie ein hohes Maß an **Datenqualität und Plausibilität der Dokumentation**.

3.1 Diagnosen- und Leistungsbericht

Seit 1. Jänner **1989** bestand für alle Krankenhäuser Österreichs die Verpflichtung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten nach der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichten „Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision“ in der vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Fassung zu erheben. Seit 1. Jänner **2001** sind die Diagnosen auf Basis der 10. Revision des Diagnosenschlüssels ICD zu dokumentieren.
Seit 1. Jänner **1997** sind alle Krankenhäuser Österreichs zur Erfassung und Meldung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage des vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Leistungskataloges verpflichtet.
Für die Anwendung ab 1. Jänner 2026 stehen den Krankenhäusern folgende Klassifikationssysteme in einer aktuell gewarteten Version zur Verfügung:

- Diagnosenerfassung nach dem Diagnosenschlüssel ICD-10 BMASGPK 2026
- Leistungserfassung nach dem Leistungskatalog BMASGPK 2026.

Der Diagnosenschlüssel und der Leistungskatalog werden vom Bundesministerium laufend gewartet und an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst.
Die gesetzliche Grundlage für die Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Österreichs Spitälern ist seit 1. Jänner 1997 das **Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen**. Die Konkretisierung von Form und Inhalt der zu erstellenden Diagnosen- und Leistungsberichte erfolgt durch Verordnung des jeweils zuständigen Bundesministers/der jeweils zuständigen Bundesministerin.
Zur Sicherstellung der bundeseinheitlichen Durchführung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation gibt das Bundesministerium weiters Richtlinien in Form von zwei Handbüchern heraus. Das **Handbuch Organisation und Datenverwaltung** einschließlich seiner Anhänge enthält u.a. den Inhalt der oben genannten Verordnung, weitere Festlegungen

(z.B. Plausibilitätsprüfvorschriften) und Hinweise zur organisatorischen und IT-technischen Umsetzung dieser Dokumentation. Das **Handbuch Medizinische Dokumentation** richtet sich an das mit der Diagnosen- und Leistungserfassung primär befasste Krankenhauspersonal und umfasst eine Reihe von Regelungen zum richtigen Gebrauch der zur Codierung vorgeschriebenen Kataloge und Hinweise zur organisatorischen Gestaltung der medizinischen Dokumentation.

Die seit 1. Jänner 1997 über die Landesgesundheitsfonds finanzierten **Krankenhäuser** haben entsprechend den landesrechtlichen Bestimmungen **regelmäßig** (z.B. monatsweise) **Diagnosen- und Leistungsberichte** dem Land bzw. dem Landesgesundheitsfonds als Grundlage für die leistungsorientierte Krankenanstalten¬finanzierung vorzulegen.

Der Diagnosen- und Leistungsbericht basiert auf einem genau definierten **Basisdatensatz** (**M**inimum **B**asic **D**ata **S**et – **MBDS**), der für jeden stationären Krankenhausaufenthalt und jeden ambulanten Besuch anzulegen ist und die in der folgenden Übersicht enthaltenen Angaben zu umfassen hat.

Diagnosen- und Leistungsbericht

Administrative Daten	**Aufenthaltsbezogene Daten:** • Krankenanstaltennummer • Aufnahmezahl bzw. Datensatz-ID (*) • Aufnahmedatum und Aufnahmearten • Zuweisungsinformationen • aufnehmende Abteilung, Verlegungen • Entlassungsdatum und Entlassungsart	**Patientenbezogene Daten:** • Geburtsdatum (*) • Geschlecht • Staatsbürgerschaft • Hauptwohnsitz • Kostenträger
Medizinische Daten	• Hauptdiagnose (nach ICD-10 BMASGPK 2026) • beliebig viele Zusatzdiagnosen (nach ICD-10 BMASGPK 2026) • beliebig viele ausgewählte medizinische Einzelleistungen (nach Leistungskatalog BMASGPK 2026) • Intensivdokumentation (nach SAPS3/TISS-A)	
LKF-Daten	• Abrechnung – Gruppe/Knoten • Leistungs-/Tagespunkte • Punkte für Belagsdauerausreißer nach unten • Zusatzpunkte für Belagsdauerausreißer nach oben • Zusatzpunkte für Intensivbetreuung • Zusatzpunkte bei Mehrfachleistungen • Punkte spezieller Bereiche (z.B. Akutgeriatrie/Remobilisation) • Punkte total	

(*) Die Datenfelder „Aufnahmezahl“ und „Geburtsdatum“ sind ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Fonds-KA und den Landesgesundheitsfonds zu befüllen. Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds und dem Gesundheitsministerium für zu befüllen.

3.2 Datenqualitätssicherung

Das **Ziel der Dokumentation** ist, den richtigen Institutionen die richtigen Daten über die richtige Person zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu Verfügung zu stellen. Die **Dokumentation** sowohl der medizinischen als auch der administrativen und organisationsbezogenen Daten erfolgt mittels eines **strukturierten Datensatzes** zum Zweck der späteren Nutzung. Je besser die Daten strukturiert sind, desto mehr Möglichkeiten bestehen für eine systematische Auswertung dieser Daten. Zur Strukturierung gehört auch die **Verschlüsselung** der Daten, wie z.B. der Diagnosen und medizinischen Einzelleistungen. Der im Diagnosen- und Leistungsbericht zu meldende **Basisdatensatz (MBDS)** ist ein **vollständig strukturierter Datensatz**: alle Elemente dieses Datensatzes sind entweder als numerische Größen (z.B. Aufnahme-/Kontakt- und Entlassungsdatum) oder als verschlüsselte nominale Größen (z.B. Diagnosen, medizinische Einzelleistungen, Geschlecht) dargestellt.
Das Codieren erfordert eine **hohe Qualität** im Hinblick auf die **Vollständigkeit und Richtigkeit** der Daten:

- Obwohl durch die Strukturierung bereits eine gewisse Vollständigkeit, wie z.B. die Dokumentation der Hauptdiagnose, gegeben ist, muss auch besonderes Augenmerk daraufgelegt werden, dass alle relevanten Zusatzdiagnosen und alle erbrachten medizinischen Einzelleistungen **vollständig dokumentiert** werden.
- Weiters müssen Haupt- und Zusatzdiagnosen, medizinische Einzelleistungen, Aufnahme-/Zugangs- und Entlassungsart, Geschlecht, usw. korrekt verschlüsselt werden. Während der Datenerfassung sollte bereits eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt werden. Spätestens bei der Übernahme der Daten durch das Land bzw. durch den Landesgesundheitsfonds ist jedenfalls eine Plausibilitätsprüfung vorzunehmen. Es wird empfohlen, bereits frühzeitig Vorkehrungen für Plausibilitätsprüfungen zu treffen, um Schwierigkeiten bei der Datenübernahme zu vermeiden.

Um diese Ziele zu erreichen, sind einige **organisatorische Maßnahmen** erforderlich. Die Informations- und Wissenslogistik ist in einem organisatorisch komplexen System – wie einem Krankenhaus – von entscheidender Bedeutung für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten und für die Effizienz der Dokumentation. Daher werden im **Handbuch Organisation und Datenverwaltung** einige **Empfehlungen** für organisatorische Maßnahmen zur Dokumentation des MDBS gegeben hinsichtlich:

- Festlegung der Verantwortung für die Dokumentation in den Richtlinien „Standard Operation Procedures (SOP)“,
- Überprüfung des Informationsflusses auf Vollständigkeit der Informationsübermittlung,
- Etablierung einer Dokumentationsinfrastruktur in den Krankenhäusern bzw. Abteilungen (Dokumentationsverantwortliche und Einrichtung einer Dokumentations- und Datenqualitätsgruppe).

Die **medizinische Dokumentation** unterstützt die Organisation von Gesundheitsversorgungsmaßnahmen, dient als Kommunikationshilfe und ist auch für die Erfüllung von gesetzlichen Erfordernissen notwendig. Während davon auszugehen ist, dass die Dokumentation der administrativen Daten einen in Organisation und Ablauf relativ einfachen und somit nahezu fehlerfreien Prozess darstellt, ist die Dokumentation der medizinischen Daten aufgrund der Vielschichtigkeit des Erfassungs- und Übermittlungsprozesses **fehleranfällig**. Daher ist es unbedingt **erforderlich, diese Daten** vor ihrer Weiterverwendung als Grundlage für die leistungsorientierte Finanzierung oder für statistische Auswertungen **auf ihre Qualität zu überprüfen**. Dies soll einerseits mittels händischer Überprüfung der Dokumentation durch Fachleute, andererseits durch Anwendung von automatisierten Prüfroutinen geschehen.
Die **automatisierten Prüfroutinen** basieren auf einem logischen, auf medizinischen Plausibilitäten beruhenden Zusammenhang der Daten im MBDS und sind in dem vom zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellten **Bepunktungsprogramm integriert**. Die medizinischen Daten werden automatisch hinsichtlich einer Reihe von Plausibilitäten geprüft. Nähere Erläuterungen und **Beispiele** dazu sind im **Handbuch Medizinische Dokumentation** enthalten.

4 LKF-System – Kurzbeschreibung

4.1 Gesamtdarstellung des LKF-Systems

Das österreichische System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ist für die Abrechnung der im stationären und seit 2019 auch im ambulanten Krankenhausbereich erbrachten Leistungen vorgesehen und unterscheidet **zwei Finanzierungsbereiche**:

Der **LKF-Kernbereich** ist österreichweit einheitlich gestaltet und bepunktet. Er basiert auf leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) und auf verschiedenen speziellen Bepunktungsregelungen. Der LKF-Kernbereich wird seit dem Jahr 1997 kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert und jährlich definitiv festgelegt (siehe Kapitel 5).

Der **LKF-Steuerungsbereich** ist länderweise gestaltbar und ermöglicht, auf besondere Versorgungsfunktionen einzelner Krankenanstalten in einem Bundesland Bedacht zu nehmen.

System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

Bundesweit einheitlicher LKF-KERNBEREICH	Bepunktung der stationären Krankenhausaufenthalte und ambulanten Besuche auf Basis der Leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen. Ab 2025 erfolgt die Aufteilung der Mittel für den Kernbereich mit 70% für die Abrechnung der LKF-Punkte und mit 30% für Vorhaltekosten (bisher als Strukturkomponente nur im ambulanten Modell vorgesehen).
Länderweise gestaltbarer LKF-STEUERUNGSBEREICH	Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds an die Träger der Krankenanstalten kann im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

4.2 Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich für den stationären Bereich

Die Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts wird nach bundeseinheitlichen **leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF)** inklusive aller **speziellen Bepunktungsregelungen** vorgenommen. Die Ermittlung der Punkte (LDF-Pauschalen) erfolgte auf Basis von Leistungskalkulationen durch Referenzkrankenhäuser sowie der Kosten für den stationären Bereich der österreichischen Fondskrankenanstalten.
Ab dem LKF-Modell 2025 erfolgt die Kalkulation nicht mehr auf Basis der gesamten stationären Endkosten, sondern nur mehr von 70% der stationären Endkosten. Die restlichen 30% der stationären Endkosten repräsentieren die Vorhaltekosten als Teil des LKF-Kernbereichs. Die Mittel der Landesgesundheitsfonds für den LKF-Kernbereich sind für die LKF-Punkte-Abrechnung und Vorhaltekostenabgeltung demnach im Verhältnis 70:30 zu gewichten.
Für die Bildung der einzelnen LDF wurde ein Baumbildungsalgorithmus angewandt, in dem medizinische, ökonomische und statistische Kriterien miteinbezogen wurden. Das Gesamtpatientenkollektiv der Fondskrankenanstalten (für das Erstmodell 1997 noch der Referenzspitäler) wurde in ein auf ausgewählten **medizinischen Einzelleistungen (MEL)** basierendes und ein durch die **Hauptdiagnosen (HDG)** bestimmtes Kollektiv unterteilt. In einem weiteren Differenzierungsschritt wurden so genannte MEL-Gruppen und HDG-Gruppen gebildet, vorwiegend nach Kriterien der medizinischen und ökonomischen Homogenität. Schließlich wurden auf Basis weiterer Gliederungsmerkmale sowohl im Bereich der MEL-Gruppen als auch im Bereich der HDG-Gruppen leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen gebildet. Insgesamt stehen im LKF-Modell 2026 **987 leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen** zur Verfügung.
Die Punkte je LDF **(LDF-Pauschale)** wurden durch einen gewichteten Mittelwert der kalkulierten Kosten aller in einer LDF enthaltenen stationären Aufenthalte definiert. Jede LDF-Pauschale besteht aus einer **Leistungskomponente** und einer **Tageskomponente**. Für die zusätzlichen Kosten auf Intensivstationen wurden eigene **Intensivzuschläge** pro Tag ermittelt.
Die LDF-Pauschale gilt innerhalb des für diese Pauschale definierten **Belagsdauerintervalls**. Für stationäre Aufenthalte, deren Belagsdauer kürzer ist als die Belagsdaueruntergrenze ihrer Fallgruppe, wird eine reduzierte LDF-Pauschale entsprechend der tatsächlichen Belagsdauer errechnet. Bei Überschreitungen der Belagsdauerobergrenze wird ein degressiver Punktezuschlag je zusätzlichem Tag berechnet.
Die Berechnung der **Punkte für spezielle Leistungsbereiche** wird nach definierten Bepunktungsregelungen vorgenommen. Als Voraussetzung für die Berechnung der Punkte sind vorweg in Bezug auf die einzelnen Krankenhäuser in jedem Bundesland bestimmte

Festlegungen zu treffen, die bei der Anwendung des LKF-Bepunktungsprogramms (siehe Kapitel 4.5) zu berücksichtigen sind. Für **detaillierte Informationen** über das LKF-Modell wird auf das **Dokument „LKF-Modell 2026 für den stationären Bereich“** verwiesen. Weiters wird auf die **Broschüre „Das österreichische LKF-System“** verwiesen, die auf der Website des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz publiziert ist und unter dem folgenden Link als Download bezogen werden kann: https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html.

4.3 Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich für den spitalsambulanten Bereich

Die Bepunktung von ambulanten Besuchen erfolgt nach bundeseinheitlichen **leistungsorientierten Gruppen** inklusive aller **speziellen Bepunktungsregelungen**. Dabei wird zwischen Ambulanten MEL-Gruppen (AMG) und Ambulanten Pauschal-Gruppen (APG) unterschieden. Die Ermittlung der Punkte (LDF-Pauschalen) erfolgte auf Basis von Leistungskalkulationen durch Referenzkrankenhäuser sowie der Kosten für den spitalsambulanten Bereich der österreichischen Fondskrankenanstalten. Ab dem LKF-Modell 2025 erfolgt die Kalkulation auf Basis von 70% der ambulanten Endkosten (bisher 50%). Die restlichen 30% der ambulanten Endkosten repräsentieren die Vorhaltekosten als Teil des LKF-Kernbereichs. Die Mittel der Landesgesundheitsfonds für den LKF-Kernbereich sind für die LKF-Punkte-Abrechnung und Vorhaltekostenabgeltung demnach im Verhältnis 70:30 zu gewichten.
Ambulante Besuche mit Leistungen aus dem Katalog für tagesklinisch abrechenbare Leistungen oder die einer MEL-Gruppe aus dem stationären Bereich zugeordnet werden, werden nach den Regeln des stationären LKF-Modells und mit den dort definierten Fallpauschalen abgerechnet. Daher können bei ambulanten Besuchen auch MEL- und HDG-Fallpauschalen ausgewiesen werden. Werden zusätzlich weitere ambulante Leistungen erbracht, werden Zusatzpunkte aus den jeweiligen AMG oder APG abgerechnet.

4.4 Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich für Vorhaltekosten

Ab 2025 erfolgt die Aufteilung der Mittel für den Kernbereich mit 70% für die Abrechnung der stationären und ambulanten LKF-Punkte und mit 30% für Vorhaltekosten (bisher als Strukturkomponente nur im ambulanten Modell vorgesehen). Die Vorhaltekosten sind weiters zu 50% im Verhältnis der Endkosten für den stationären und ambulanten Bereich der Krankenanstalten und zu 50% im Verhältnis der Personalzahlen (Vollzeitäquvalente)

für Gesundheitsberufe in den Personalgruppen 1 (Ärzte) bis 6 (Sanitätshilfsdienstpersonal) zu verteilen.

Um eine gleiche Bewertung mit EURO-Beträgen je LKF-Punkt von vergleichbaren Leistungen bei stationären Aufenthalten und ambulanten Besuchen zu erreichen, wird empfohlen, die Mittel für den stationären und ambulanten Kernbereich aus einem gemeinsamen Finanztopf zu veteilen.

4.5 Bepunktungsprogramm zum LKF-Kernbereich

Zur bundesweit einheitlichen Ermittlung der Punkte aus dem LKF-Kernbereich stellt das zuständige Bundesministerium ein Softwareprodukt – das Bepunktungs- oder **Scoring-Programm (XDok-Programmpaket)** – zur Verfügung. Das Programm wurde zur Wahrung einer universellen Einsatzmöglichkeit entwickelt und kann in den Krankenhäusern, bei den Krankenhausträgern, den Landesgesundheitsfonds und in der zentralen Scoringstelle auf Bundesebene im Ministerium gleichermaßen eingesetzt werden.
Die **zentrale Funktion des Scorings** enthält jene Vorschriften, die einen stationären Aufenthalt oder ambulanten Besuch der entsprechenden leistungsorientierten Diagnosenfallgruppe (LDF) bzw. AMG oder APG zuordnen. Dazu kommen sämtliche Sonderregelungen für Belagsdauerausreißer, Mehrfachleistungen, spezielle Aufnahmearten und Aufenthalte in speziellen Leistungsbereichen.
Vor einer Bepunktung hat die Prüfung der gemeldeten Daten auf Plausibilität zu erfolgen. Die dazu notwendigen Plausibilitätsrichtlinien sind integraler Bestandteil des Scoring-Programms.
Neben Bepunktung und Plausibilitätsprüfung bietet das Programm auch die Möglichkeit zur **Erfassung von Daten** an. Der Satzaufbau der Daten muss dem für die Diagnosen- und Leistungsdokumentation definierten Basisdatensatz entsprechen (siehe dazu das Handbuch Organisation und Datenverwaltung). Mit diesem **Schnittstellenkonzept** deckt das Scoring-Programm die Anforderungen an die verschiedenen Stationen der Datenübermittlung im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung vollständig ab.

5 Entwicklung der LKF und Weichenstellungen

5.1 Entwicklung der LKF

Im Jahr **1974** wurden mit der 2. Krankenanstaltengesetz-Novelle die damals zu zahlenden Zweckzuschüsse des Bundes an die Träger der Krankenhäuser unter der Voraussetzung erhöht, dass in den bezuschussten Krankenhäusern ein „Buchführungssystem, das zur Kostenermittlung und Kostenstellenrechnung geeignet ist“ eingeführt wird. Im Jahr **1977** wurde die entsprechende **Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung** erlassen. Dieses Kostenrechnungssystem war eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung eines österreichspezifischen Systems einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung.
Im Jahr **1978** wurde die erste **Vereinbarung** gemäß Artikel 15a B-VG zwischen dem Bund und den neun Bundesländern geschlossen, die zur Finanzierung der Krankenhäuser die Einrichtung des **Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF)** vorsah. Die Einrichtung dieses Fonds erfolgte gleichzeitig mit der Zielsetzung, die **österreichische Krankenanstaltenfinanzierung zu reformieren**.
Aufgrund der zweiten so genannten KRAZAF-Vereinbarung ab **1983** wurden erstmals **Sonderzuschüsse nach leistungsorientierten Kriterien** verteilt, und zwar für in Ausbildung befindliches Ärzte- und Pflegepersonal, für Ambulanzleistungen und so genannte „Spitzenversorgungsleistungen“, für die Betreuung von „Fremdpatienten“ (Patient:innen, die außerhalb ihres Wohnsitz-Bundeslandes in Krankenhäusern medizinisch betreut werden) und für die Belagsdauerverkürzung.
Während der Laufzeit der dritten KRAZAF-Vereinbarung **1985–1987 wurden vier leistungsorientierte Finanzierungssysteme praxisgerecht erprobt**.
Zu diesen Systemen zählten das amerikanische DRG-System („Diagnosis Related Groups System“), das DRG-Vorbereitungssystem, das Normkostensystem und das Kostenvorgabesystem (Globalbudgetsystem). Im Jahr 1987 stellte die Kommission zur Vorbereitung der Strukturänderungen im österreichischen Krankenanstaltenwesen mit Beschluss fest, dass auf der Grundlage der bis dahin geleisteten Vorarbeiten noch keines der erprobten Finanzierungssysteme als Grundlage für die Finanzierung der österreichischen Krankenhäuser geeignet war. Zum einen waren diese Systeme zum Teil auf die Verhältnisse anderer Länder abgestellt und nicht unmittelbar auf Österreich übertragbar, zum anderen war in Österreich in den Krankenhäusern noch kein bundesweit einheitliches Diagnosen- und Leistungsdokumentationssystem vorhanden.

Im Rahmen der vierten KRAZAF-Vereinbarung **1988–1990** wurde gemeinsam mit 20 ausgewählten Referenzkrankenhäusern ein **erstes Modell einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung** erarbeitet. Mitte des Jahres 1990 wurden die nur auf einen Teilbetrag der Krankenanstaltenfinanzierung bezogenen und daher eingeschränkt aussagekräftigen Abrechnungsergebnisse des ersten Modells präsentiert und diskutiert. Der Bund und die Bundesländer fassten den Beschluss, das auf den österreichischen Datengrundlagen basierende Abrechnungsmodell in den folgenden Jahren weiterzuentwickeln und eine Reihe flankierender Maßnahmen zur Vorbereitung der Krankenanstaltenfinanzierungsreform durchzuführen. Seit 1. Jänner **1989** besteht für die Krankenhäuser die Verpflichtung zur **Diagnosendokumentation**.
Im Laufe der fünften KRAZAF-Vereinbarung **1991–1994**, die in der Folge um zwei Jahre bis **1996** verlängert wurde, erfolgte die **Weiterentwicklung des** bis dahin vorliegenden **Modells** gemeinsam mit den Referenzkrankenhäusern. Dabei wurde insbesondere der **speziell entwickelte Leistungskatalog** verstärkt in das Finanzierungssystem integriert. Neben den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LKF-Kernbereich) können im LKF-Steuerungsbereich **Unterschiede in den Versorgungsfunktionen** (z.B. spezielle fachliche oder regionale Versorgungsfunktion) länderweise berücksichtigt werden.
Gleichzeitig wurde eine Reihe von **flankierenden Maßnahmen** (z.B. Wartung der Codierungsgrundlagen, Schulung im Bereich der Diagnosen- und Leistungsdokumentation, Entwicklung und Aufbau eines Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern) gesetzt, um die Einführung des neuen Finanzierungssystems zu unterstützen und mögliche dadurch beeinflusste Entwicklungen im Gesundheitswesen rechtzeitig zu erkennen.
Auf Grundlage des weiterentwickelten Finanzierungssystems wurde ab dem Jahr **1993** eine vollständige LKF-Abrechnung für alle vom KRAZAF bezuschussten Krankenhäuser parallel zur laufenden Krankenanstaltenfinanzierung vorgenommen, wobei die tatsächliche Finanzierung weiterhin nach dem bisher geltenden System erfolgte. Die Ergebnisse der **LKF-Parallelrechnung** wurden den Ergebnissen der Kostenrechnung und den Ergebnissen der Einnahmenerhebung gegenübergestellt und bildeten eine wesentliche Grundlage für die weiteren politischen Entscheidungen in Bezug auf das neue Finanzierungssystem.
Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wurde ab **1995** im Bundesland Vorarlberg und ab **1996** im Bundesland Niederösterreich als zeitlich **befristeter Modellversuch** praktisch erprobt. Aufgrund erster Analysen zum LKF-Modellversuch Vorarlberg konnte ein deutlicher Rückgang der Belagsdauer der stationären Aufenthalte in den Krankenhäusern, eine Zunahme der Entlassungen am Freitag und eine Zunahme kurzer Krankenhausaufenthalte (insbesondere der Eintagspflegen) festgestellt werden. Weiters kam es zu einer deutlichen Verbesserung der Datenqualität in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation. Größere strukturelle Veränderungen und

nachhaltige Effekte auf die Kostenstruktur im Spitalsbereich waren jedoch erst nach längerfristiger Anwendung des neuen Abrechnungssystems zu erwarten.
Aufgrund der bis dahin gewonnenen Erfahrungen wurden im Jahr **1996** das LKF-System und seine leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen nochmals einer vollständigen Evaluierung unterzogen. Gleichzeitig wurden die **Codierungsgrundlagen** (Diagnosenschlüssel und Leistungskatalog) **gewartet** und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst.
Das **LKF-System** wurde mit 1. Jänner **1997** im Rahmen der zwischen Bund und Ländern getroffenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 bundesweit für die aus öffentlichen Mitteln finanzierten bzw. bis dahin vom KRAZAF bezuschussten Krankenhäuser **verpflichtend eingeführt**.
Darin wurde festgehalten, dass das LKF-System laufend zu warten und so den strukturellen, medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklungen anzupassen ist. Dazu ist die laufende Beobachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen als eine wesentliche Aufgabe der damals neu konstituierten Bundesgesundheitskommission auf Bundesebene definiert worden. Durch die kontinuierliche Wartung können auch Schwächen oder Unplausibilitäten im System laufend bereinigt werden.
In der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, die zwischen dem Bund und den Bundesländern für die Jahre 2001 bis 2004 abgeschlossen worden ist, wurde die Fortführung des LKF-Systems in Verbindung mit weiteren Reformmaßnahmen mit konkret vereinbarten Zielsetzungen (siehe dazu Kapitel 2) beschlossen.
Neben der routinemäßigen LKF-Wartung enthielten die jährlichen Revisionen des LKF-Modells bisher **Weiterentwicklungen** mit den folgenden wesentlichen Schwerpunkten:
Im Jahr **1998** wurden die Belagsdauermittelwerte und Intervalle aller LDF mit den Daten des Jahres 1995 aktualisiert. Im Bereich der Psychiatrie wurde die spezielle Bepunktungsregel für Belagsdauerausreißer nach oben auf bestimmte Abteilungen/Stationen eingeschränkt. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde durch die Festlegung von Funktionseinheiten bzw. die Definition spezieller Leistungen das Leistungsbild dieses Fachbereiches adäquat dargestellt und bepunktet.
Im Jahr **1999** wurde das LKF-Intensiveinstufungsmodell auf Grundlage des mit 1. März 1998 österreichweit eingeführten Intensivdokumentationssystems ausgestaltet. Weiters wurde eine verbesserte Bepunktungsregelung im Bereich der Psychiatrie umgesetzt. Gemeinsam mit medizinischen Fachleuten wurde eine umfassende Leistungsbeschreibung und geänderte Bepunktungsregelung für den Bereich der onkologischen Therapie ausgearbeitet.

Im Jahr **2000** beschränkten sich die Schwerpunkte der Revision auf notwendige Anpassungen in einzelnen Bereichen, um durch die Kontinuität in der Modellgestaltung die Vergleichbarkeit der LKF-Jahre 1999 und 2000 sicherzustellen. Im Wesentlichen wurden für den Bereich der onkologischen Therapie im Kindesalter spezielle Bepunktungsregeln analog der onkologischen Therapie für Erwachsene eingeführt. Weiters wurden für die Bereiche Nuklearmedizin und Strahlentherapie Änderungen in einzelnen leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen durchgeführt.

Im Jahr **2001** wurde als Grundlage für die Diagnosendokumentation der Diagnosenschlüssel ICD-10 BMSG 2001 in allen Krankenhäusern verpflichtend eingeführt. Weiters wurde die Struktur des MBDS dahingehend geändert, dass alle für den Krankenhausaufenthalt relevanten medizinischen Diagnosen und Leistungen sowie alle Verlegungen im Bericht gemeldet werden konnten.

Das komplett überarbeitete LKF-Modell **2002** basierte auf einer umfassenden Modellwartung, welche zu Struktur- und Punkteanpassungen bei zahlreichen bestehenden LDF und auch zur Aufnahme neuer medizinischer Einzelleistungen und neuer LDF geführt hat. Dabei wurden die Ergebnisse des Projekts **„LKF-Nachkalkulation“**, an dem sich 15 Referenzkrankenhäuser[2] beteiligt hatten, verwendet. Im Rahmen dieses Projekts wurden erstens alle medizinischen Einzelleistungen nachkalkuliert und damit in weiterer Folge die Leistungskomponenten der LDF-Pauschalen angepasst. Zweitens wurden für die Evaluierung der Tageskomponenten der LDF-Pauschalen die durchschnittlichen Tageskosten (bereinigt um die Kosten für die medizinischen Einzelleistungen) der Referenzkrankenhäuser, basierend auf den Ergebnissen der Kostenrechnung 1999, herangezogen. Dritter wesentlicher Punkt für die Evaluierung der LDF war die Aktualisierung der Belagsdauermittelwerte sowie der Ober- und Untergrenzen. Die **einheitliche Bewertungsbasis** war das **Jahr 1999** (medizinische Einzelleistungen, bereinigte Belagstagskosten).

Weiters wurden auch die auf einer Tagsatzfinanzierung basierenden Intensiveinheiten und speziellen Leistungsbereiche (medizinische Geriatrie, Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten, Kinder-Jugendpsychiatrie) in die Modellwartung einbezogen sowie **neue spezielle Leistungsbereiche** (tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie, Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin, Psychosomatik und Psychotherapie) in das Modell **aufgenommen**. Für den **tagesklinischen Bereich** wurde eine einheitliche **Bepunktungsregelung** in das Modell integriert.

[2] LKH Oberpullendorf, LKH Wolfsberg, KH St. Pölten, KH Waidhofen/Ybbs, AKH Linz, KH Elisabethinen Linz, Landeskinderklinik Linz, KH Hallein, LKH Leoben, LKH Deutschlandsberg, LKH Innsbruck, LKH Feldkirch, AKH Wien, Wilhelminenspital, St. Anna Kinderspital.

In den Jahren **2003 bis 2005** wurden vereinbarungsgemäß nur die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen vorgenommen.
In der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 bis 2008 wurde festgelegt, die Bepunktungsregelung für den tagesklinischen Bereich bereits für das LKF-Modell **2006** weiterzuentwickeln. Diese Weiterentwicklung wurde im LKF-Modell 2006 umgesetzt (Details dazu siehe in der Modellbeschreibung 2006).
Für das Modell **2007** wurde das Abrechnungsmodell für den tagesklinischen Bereich nochmals weiterentwickelt. So wurde der Katalog der nach dem Tagesklinikmodell abrechenbaren Leistungen erweitert und für jene Fälle, die am selben Tag aufgenommen und wieder entlassen werden, ohne unter die besonderen Regeln der Tagesklinik zu fallen, wurde die Bepunktung weiter reduziert, um keine zusätzlichen Anreize zur stationären Aufnahme zu setzen.
Weiters wurden ab 2007 für die Abrechnung von Zusatzpunkten für Aufenthalte auf Intensiveinheiten der Neonatologie und Pädiatrie medizinische Plausibilitätsprüfungen eingeführt. Die Ergebnisse dieser Prüfung (Erfüllung eines Mindestanteils, aliquote Steigerung der Zusatzpunkte bei höheren Anteilen) haben Auswirkungen auf die Berechnung der Zusatzpunkte je Tag und Intensiveinheit.
Als Grundlage für die umfassende Weiterentwicklung des LKF-Modells wurden bisher optionale Felder der Datenmeldung auf nunmehr verpflichtend zu melden geändert. Dies betrifft die Aufnahmearten „geplante“ bzw. „akute“ Aufnahme sowie zusätzliche Angaben bei Transferierungen von Patient:innen („Zugewiesen an“ bzw. „Zugewiesen von“).
Für das Modell **2008** wurden nur geringfügige Aktualisierungen mit aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen vorgenommen.
In den Jahren 2005 bis 2008 wurden detaillierte Evaluierungen des LKF-Modells und umfangreiche Vorarbeiten für die umfassende Weiterentwicklung des LKF-Modells **2009** durchgeführt.

Diese umfassten insbesondere:

- Abschluss des Projekts „LKF-Kalkulation 2006“ gemeinsam mit Referenzkrankenanstalten[3] aus den Bundesländern und Einarbeitung der aktuellenKalkulationsergebnisse in die Fallpauschalen 2009
- Berücksichtigung des Pflegeaufwands für die Gewichtung der Tageskomponente nach Fallpauschalen
- Evaluierung und Neuberechnung der Bepunktung von Sonderbereichen und der Intensivzuschläge
- Einstufung der Intensivbehandlungseinheiten für Erwachsene in Stufe 3 gemäß dem Versorgungsauftrag der jeweiligen Krankenanstalt und entsprechend den Regelungen des ÖSG für den ärztlichen Dienst
- Umfassende Prüfung der Homogenität der Fallpauschalen und Anpassung der Belagsdauerwerte und Zuordnungskriterien für Leistungen und Diagnosen auf Basis der aktuellen medizinischen, ökonomischen und statistischen Evaluierungsergebnisse für das LKF-Modell
- Systematische Weiterentwicklung des Leistungskatalogs für den stationären Bereich durch Einführung einer international vergleichbaren Systematik sowie in Abstimmung mit dem neu zu erstellenden Leistungskatalog für den ambulanten Bereich
- Aufnahme vorläufiger Leistungspositionen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Abrechnung analog bestehender alternativ erbringbarer und vergleichbarer Leistungen
- Neubewertung der Zuschläge bei Erbringung von Mehrfachleistungen am selben Behandlungstag im Zusammenhang mit den Ergebnissen der LKF-Kalkulation und der Weiterentwicklung des Leistungskatalogs
- Wartung des Kataloges tagesklinisch abrechenbarer Leistungen und Anpassung der Belagsdauergrenzen zur weiteren Förderung der tagesklinischen Leistungserbringung
- Wie bereits in der Sitzung der Bundesgesundheitskommission im Juni 2005 grundsätzlich vereinbart, eine weitere Reduktion der Bepunktung der sonstigen 0-Tagesfälle ohne Leistungen aus dem tagesklinischen Katalog auf 10% der Tageskomponente

Seit 1. Jänner 2008 ist entsprechend den Festlegungen der Kostenrechungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl. II Nr. 638/2003, von den Rechtsträgern

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

der Krankenanstalten gemäß Art. 14 Abs. 3 und 4 ein auf handelsrechtlichen Normen basierendes pagatorisches Rechnungswesen zu führen. Bis Ende des Jahres 2009 wurde von der Bundesgesundheitsagentur ein einheitliches Berichtssystem zu den Ergebnissen des Rechnungsabschlusses in Analogie zum Berichtssystem der KA-Kostenrechnung erarbeitet.
Gemäß der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurden neben Aktualisierungen mit aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen folgende Themenschwerpunkte für das Modell **2010** weiterentwickelt:

- Weiterentwicklung der Systematik für Zuschläge für Mehrfachleistungen am selben Tag
- Wartung des Tagesklinikkatalogs und kontinuierliche Weiterentwicklung der Bepunktungsregeln für sonstige 0-Tagesfälle
- Einführung von Dokumentationsregeln für kurzfristige Unterbrechungen von längeren stationären Aufenthalten und Klärung der damit verbundenen sozialversicherungsrechtlichen Fragestellungen (Leistungszuständigkeit, Leistungsansprüche)

Auch für das Modell **2011** wurden nur Wartungsmaßnahmen durchgeführt, die aus medizinischer und ökonomischer Sicht geboten waren:

- Wartung des Leistungskatalogs
- Aktualisierungen der Belagsdauerwerte in den Fallpauschalen und Anpassung der Tageskomponente nach weiterentwickelter Methodik
- Wartung des Tagesklinikkatalogs
- Einführung von gesonderten Abrechnungsmöglichkeiten für die Psychosomatik, sowohl als stationärer Aufenthalt im Turnus als auch als tagesklinische Behandlungsform
- Streichung/Änderung von Zusatzkennzeichen einzelner Diagnosen des Diagnosenschlüssels ICD-10

Die Anpassung der Tageskomponente bei Aktualisierungen der Belagsdauerwerte in den Fallpauschalen ab dem Modell 2011 basiert auf der Modellannahme, dass durch das neue Berechnungsmodell nur die wegfallenden bzw. zusätzlichen variablen Kosten je Belagstag berücksichtigt werden sollen und die fixen Kosten unverändert bleiben. Während die bisher angewandte Methode einer linearen Anpassung der Tageskomponente in Relation

zur Veränderung der mittleren Belagsdauer entsprach, fördert die reduzierte Anpassung der TK die Senkung der durchschnittlichen Belagsdauer bzw. setzt keine Anreize zur Erhöhung der durchschnittlichen Belagsdauer.
Für das Modell **2012** wurden neben den jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und die Belagsdauerwerte die Dokumentationsgrundlagen für die Intensiveinheiten für Erwachsene aktualisiert.

- Seit Entlassungsdatum 1.1.2012 ist das aktualisierte Dokumentationssystem für die Intensivmedizin mit TISS-A und SAPS3 Grundlage der Dokumentation.
- Bis zur Festlegung eines neuen Intensivmodells bleibt jedoch die Einstufung nach dem Mittelwert der TISS-28-Punkte erhalten. Daher wird der TISS-A durch das vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellte EDV-Programm XDok im Zuge des Datenexports automatisch auf den TISS-28 umgeschlüsselt.

Für das Modell **2013** wurden neben den jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog auch die Abrechnungsmöglichkeiten für Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) geändert.

- Auf speziell genehmigten Einheiten ist eine tageweise Abrechnung in den Behandlungsformen I (Intensive Behandlung), A (Allgemeine Behandlung) und E (Eltern/Kind) möglich. Zusätzlich wird seit 2013 die tagesklinische Behandlung in der KJP in einer eigenen Fallpauschale abgerechnet.

Für die Dokumentation von Diagnosen kommt seit 2013 die aktuelle deutsche Fassung der ICD-10 WHO 2011 mit österreichspezifischen Anpassungen (ICD-10 BMG 2013) zum Einsatz.
Für das Modell **2014** erfolgte neben den jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog auch eine Aktualisierung der ICD-10.
Dazu wurden die im Herbst 2012 herausgegebenen Aktualisierungen der WHO für die ICD-10 WHO 2013 in die ICD-10 BMG 2014 eingearbeitet.
Als Weiterentwicklung des medizinischen Leistungskatalogs wurde nach erfolgreichen Praxistests in Pilotprojekten die Entwicklung des Katalogs ambulanter Leistungen (KAL) abgeschlossen und der KAL wurde in den bundeseinheitlichen Leistungskatalog integriert.

- Dieser Katalog wird als Basis für das Berichtswesen über das Leistungsgeschehen im gesamten ambulanten Bereich österreichweit verwendet.
- Ausgewählte, für den ambulanten Bereich ergänzte Leistungspositionen sind auch im stationären Bereich zu dokumentieren.
- Für den ambulanten Bereich sind alle erbrachten Leistungen aus dem vom BMSGPK herausgegebenen Gesamt-Leistungskatalog verpflichtend zu dokumentieren und für den spitalsambulanten Bereich im Wege der Landesgesundheitsfonds an das BMSGPK zu melden.
- Für den extramuralen Bereich wird die Datenmeldung aus den Honorarkatalogen der einzelnen Krankenversicherungsträger auf den KAL übergeleitet und im Wege des Hauptverbands der SV-Träger an das BMSGPK übermittelt.
- Die personenbezogenen Daten aus dem ambulanten Bereich werden seit dem Berichtsjahr 2014 in pseudonymisierter Form gemeldet.

Für das Modell **2015** erfolgten nur die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und die Belagsdauerwerte und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen. Seit dem Berichtsjahr 2015 werden auch die Daten aus dem stationären Bereich in pseudonymisierter Form gemeldet.
Für das LKF-Modell **2016** wurden im stationären Bereich umfassende Weiterentwicklungen geplant, die gemeinsam mit einem neuen Abrechnungsmodell für den tagesklinischen Bereich umgesetzt werden sollten. In den Vorbereitungsarbeiten zu diesem neuen Tagesklinikmodell wurde entschieden, dass stattdessen ein Bepunktungsmodell für den gesamten spitalsambulanten Bereich entwickelt werden sollte, um Fehlanreize für die stationäre Aufnahme von medizinisch nicht indizierten Null- und Eintagesaufenthalten zu vermeiden. Um eine Vergleichbarkeit der Bepunktung von stationären und ambulanten Leistungen zu ermöglichen, wurde vereinbart, die Weiterentwicklung des LKF-Modells für den stationären Bereich gemeinsam mit dem Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich ab 2017 umzusetzen. Für das Modell 2016 erfolgten daher nur die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und die Belagsdauerwerte und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen.
Mit dem LKF-Modell **2017** erfolgte eine umfassende Weiterentwicklung. Neben der Aktualisierung der Punkterelationen in den Fallpauschalen und Sonderbereichen wurde auch ein modifiziertes Intensivmodell unter Verwendung der seit dem Jahr 2012 verpflichtend eingeführten Intensivdokumentation nach TISS-A und SAPS3 umgesetzt sowie spezielle Abrechnungsregeln bei Leistungskombinationen und für Fallpauschalen der Psychiatrie (HDG20.xx) angepasst.

Ein besonderer Schwerpunkt war die Anpassung der abrechenbaren Punkte für Nulltagesaufenthalte (NTA). Ab dem LKF-Modell 2017 wird nach 2 Typen von Nulltagesaufenthalten unterschieden: Typ 1 für Aufenthalte mit einer tagesklinisch abrechenbaren Leistung bzw. den Entlassungsarten Sterbefall oder Transferierung und Typ 2 für andere Nulltagesaufenthalte.
Aufenthalte des Typs 1 sind weiterhin Bestandteil des stationären Modells und nach diesen Regeln abrechenbar. Aufenthalte des Typs 2 sind grundsätzlich ambulant abzurechnen, werden aber bei stationärer Dokumentation mit reduzierten Fallpauschalen bepunktet.
Eine Voraussetzung dafür war die Entwicklung eines Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich. Dieses Modell soll die Entlastung des stationären Bereichs unterstützen und mögliche falsche finanzielle Anreize für eine stationäre Aufnahme von medizinisch nicht indizierten Null- und Eintagesaufenthalten durch vergleichbare Abrechnungsmöglichkeiten von Leistungen im spitalsambulanten Bereich vermeiden. Ziel ist die Verlagerung an „Best Points of Services“ zur nachhaltigen Entlastung des stationären Sektors.
Dieses Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich wurde am 1. Juli 2016 durch die Bundesgesundheitskommission beschlossen.
In einer bis 2019 anberaumten 2-jährigen Einführungsphase war auf Landesebene pro Jahr festzulegen, ob die Nulltagesaufenthalte der onkologischen Pharmakotherapie (MEL22) und Aufenthalte im halbstationären Bereich weiterhin über das LKF-Modell für den stationären Bereich oder bereits über das spitalsambulante Bepunktungsmodell abgerechnet werden. Für alle anderen NTA ist eine Abrechnung über das spitalsambulante Model vorgesehen.
Verbleibende NTA mit Dokumentation im stationären Bereich sollen Ausnahmen darstellen und werden nur mehr mit reduzierten Punkten nach dem LKF-Modell für den stationären Bereich abgerechnet.
Die umfassende Weiterentwicklung der LKF hat damit auch die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag definierten Maßnahmen zur Erreichung der strategischen Ziele und zur Finanzzielsteuerung berücksichtigt.
Um die Durchlässigkeit der Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle stationär und ambulant zu fördern, wurden auch die Datenmeldungen über das stationäre und ambulante Leistungsgeschehen harmonisiert. Ab dem Berichtsjahr 2017 werden gleiche Datensatzstrukturen verwendet, die eine Verschiebung zwischen den beiden Sektoren erleichtern sollen.
Für die **LKF-Modelle 2018** für den stationären und spitalsambulanten Bereich erfolgten daher nur die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen. Aus den Erfahrungen und

Datenanalysen der Anwendung der Modelle sollen Erkenntnisse für die weitere Harmonisierung der Abrechnungsmodelle für den intramuralen Bereich gewonnen werden und in die Wartung und Weiterentwicklung der künftigen LKF-Modelle einfließen.
Für die **LKF-Modelle 2019** für den stationären und spitalsambulanten Bereich erfolgten ebenfalls nur die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen. Im stationären Bereich wurden die Belagsdauerwerte der Fallpauschalen mit aktuellen Daten evaluiert und bei Bedarf angepasst. Dabei kam auch eine angepasste Berechnungsmethode für die Ermittlung der Tageskomponente bei Aktualisierung der Modellwerte für die Belagsdauer zur Anwendung.
Das **spitalsambulante Bepunktungsmodell** wird **ab 2019 bundeseinheitlich verbindlich** eingesetzt. Sonstige Nulltagesaufenthalte bleiben im stationären Modell 2019 weiterhin reduziert abrechenbar.
Die Entwicklung der Nulltagesaufenthalte soll nach den Erfahrungen aus der Anwendung in allen Bundesländern geprüft werden; bei Bedarf sollen die Abrechnungsregeln im Sinne der Zielsteuerung angepasst werden.
Für die **LKF-Modelle 2020** für den stationären und spitalsambulanten Bereich wurden die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen umgesetzt. Für das stationäre LKF-Modell wurden die Belagsdauerwerte der Fallpauschalen mit aktuellen Daten evaluiert und bei Bedarf angepasst.
Als weiterer Schritt zur Harmonisierung der Abrechnung nach den LKF-Modellen im stationären und spitalsambulanten Bereich wurde die Bepunktung von tagesklinischen Leistungen im spitalsambulanten Modell mit den gleichen Fallpauschalen und LKF-Punkten wie im stationären Modell umgesetzt.
In Verbindung mit dieser Weiterentwicklung wurden die Bepunktungsregeln für Tagesklinikfälle adaptiert. Ab 2020 wird ein tagesklinischer Fall (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen entsprechend der LKF-Bepunktungsregel für 1-Tagesfälle in der jeweils zugeordneten Fallpauschale abgerechnet, wobei die Punkte für die Tageskomponente maximal in Höhe von 1,5 durchschnittlichen Tageskomponenten der jeweiligen Pauschale abgerechnet werden.
Damit wird weiterhin ein Anreiz zur tagesklinischen Leistungserbringung gesetzt, da Tagesklinikfälle im Vergleich zur Kostenkalkulation besser bepunktet werden. Dieser Ansatz soll aber auch eine angemessene Bepunktung für jene tagesklinischen Leistungen ermöglichen, welche über Pauschalen mit hohen Belagsdauer-Mittelwerten abgerechnet werden, die durch die bisher angewandte Regel unverhältnismäßig viele Punkte für einen Aufenthalt innerhalb eines Kalendertags erhielten.

In den **LKF-Modellen 2021** für den stationären und spitalsambulanten Bereich wurden – bedingt durch die COVID-19-Krise – nur die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen durchgeführt. Für das stationäre LKF-Modell wurden die Belagsdauerwerte der Fallpauschalen mit aktuellen Daten evaluiert und bei Bedarf angepasst.
Durch die nicht repräsentative Belegung und Leistungserbingung in den Krankenanstalten in den Jahren 2020 und 2021 durch die andauernde COVID-19-Krise wurde die Wartung **der LKF-Modelle 2022** für den stationären und spitalsambulanten Bereich ebenfalls auf die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen beschränkt. Aus den Erfahrungen und Erfordernissen der Krankenbehandlung während der COVID-19-Krise wurden 2022 vermehrt telemedizinsiche Leistungen aufgenommen.
Für die **LKF-Modelle 2023** für den stationären und spitalsambulanten Bereich erfolgten ebenfalls nur die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen. Im stationären Bereich wurden die Belagsdauerwerte der Fallpauschalen mit den Daten der Jahre 2019 bis 2021 evaluiert und bei Bedarf angepasst. Die Daten der Jahre 2020 und 2021 wurden im Speziellen dahingehend analysiert, ob COVID-19-bedingte Auswirkungen erkennbar waren.
Für die **LKF-Modelle 2024** für den stationären und spitalsambulanten Bereich erfolgten ebenfalls nur die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen. Im stationären Bereich wurden die Belagsdauerwerte der Fallpauschalen mit den Daten der Jahre 2020 bis 2022 evaluiert und bei Bedarf angepasst. Da dies ausschließlich „COVID-Jahre“ waren, wurde bei der Evaluierung zusätzlich das Jahr 2019 als Basis herangezogen, wenn der Verdacht bestand, dass Belagsdauern auf COVID-bedingte Einflüsse zurückzuführen waren.
Für die **LKF-Modelle 2025** erfolgten neben den jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen umfangreiche systematische Weiterentwicklungen.
Schwerpunkt war die Umsetzung der akkordierten Zielsetzung der Harmonisierung des stationären und ambulanten LKF-Modells durch Zugrundelegung einer gleichen Kalkulationsmethodik. Dies wurde im **Projekt LKF-Nachkalkulation** durch folgende gleiche Kalkulationsmethodik für das ambulante und stationäre LKF-Modell 2025 erreicht:

- Teilkostenkalkulation (70% der stationären und ambulanten Endkosten)
- Berücksichtigung von leistungsbezogenen Gemeinkosten auch im ambulanten Modell
- Vorhaltekosten (30% der stationären und ambulanten Endkosten)

Die Berücksichtigung der Vorhaltekostenanteile im LKF-Modell 2025 im Ausmaß von 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%).
Die aktualisierte Datengrundlage für das LKF-Modell 2025 ist das **Basisjahr 2022** (Kalkulationsergebnisse, Kostenrechnung, MBDS Diagnosen- und Leistungsdaten).
Eine weitere wesentliche Änderung betrifft die Überarbeitung der Bepunktungsregelungen für stationäre Fälle ab 2 Belagstagen, für Eintagesaufenthalte (ETA) und für Nulltagesaufenthalte (NTA) mit tagesklinischer und ohne tagesklinische Leistungserbringung.
Die stationären LDF-Pauschalen basieren ab dem LKF-Modell 2025 auf den Aufenthalten ab 2 Belagstagen mit den daraus resultierenden Auswirkungen auf die Festlegung der Belagsdauermittelwerte und Belagsdaueruntergrenzen. Für ETA und NTA sind eigene Bepunktungsregelungen bezüglich Leistungs- und Tageskomponente definiert, wobei bei den NTA Ausnahmeregelungen reduziert wurden.
Eine weitere Änderung im ambulanten 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.
Damit gilt generell die Regel, dass bei Dokumentation von stationären **Filter-MEL** oder von Leistungen aus dem Katalog für tagesklinisch abrechenbare Leistungen im ambulanten Bereich die Bepunktung nach den entsprechenden Fallpauschalen und Regeln für NTA aus dem stationären Modell erfolgt.
Durch die Weiterentwicklung des stationären und ambulanten LKF-Modells werden die folgenden **Zielsetzungen** unterstützt:

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

- **Vereinfachung** und Durchgängigkeit der Abrechnung für stationär und spitalsambulant
- Unmittelbare **Vergleichbarkeit** der Punkte
- Möglichkeit zur **Vereinfachung der Administration** durch Zusammenlegung der Fondsmittel für den stationären und spitalsambulanten Bereich und dadurch Sicherstellung der Abrechnung der LKF-Punkte mit den gleichen EURO-Werten.

2025 ist auch das erste Berichtsjahr, für das **im spitalsambulanten Bereich** eine **standardisierte codierte Diagnosencodierung nach ICD-10** in der jesweils vom Bundesministerium heraugegebenen Fassung (2025: ICD-10 BMSGPK 2025) verpflichend vorgeschrieben ist. **Ab 2026** gilt diese **Pflicht zur Diagnosencodierung** nach dem Diagnosenschlüssel ICD-10 BMASGPK 2026 zusätzlich **auch für den extramuralen ambulanten Bereich**.
Details zur ambulanten Diagnosencodierung sind unter folgendem Link ersichtlich: https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Leistungs--und-Diagnosendokumentation.html.
Nach den umfassenden Weiterentwicklungsarbeiten für 2025 erfolgten für die **LKF-Modelle 2026** für den stationären und spitalsambulanten Bereich nur die jährlichen routinemäßigen Wartungsmaßnahmen für den Leistungskatalog und daraus abgeleitete Anpassungen in den Fallpauschalen, wobei sich die Anzahl der Fallpauschalen im stationären Modell um drei Fallpauschalen und im ambulanten Modell um eine Fallpauschale erhöht hat.
Die **jährliche Routinewartung der Belagsdauerwerte** wurde – wie schon nach den letzten Komplettanpassungen der Belagsdauerwerte in den LKF-Modellen 2009 und 2017 – ausgesetzt und die Belagsdauerwerte wurden unverändert aus dem Modell 2025 übernommen. Grund für die Beibehaltung der Belagsdauern in allen Fallpauschalen gegenüber dem Weiterentwicklungsjahr 2025 ist die Anforderung, dass Änderungen über einen längeren Zeitraum als ein Jahr beobachtet werden sollen. Belagsdaueranpassungen in einem normalen Wartungsjahr werden aus diesem Grund auf Basis der letzten drei zur Verfügung stehenden Jahresdaten durchgeführt.

5.2 Legistische Grundlagen und Projektabwicklung

Die rechtliche Basis für das LKF-System sind die zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffene Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit in den jeweils geltenden Fassungen, das Krankenanstaltengesetz des Bundes (BGBl. Nr.1/1957 in der jeweils geltenden Fassung) und seine Ausführungsgesetze auf Landesebene (Landeskrankenanstaltengesetze) sowie die Landes(gesundheits)fondsgesetze der Bundesländer.
Die als Grundlage für das LKF-System erfolgende Dokumentation basiert auf dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. Nr. 745/1996 in der jeweils geltenden Fassung) samt den dazugehörigen Verordnungen.
Im Zusammenhang mit den Verhandlungen über einen neuen Finanzausgleichspakt zwischen Bund und Ländern und den neuen Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG über die partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit und über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens war auch eine Novellierung weiterer gesetzlicher Grundlagen erforderlich, die alle im Rahmen des VUG 2017 mit BGBl. I Nr. 26/2017 verlautbart wurden. Für die Periode 2017 bis 2021 wurde ein neuer Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene abgeschlossen. Gemeinsam mit dem Finanzausgleichspakt wurden der Zielsteuerungsvertrag und die beiden Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG COVID-19-bedingt 2021 nicht neu verhandelt, sondern mit Adaptierungen bis Ende 2023 verlängert.
Ende 2023 wurden zwischen Bund und Ländern sowohl ein neuer Finanzausgleichspakt geschlossen als auch neue Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und über die partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit getroffen und das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 – VUG 2024 (BGBl. I Nr. 191/2023) beschlossen. Im Frühjahr 2024 folgte der Abschluss eines neuen Zielsteuerungsvertrags für die Jahre 2024 bis 2028.
Das LKF-System ist derzeit österreichweit im stationären Bereich der über die Landesgesundheitsfonds-finanzierten Krankenanstalten sowie der Krankenanstalten des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) verpflichtend anzuwenden.
Die Weiterentwicklung des LKF-Systems bzw. des österreichweit einheitlichen LKF-Kernbereiches (leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen inklusive aller speziellen Bepunktungsregelungen, zusätzliche leistungsmengenunabhängige Vorhaltekostenabgeltung je Krankenhaus, welche auf Basis von bundesweit einheitlichen Kriterien ermittelt wird) ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur. Für das LKF-Modell und somit auch für das Bepunktungsprogramm (Scoring-Programm) ist eine jährliche Wartung vorgesehen.

Der von der bis inkl. 2016 bestehenden Bundesgesundheitskommission eingesetzte Arbeitskreis für LKF und Dokumentation zur Weiterentwicklung des LKF-Systems und seiner Grundlagen, der sich aus Mitgliedern der in der Bundesgesundheitskommission vertretenen Institutionen zusammensetzt, legt jeweils die Schwerpunkte und Prioritäten der Wartung und Weiterentwicklung des LKF-Modells fest. Die Überarbeitungen basieren auf den Erfahrungen aus den jeweils aktuell vorliegenden Daten sowie auf den über die Landesgesundheitsfonds übermittelten Vorschlägen und werden im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur nach Evaluierung und in Abstimmung mit dem LKF-Arbeitskreis von einem interdisziplinären Expertenteam aus den Bereichen Medizin, Ökonomie, Statistik und IT durchgeführt. Ebenso werden die Arbeitsgremien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ihren jeweiligen Aufgaben entsprechend mit der Wartung und Weiterentwicklung des LKF-Modells befasst.
Änderungen im LKF-Kernbereich treten jeweils mit 1. Jänner eines jeden Jahres in Kraft. Als Grundlage für die Entscheidung über Modelländerungen werden bis 31. Mai die geplanten Modifikationen festgelegt und bis 30. Juni vor dem Abrechnungsjahr Simulationsrechnungen erstellt. Die definitive Modellfestlegung hat seit 2017 durch den von der B-ZK hierzu beauftragten Ständigen Koordinierungsausschuss bis 15. Juli zu erfolgen.
Die erforderlichen Modellbeschreibungen und LKF-Bepunktungsprogramme werden bis 30. September den Ländern bzw. den Landesgesundheitsfonds bereitgestellt und sind ab 1. Jänner des Folgejahres wirksam.

5.3 Weichenstellungen für die leistungsorientierte Finanzierung

Nach bisher umfangreichen Weiterentwicklungen des LKF-Systems haben sich der Bund und die Bundesländer im Rahmen der jeweils geltenden Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens darauf geeinigt, dass das **LKF-Modell im Kernbereich** – abgesehen von aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen – grundsätzlich **über mehrere Jahre unverändert** bleiben soll. Diese Entscheidung verbessert die Analysemöglichkeiten von Entwicklungen im Spitalsbereich und macht Veränderungen, die nicht systemimmanent sind, transparenter. Entscheidende Modelländerungen erfolgen nur mehr in – im Voraus festgelegten – **„LKF-Weiterentwicklungsjahren“.**
Um eine sektorenübergreifende und überregionale Beobachtung und Analyse des Gesundheitswesens zu ermöglichen, werden seit 2014 die Daten aus dem Berichtswesen über das Leistungsgeschehen im ambulanten Bereich pseudonymisiert. Dazu wurden die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen mit der Novelle des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen (Artikel 17 des Gesundheitsreformgesetz 2013,

BGBl. I Nr. 81/2013) geschaffen. Seit dem Berichtsjahr 2015 werden auch die Datenmeldungen aus dem stationären Bereich pseudonymisiert.
Auf eine stärkere internationale Orientierung des österreichischen LKF-Systems und seiner Grundlagen wird besonderes Augenmerk gelegt. Daher stellen die laufende Beobachtung und die Berücksichtigung entsprechender Entwicklungen im Ausland sowie die Auseinandersetzung mit Dokumentationsgrundlagen und Finanzierungsmodellen vor allem im deutschsprachigen Raum eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung des LKF-Systems dar.
Die jeweils geltende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens steht in einem engen Konnex mit der jeweils geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. So werden die früheren Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens konsequent fortgeschrieben und an die Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit angepasst.
In Artikel 14 Abs. 1 der damaligen Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens war festgelegt:
„Das für den spitalsambulanten Bereich entwickelte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem ist zu implementieren und das bestehende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem für den stationären Bereich ist fortzuführen. Die leistungsorientierten Finanzierungssysteme sind so zu gestalten und weiterzuentwickeln, dass sie die Zielsetzungen und Handlungsfelder gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit unterstützen. Diese Finanzierungssysteme haben auch als österreichweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs-, Qualitäts- und Steuerungsmaßnahmen zu dienen und zu einer höheren Kosten- und Leistungstransparenz beizutragen.“
In den Jahren 2014–2016 wurde ein bundeseinheitliches Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich entwickelt und 2016 beschlossen.
In einer Übergangsphase 2017 und 2018 war dieses Bepunktungmodell, sofern es noch nicht als Grundlage für eine finanzielle Abgeltung verwendet wurde, jedenfalls auf Länderebene parallel zu rechnen.
Seit 1.1.2019 ist das bundeseinheitliche Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich in allen Bundesländern anzuwenden.
Im Jahr 2020 wurde mit der gleichen Bepunktung von tagesklinischen Leistungen im stationären und ambulanten LKF-Modell ein weiterer Schritt zur Durchlässigkeit der Abrechnungsmodelle gesetzt. In den nachfolgenden Jahren wurden weitere Harmonisierungen der Abrechnung im stationären und spitalsambulanten Bereich geplant. Damit soll die Leistungserbringung am Best Point of Service gefördert und sichergestellt werden, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort, mit der

optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität und gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird.
Ab 2025 kommt die vereinbarte Harmonisierung der Abrechnung im stationären und spitalsambulanten Bereich mit der systematischen Weiterentwicklung der LKF-Modelle 2025 unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Projekts LKF-Nachkalkulation zur Anwendung.
Für die Folgejahre sind weitere medizinische, ökonomische und statistische Evaluierungen innerhalb der Arbeitsstrukturen der Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung geplant. Erforderlichenfalls sind bei entsprechend fundierter Datenlage im Rahmen der periodischen LKF-Modell-Weiterentwicklungen (alle 7–8 Jahre) bzw. auch der jährlichen Wartung Anpassungen vorzunehmen.
Dabei werden auch die Kriterien zur Verteilung der Vorhaltekostenanteile einbezogen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der Vereinbarung zur Zielsteuerung-Gesundheit und internationaler Entwicklungen geprüft.

Bundesministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.gv.at