

LKF-Modell 2027 für den spitalsambulanten Bereich

1. Jänner 2027

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):

Ing. Mag. Alexander-Gregor Keller, MBA, Dr. Gerhard Renner

Ärzteteam:

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

Fachleute aus den medizinischen Fächern

Statistik:

Mag. Gabriele Gartner-Wölfl (SOLVE Consulting)

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

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

Wien, September 2026

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

Impressum.....	2
Inhalt.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Ausgangslage und Zielsetzungen.....	7
1.1 Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells im Jahr 2019.....	7
1.2 Überarbeitung des spitalsambulanten LKF-Modells 2025.....	8
2 Gesamtdarstellung des spitalsambulanten LKF-Modells.....	9
2.1 Allgemein.....	9
2.2 Gleiche Kalkulationsmethode stationär und ambulant.....	10
2.3 Berücksichtigung von Vorhaltekosten als Bestandteil des LKF-Kernbereichs.....	11
2.3.1 Auswirkungen auf die stationären und ambulanten Fallpauschalen.....	11
2.3.2 Kriterien für die Berücksichtigung von Vorhaltekosten.....	11
2.3.3 Gewichtung der Kriterien für die Verteilung der Vorhaltekosten.....	12
2.4 Spezielle Themen für das spitalsambulante LKF-Modell.....	12
3 Begriffsdefinitionen, Geltungsbereich, Abgrenzungen.....	14
3.1 Begriffsdefinitionen.....	14
3.2 Geltungsbereich und Rahmenbedingungen.....	16
3.3 Leistungsbereiche im spitalsambulanten Modell.....	17
3.4 Abgrenzungen zu Nulltagesaufenthalten im LKF-Modell für den stationären Bereich.....	17
4 Modellbeschreibung und Abrechnungsalgorithmus.....	19
4.1 Allgemeine Modellbeschreibung.....	19
4.2 AMG-Gruppen.....	20
4.3 APG-Gruppen.....	22
4.4 Tagesklinische Leistungen.....	23
4.5 Abrechnungsalgorithmus.....	25
5 Abrechnungsvoraussetzungen.....	27
5.1 Bepunktungsrelevante Daten in der Datenmeldung für den ambulanten Bereich ...	27
5.1.1 Dokumentation von nicht fondsrelevanten Besuchen oder Leistungen.....	27
5.1.2 Dokumentation von Leistungen von externen Einsendungen.....	28
5.1.3 Telemedizinische Leistungen.....	28
5.2 Festlegung von genehmigungspflichtigen Leistungen.....	28
5.2.1 MEL ZZ710 – Aussetzen der Bepunktung im ambulanten Bepunktungsmodell.....	28
5.2.2 Sonstige genehmigungspflichtige Leistungen (ZZ721 bis ZZ723).....	29

5.2.3	Dokumentation der leistungserbringenden Funktionscodes für die Leistung AN010.....	30
5.3	Kriterien und Abrechnungsregeln für Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung und ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung	30
5.3.1	Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) – MEL AM090	31
5.3.2	Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychiatrie – MEL AM060.....	33
5.3.3	Festlegung von Einheiten zur ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie – MEL AM070 bzw. AM080	35
5.3.4	Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene – MEL AM110	37
5.3.5	Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Kinder und Jugendliche – MEL AM150	38
5.3.6	Festlegung von Einheiten zur ambulanten tagesklinischen Behandlung (MEL AM120) oder zur ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung (MEL AM130) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP).....	39
5.4	Verpflichtende codierte Diagnosendokumentation nach ICD-10	42
5.5	Festlegung der LKF-relevanten Kostenträger	43
6	Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung	44
7	Umsetzung auf Landesebene	45
7.1	Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich.....	45
7.2	Harmonisierung des stationären und ambulanten LKF-Modells 2025 als Rahmenbedingung.....	45
7.3	Empfehlungen zur Umsetzung.....	46
7.4	Verschiebung sonstiger Nulltagesaufenthalte in den spitalsambulanten Bereich.....	46
7.5	Dokumentation ambulanter Betreuungsplätze in der KA-Statistik.....	47
8	Evaluierungsvereinbarung	48

Abkürzungsverzeichnis

AFG01	Ambulante Funktionscodegruppe (Zuweisungsfächer)
ALG01-19	Ambulante Leistungsgruppen
AMBDS	Ambulantes Minimum Basic Data Set
AMG	Ambulante MEL-Gruppen
APG	Ambulante Pauschalgruppen
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BPoS	Best Point of Service
DokuG	Gesundheitsdokumentationsgesetz
GD-VO	Gesundheitsdokumentationsverordnung
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
ETA	Eintagesaufenthalte
FC	Funktionscode
FH	Fachhochschule(n)
KA	Krankenanstalt
KAL	Katalog ambulanter Leistungen (veraltet; ambulant codierbare Leistungen sind Teil des jährlich vom Gesundheitsministerium herausgegebenen Gesamtkatalogs)
KH	Krankenhaus
KP	Kontaktpunkte
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LP	Leistungspunkte
MEL	Medizinische Einzelleistung
NTA	Nulltagesaufenthalte
op. Z.	operatives Ziel
SV	Sozialversicherung
TK	Tagesklinik
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit

1 Ausgangslage und Zielsetzungen

1.1 Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells im Jahr 2019

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) waren im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) 2013–2016 im Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“ Ziele formuliert, die eine Anpassung der Versorgungsstrukturen an die modernen Möglichkeiten der Medizin erforderten. Ein Schwerpunkt war die Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung (B-ZV op. Z. 6.2.2), ein weiterer die Reduktion von medizinisch nicht indizierten Null-/Eintagesaufenthalten (NTA/ETA, B-ZV op. Z. 6.2.3).

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

Bei **tagesklinischen Leistungen** war die vergleichbare Bepunktung bei ambulanter und stationärer Administration durch das bestehende Tagesklinikmodell ohnedies bereits gegeben. Im LKF-Modell 2020 wurde die Bepunktung dann überhaupt gleichgestellt, unabhängig davon, ob der Fall ambulant¹ oder stationär administriert wurde. Dies stellte einen weiteren Schritt in Richtung Forcierung der spitalsambulanten Leistungserbringung dar.

Ein zukünftiges spitalsambulantes LKF-Modell sollte ein adäquates Bepunktungsmodell einerseits für die **ambulanten Fälle** in den Krankenhausambulanzen und andererseits für bisherige stationäre medizinisch nicht indizierte **Null-** und auch **Eintagesaufenthalte** darstellen.

Seit dem Beschluss der BGK vom 1. Juli 2016 lag ein bundeseinheitliches Modell für den spitalsambulanten Bereich zur Anwendung vor, das von einigen Bundesländern bereits teilweise oder zur Gänze in den Jahren 2017 und 2018 eingeführt wurde.

Dieses Modell („LKF ambulant“) wurde ab 1. Jänner 2019 in allen Bundesländern verbindlich eingeführt.

¹ Im Zusammenhang mit den LKF-Modellen (stationär und spitalsambulant) werden die Begriffe „ambulant“ und „spitalsambulant“ in den Modellunterlagen synonym verwendet und beziehen sich ausschließlich auf den intramuralen und nicht auf den extramuralen ambulanten (= niedergelassenen) Bereich.

1.2 Überarbeitung des spitalsambulanten LKF-Modells 2025

Das spitalsambulante LKF-Modell wurde nach der bundesweiten Einführung im Jahr 2019 für das Jahr 2025 einer **erstmaligen umfassenden Überarbeitung** unterzogen. Dies steht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem stationären LKF-Modell, für welches das Modelljahr 2025 nach den LKF-Modellen 2002, 2009 und 2017 das vierte „große“ Weiterentwicklungsjahr seit Einführung des LKF-Modells im Jahr 1997 darstellt.

Die Überarbeitung der stationären und ambulanten LKF-Modelle stand unter dem Gesichtspunkt einer **Harmonisierung beider Modelle**, was sowohl die Kalkulationsgrundlagen (siehe dazu Kapitel 2.2) als auch die Bepunktungsregeln (siehe dazu Kapitel 4) betrifft. Im Hinblick auf die Harmonisierung der Kalkulationsgrundlagen war für das stationäre LKF-Modell 2025 insbesondere die Einführung von **Vorhaltekostenanteilen** neu, nachdem bereits im Jahr 2019 mit der österreichweiten Einführung des ambulanten LKF-Modells eine gleichartige 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.

Für das ambulante LKF-Modell 2025 wurden – analog zum stationären Modell – in den Jahren 2022–2023 Kostenerhebungen vorgenommen und die Ergebnisse auf Kostenbasis 2022 in die Modellbildung der ambulanten Fallpauschalen einbezogen. Dies betrifft die Kostenkalkulationen der medizinischen Einzelleistungen und die Ermittlung der Kontaktpunkte auf Basis der Kostenrechnungsergebnisse 2022.

Die hier vorliegende Modellbeschreibung beinhaltet die Grundlagen und Definitionen des Bepunktungsmodells im spitalsambulanten Bereich sowie Festlegungen zur Umsetzung auf Landesebene.

2 Gesamtdarstellung des spitals-ambulanten LKF-Modells

2.1 Allgemein

Das Bepunktungsmodell besteht aus einem Mischsystem aus Pauschalen für Leistungen/Leistungsgruppen und Pauschalen für Kontakte, die zu einem ambulanten Besuch zusammengefasst werden. Als weiterer Modellparameter ist ein Vorhaltekostenanteil enthalten, welcher eine adäquate Berücksichtigung von Bereitstellungskapazitäten und Versorgungsaufträgen ermöglicht. Unerwünschte Anreize zur unverhältnismäßigen Auslastung der vorhandenen Strukturen werden damit reduziert.

In der **ursprünglichen Modellentwicklung** für die Einführung im Jahr 2019 wurden für die punktemäßige Bewertung der Fallpauschalen 50% der ambulanten Endkosten zu Grunde gelegt (Teilkostenkalkulation), während die stationären Fallpauschalen – seit Modelleinführung im Jahr 1997 – auf 100% der stationären Endkosten beruhten (Vollkostenkalkulation, somit inkl. Kosten für Vorhaltekapazitäten). Im spitalsambulanten LKF-Modell dienten die restlichen 50% der ambulanten Endkosten für die Berücksichtigung der Strukturkomponente zur Abdeckung von Vorhaltekapazitäten.

Die Basis für das ambulante Bepunktungsmodell bildeten die Datenmeldungen an das Gesundheitsministerium nach dem bundeseinheitlichen Leistungskatalog und die Bewertungen der Leistungen aus den Projekten LKF-Nachkalkulation und KAL-Bewertungsrelationen aus dem spitalsambulanten Bereich. Mit diesen Datengrundlagen wurden die Leistungspunkte der Fallpauschalen kalkuliert (Einzelkosten). Die Kontaktpunkte basieren auf den kostenstellenbezogenen Kostenrechnungsergebnissen, differenziert nach rd. 30 fachlichen Bereichen (z.B. Innere Medizin – allgemein, Innere Medizin – Dialyse; Pulmologie; Chirurgie; Radiologie – allgemein, Radiologie – CT, Radiologie – MRT; Physikalische Therapie).

Bei der **Weiterentwicklung** der stationären und ambulanten LKF-Modelle 2025 wurden gegenüber den bisherigen LKF-Modellen zwei grundsätzliche Änderungen umgesetzt, nämlich

- die Anwendung einer **gleichen Kalkulationsmethodik** für das stationäre und das ambulante LKF-Modell sowie
- die Berücksichtigung von **Vorhaltekosten** als Bestandteil des LKF-Kernbereichs.

2.2 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.

Dem **spitalsambulanten 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 Punkteverringerung der LDF-Pauschalen bei gleichzeitiger Gewährleistung von leistungsmengenunabhängigen Vorhaltekosten analog zum ambulanten LKF-Modell
- Dadurch Punkteannäherung zwischen ambulanten Besuchen, Nulltagesaufenthalten (NTA) und Eintagesaufenthalten (ETA) sowie 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-Daten). Diese Datengrundlage 2022 besteht auch für die Folgemodelle ab dem LKF-Modell 2026 bis zum nächsten Weiterentwicklungsjahr.

2.3 Berücksichtigung von Vorhaltekosten als Bestandteil des LKF-Kernbereichs

2.3.1 Auswirkungen auf die stationären und ambulanten Fallpauschalen

Die Umsetzung der von der Leistungsmenge weitestgehend unabhängig bestehenden Vorhaltekostenanteile im LKF-Modell 2025 im Ausmaß von rd. 30% der stationären und ambulanten Endkosten bedeutete 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, in der 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 kam, zumal hier nunmehr auch Gemeinkosten enthalten sind. Diese Aufwertung wurde weiters dadurch verstärkt, dass es in der strukturellen Zusammensetzung der ambulanten Fallpauschalen aus Leistungs- und Kontaktpunkten ab dem LKF-Modell 2025 zu einer Verschiebung von Kontakt- zu Leistungspunkten kam.

2.3.2 Kriterien für die Berücksichtigung von Vorhaltekosten

Die LKF-Punkte in den stationären und ambulanten LDF-Pauschalen repräsentieren daher 70% der Endkosten für den bettenführenden (stationären) und nichtbettenführenden (ambulanten) Bereich. Die restlichen 30% der stationären und 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.

Für die Berücksichtigung der Vorhaltekosten sind ab dem LKF-Modell 2025 folgende Kriterien österreichweit verbindlich festgelegt:

- 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 ist festgelegt, wahlweise das letzte abgeschlossene Jahr oder den Mittelwert der letzten 2 oder 3 Jahre verwenden zu können.

2.3.3 Gewichtung der Kriterien für die Verteilung der Vorhaltekosten

Die Gewichtung der beiden Kriterien im Verhältnis 50:50 wurde in den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit für das LKF-Modell 2025 und die Folgejahre beschlossen.

2.4 Spezielle Themen für das spitalsambulante LKF-Modell

Da zum Zeitpunkt der Modellbildung keine flächendeckenden Diagnosendaten aus dem spitalsambulanten Bereich vorlagen, war auch für das ambulante LKF-Modell 2025 keine vollständige Gruppierung über Diagnosen möglich.

Zu bestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im spitalsambulanten Bereich ist seit Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells eine codierte Diagnosendokumentation nach ICD-10 erforderlich, um die Kontinuität für wichtige epidemiologische Daten und die Durchgängigkeit des Modells für eine kostenadäquate Abgeltung sicherstellen zu können (z.B. aufwändige Pharmakotherapie, Strahlentherapie).

Medikamente außerhalb der Onkologie werden im LKF-Modell grundsätzlich nicht explizit bepunktet. Demnach sind auch im Abrechnungsmodell für den spitalsambulanten Bereich – abgesehen von Chemotherapien – keine Fallpauschalen für pharmakologische Therapien vorgesehen.

Es erfolgt jedoch seit dem 1.1.2017 eine Erfassung von definierten seltenen und teuren pharmakologischen Therapien (z.B. Enzyersatztherapien) sowohl im stationären als auch im spitalsambulanten Bereich. Dazu wurden einige wenige Positionen in den Leistungskatalog aufgenommen. Diese Therapien sind jedenfalls mit entsprechenden Indikationen zu verknüpfen für Zwecke der Qualitätssicherung, Epidemiologie und eine allfällige spätere Abrechenbarkeit. Die Leistungserfassung für die ausgewählten Medikamente ist

daher nur bei gleichzeitiger verpflichtender Erfassung der entsprechenden Diagnosen nach ICD-10 sinnvoll.

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

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

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

3 Begriffsdefinitionen, Geltungsbereich, Abgrenzungen

3.1 Begriffsdefinitionen

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

Begriff	Begriffserklärung für die Verwendung in diesem Dokument
Bepunktungsmodell	Ein Modell, dessen einzelne Positionen mit Punkten versehen sind. Bei Verwendung für eine Abrechnung können diese mit Geldeinheiten bewertet werden (= Abrechnungsmodell, wie z.B. LKF-Modell mit unterschiedlichen EURO-Werten pro Punkt im jeweiligen LGF). Dient zur Mittelverteilung, im Gegensatz zu einem Finanzierungsmodell, das zur Mittelaufbringung dient.
Bewertungsrelationen, Relativgewichte	Die Bewertungsrelationen/Relativgewichte einzelner Positionen/Leistungen stehen in einer quantifizierbaren Relation zueinander, für hier: bezogen auf Kosten. Die Relativgewichte sind keine konkreten EURO-Werte, eignen sich aber im Sinne von Äquivalenzziffern als Verteilungsschlüssel von Geldmitteln nach Kostenkriterien.
Leistungen	Leistungen aus dem bundeseinheitlichen Leistungskatalog des BMASGPK (MEL+KAL)
Ambulante Kontakte	Kontakte von ambulanten Patient:innen pro Funktionseinheit (Kostenstelle) im spitalsambulanten Bereich, in der Krankenanstaltenstatistik als Frequenzen bezeichnet.
Ambulante Besuche	Zusammenfassung von Kontakten von ambulanten Patient:innen pro Kalendertag im spitalsambulanten Bereich, unabhängig von der Anzahl der besuchten Funktionseinheiten.
Ambulanter Betreuungsplatz (ambBP)	Platz, auf dem eine mehrstündige ambulante Behandlung/Beobachtung erfolgt. Ambulante Betreuungsplätze sind nur für die im aktuellen ÖSG definierten Versorgungsbereiche auszuweisen: • Onkologische Pharmakotherapie • Tagesbehandlung in PSY, KJP, PSO, AG/R • Ambulante Untersuchung und/oder Behandlung in einer Zentralen Ambulanten Erstversorgung (ZAE) und in definierten ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant • Erbringung tagesklinischer Leistungen im ambulanten Setting

Begriff	Begriffserklärung für die Verwendung in diesem Dokument
	Die Zahl der ambulanten Betreuungsplätze ist gemäß der im aktuellen ÖSG beschriebenen Berechnungsregel anzugeben. Ambulante Betreuungsplätze beziehen sich auf besonders ausgestattete Einheiten auf nichtbettenführenden Hauptkostenstellen für eine längere Betreuung im Rahmen von ambulanten Besuchen, die entsprechend den Erfordernissen der jeweiligen Behandlung unterschiedlich technisch ausgestattet sind. Für Patient:innen auf ambulanten Betreuungsplätzen ist während ihres ambulanten Besuchs eine auf die Behandlungsart bezogen ausreichende Mindestpersonalausstattung gemäß LKF-Modell und ÖSG vorzusehen.
Tagesklinik-Aufenthalt	Stationäre Aufnahme und Entlassung am selben Tag mit Leistung aus dem Tagesklinikcatalog
Sonstiger 0-Tagesaufenthalt oder Nulltagesaufenthalt	Stationäre Aufnahme und Entlassung am selben Tag, ohne Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog oder Leistungen in MEL-/Leistungsgruppen im stationären Bereich; wird grundsätzlich als ambulanter Besuch bepunktet, verbleibende Ausnahmen siehe Punkt 3.4.
Leistungspunkte (LP)	Punkte für die zugeordneten Leistungen in den definierten Gruppen
Kontaktpunkte (KP)	Über die KP werden alle nicht den definierten Gruppen zugeordneten Leistungen abgegolten.
Ambulante Pauschal-Gruppen (APG)	Medizinisch und kostenmäßig homogene Gruppen von ambulanten Leistungen zur pauschalen Bepunktung. Eine APG umfasst Leistungspunkte (LP) und Kontaktpunkte (KP). Die LP werden unabhängig von der Anzahl der zugeordneten Leistungen pro Pauschale einmal berechnet, dabei sind – neu ab dem LKF-Modell 2025 – Mehrfachcodierungen von Leistungen aus APG-Gruppen als Erhöhungsfaktor bereits in der Festlegung der Leistungspunkte berücksichtigt.
Ambulante MEL-Gruppen (AMG)	Medizinisch und kostenmäßig homogene Gruppen von ambulant erbrachten Leistungen, die analog einer MEL-Gruppe im stationären Bereich bepunktet werden. Eine AMG umfasst Leistungspunkte (LP) und Kontaktpunkte (KP), die LP werden pro Anzahl der erbrachten Leistungen berechnet.
Basis-Pauschalen (APG00.00)	Ist keine Leistung dokumentiert, dann wird der ambulante Kontakt mit einer Basispauschale bepunktet, die nur Kontaktpunkte, aber keine Leistungspunkte enthält.
Strukturkomponente	Abgeltung der vorgehaltenen Versorgungsstruktur, neue Bezeichnung ab LKF-Modell 2025: Vorhaltekostenanteil
Vorhaltekostenanteil	Abgeltung der vorgehaltenen Versorgungsstruktur, Bezeichnung bis LKF-Modell 2024: Strukturkomponente

3.2 Geltungsbereich und Rahmenbedingungen

Die Bepunktung für den spitalsambulanten Bereich soll eine adäquate Relation zu den Punkten aus dem stationären LKF-Modell aufweisen, um Fehlanreize zur stationären Aufnahme zu vermeiden.

Nachdem für das LKF-Modell 2025 die Bepunktung der stationären und ambulanten Fallpauschalen nach der gleichen Kalkulationsmethodik vorgenommen wurde (jeweils 70% Teilkostenkalkulation, die restlichen 30% der Kosten repräsentieren den grundsätzlich leistungsunabhängigen Vorhaltekostenanteil), soll auch für die Abrechnung nach dem stationären und ambulanten LKF-Modell der gleiche Eurowert pro Punkt festgelegt werden.

Maßgeblich für die Anwendung des Modells ist die **Kennzeichnung der Datenmeldung** für den stationären (S) oder spitalsambulanten Bereich (I – intramural ambulant). Die Harmonisierung der Datensätze ist Voraussetzung für die Handhabung und Durchgängigkeit der Bepunktungsmodelle für den stationären und spitalsambulanten Bereich.

Eine Abstimmung der Bewertungsrelationen aus dem spitalsambulanten Modell mit **Honorarpositionen aus dem niedergelassenen Bereich** war **nicht** Gegenstand der Modellentwicklung, weder für das 2019 bundesweit eingeführte noch für das 2025 weiterentwickelte LKF-Modell.

Die Abrechnung von **tagesklinisch erbringbaren Leistungen** gemäß Leistungskatalog (Tagesklinikcatalog) erfolgt bei ambulanter Administration genauso wie bei stationärer Administration über die gleichen Fallpauschalen mit gleicher Bepunktung.

Die Sonderfälle von **Transferierungen** oder **Sterbefällen** am Aufnahmetag werden weiterhin als stationäre Aufenthalte abgerechnet.

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

3.3 Leistungsbereiche im spitalsambulanten Modell

Leistungen, welche über das spitalsambulante Modell abgerechnet werden, können in **drei Leistungsbereiche** untergliedert werden (weitere Ausführungen siehe Kapitel 4):

1. Leistungen, die über APGs (ambulante Pauschal-Gruppen) abgerechnet werden:

- Leistungen aus dem (seinerzeitigen) Katalog ambulanter Leistungen (KAL)
- Leistungen, die im stationären Modell pauschal über die Tageskomponente (TK) oder als Nicht-Filter-MEL über die Leistungskomponente (LK) der MEL-/HDG-Gruppen bepunktet werden, z.B. „sonstige Operationen“, CT, MRT

2. Leistungen, die über AMGs (ambulante MEL-Gruppen) abgerechnet werden:

- AMG20.xx: Tagesbehandlungen und tagesstrukturierende Behandlungen (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Akutgeriatrie/Remobilisation, Psychosomatik)
- AMG21.xx: Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapien, für welche im stationären LKF-Modell keine explizite Bepunktung über eigene MEL-Gruppen, sondern als Nicht-Filter-MEL anderer Pauschalen erfolgt
- AMG00.90: Ambulanter Kontakt mit anderen, nicht-tagesklinischen Leistungen aus dem stationären Bepunktungsmodell, z.B. ERCP, endoskopische Varizenligatur, Organbiopsie – endosonographisch

3. Leistungen, die über MEL-Gruppen abgerechnet werden:

(gleiche Bepunktung bei stationärer und spitalsambulanter Administration)

- MEL22.xx: Chemotherapie
- MEL25.xx: Strahlentherapie
- MEL24.xx: Dialysen, Pheresen
- Ambulante Besuche mit tagesklinischen Leistungen

3.4 Abgrenzungen zu Nulltagesaufenthalten im LKF-Modell für den stationären Bereich

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

- Stationäre Nulltagesaufenthalte mit Leistungen aus dem Katalog für tagesklinisch abrechenbare Leistungen

- Stationäre Nulltagesaufenthalte mit Entlassungsart „S – Sterbefall“ und „T – Transferierung“
- Stationäre Nulltagesaufenthalte in der onkologischen Pharmakotherapie (MEL22), der Nierenersatztherapie (MEL24) und der Strahlentherapie (MEL25.02, MEL25.08 bis MEL25.10)
- Alle weiteren Nulltagesaufenthalte sind grundsätzlich ambulant abzurechnen, die verbleibenden Ausnahmen werden daher bei Dokumentation im stationären Bereich nur mehr mit reduzierten Punkten nach dem LKF-Modell abgerechnet (inklusive Entlassungsart „4 – gegen Revers“).

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

4 Modellbeschreibung und Abrechnungsalgorithmus

4.1 Allgemeine Modellbeschreibung

Ambulante Kontakte werden zu ambulanten Besuchen zusammengefasst und medizinisch und ökonomisch homogenen ambulanten Pauschalgruppen bzw. ambulanten MEL-Gruppen (**APG** bzw. **AMG** gemäß Definitionen im Kapitel 3.1) zugeordnet. Zur systematischen Differenzierung der Abrechnungsregeln wird folgende Bezeichnungssystematik verwendet:

- AMG (AMGxx.xx) für Gruppen von medizinischen Einzelleistungen, die analog zu den MEL-Gruppen pro Leistungseinheit bepunktet werden
- APG (APGxx.xx) für Gruppen von Leistungen, die analog zu den Leistungsgruppen (LG) in HDG-Fallpauschalen unabhängig von der Leistungsanzahl bepunktet werden (Mehrfachcodierungen von Leistungen aus APG-Gruppen sind als Erhöhungsfaktor bereits in der Festlegung der Leistungspunkte berücksichtigt)
- **Hinweis:** 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.

Im **Gesamtergebnis** wird ein ambulanter Besuch mit der Summe der Leistungspunkte aller getroffenen APG/AMG-Fallpauschalen (somit Knoten-Ebene) und mit den höchsten Kontaktpunkten aus diesen APG/AMG-Fallpauschalen bepunktet.

Die Berücksichtigung der Vorhalteleistungen und der vorgehaltenen Strukturen erfolgt durch den **Vorhaltekostenanteil**, unabhängig von der Anzahl der Kontakte und den Punkten aus den Pauschalgruppen. Der Vorhaltekostenanteil ist nach bundesweit einheitlich definierten Kriterien (Endkosten, Personal) zu verteilen (siehe dazu Kapitel 2.3).

4.2 AMG-Gruppen

Generell gilt, dass bei Dokumentation von stationären Filter-MEL im spitalsambulanten Bereich die Bepunktung nach den entsprechenden **Fallpauschalen (MEL)** und Regeln für **NTA aus dem stationären Modell** erfolgt.

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

Sonderbereich	MEL	MEL-Gruppe	LK	TK	Punkte 2025
Ambulante Tagesbehandlung in der Psychiatrie	AM060	AMG20.05	321	0	321
Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie	AM070	AMG20.06	152	0	152
Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie	AM080	AMG20.06	152	0	152
Ambulante Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	AM120	AMG20.07	463	0	463
Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	AM130	AMG20.08	278	0	278
Ambulante Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	AM090	AMG20.11	339	0	339
Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Erwachsene)	AM110	AMG20.12	215	0	215
Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Kinder und Jugendliche)	AM150	AMG20.13	433	0	433

Die bis zum LKF-Modell 2024 vorhandenen AMG-Gruppen

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

werden ab dem LKF-Modell 2025 über die betroffenen MEL-Gruppen bepunktet.

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 AMG- und 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 (stationären) **Nicht-Filter-MEL** bestehen, bleiben ab dem LKF-Modell 2025 erhalten:

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

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

- Starke Reduzierung auf die **Nicht-Filter-MEL** (10 Leistungen)
- Die bis 2024 enthaltenen **Filter-MEL** werden über die entsprechenden MEL-Gruppen bepunktet, eine additive Bepunktung mit AMG- und APG-Gruppen ist möglich.

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

4.3 APG-Gruppen

Jede APG besteht aus Leistungspunkten (**LP**) und Kontaktpunkten (**KP**). Abhängig von einzelnen Leistungsarten sind auch APG mit 0 Kontaktpunkten möglich, wenn bereits durch die Leistungspunkte die Kosten der ambulanten Behandlung abgedeckt sind.

Die **Basispauschalen** im Bereich der APG00.xx und der fächerbezogenen APGxx.x0 umfassen:

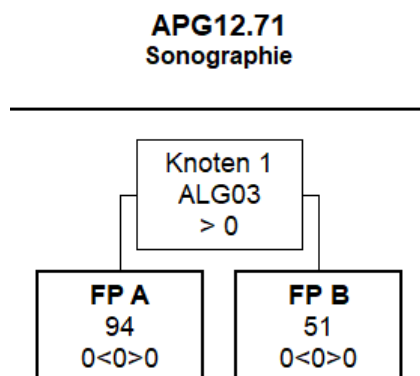
- Kontakte ohne dokumentierte Leistung (APG00.00) oder mit einer sonstigen Leistung (APG00.11, APG00.12)
- Kontakte mit Leistungen, welche geringe Kosten aufweisen, aber eine konkrete Leistung beschreiben (APGxx.x0)
- Die Kontaktpunkte der APG00.00 (ohne erfasste Leistung) und der APG00.11 (sonstige Diagnostik/Therapie-Leistungen) werden für klinische Fächer und Zuweisungsfächer (AFG01: Radiologie, Labor, Pathologie, physikalische Therapien) differenziert.
- Um einen höheren Aufwand bei Kindern zu berücksichtigen, werden in APG00.00 (ohne erfasste Leistung), APG 00.11 (mit sonstiger Diagnostik-/Therapieleistung), APG00.12 (mit sonstiger operativer Leistung), APG00.30 (fachspezifische Konsultation) und APG18.50 (Ambulante Diagnostik/Therapie – allgemein) für die Altersgruppe bis 14 Jahre gesonderte Kontaktpunkte ausgewiesen.

Die Bepunktung in den APG-Pauschalen wird bezüglich der **Anzahl der Codierungen** wie folgt vorgenommen:

Eine Leistung am gleichen Tag wird 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-Pauschale codiert werden (z.B. 2 unterschiedliche Ultraschall-Leistungen). Mehrfachcodierungen von Leistungen aus APG-Pauschalen sind als Erhöhungsfaktor in der Festlegung der Leistungspunkte berücksichtigt.

Der Abrechnungsalgorithmus bezieht sich auf die **Ebene der Fallpauschale** (entsprechend dem Split nach dem Knoten), nicht auf die Ebene der Fallgruppe. Dies soll anhand des folgenden **Beispiels** präzisiert werden.

Beispiel APG12.71 – Sonographie



Leistungen im Knoten A (ALG03), z.B.:

DZ020 – TEE – Transösophageale Echokardiographie (LE=je Sitzung)

JN540 – Fetales Organscreening (LE=je Sitzung)

Leistungen im Knoten B, z.B.:

BZ530 – Sonographie am Auge (LE=je Sitzung)

QE530 – Sonographie der Mamma (LE=je Sitzung)

ZB510 – Sonographie – Thorax (LE=je Sitzung)

Bei Codierung der JN540 (**FP A**) und der QE530 (**FP B**) resultieren die **Leistungspunkte aus beiden Fallpauschalen** (84 + 41 LP) sowie 10 Kontaktpunkte (gleiche KP in FP A und FP B), gesamt somit 135 LKF-Punkte. Die Anzahl der Codierungen spielt keine Rolle.

Bei Codierung der JN540 (FP A) und von **zwei Leistungen aus FP B** (z.B. QE530 und ZB510) bleiben die Punkte unverändert (gesamt 135 Punkte), weil eine Bepunktung in **einer** Fallpauschale nur 1x erfolgt, auch wenn 2 oder mehrere unterschiedliche Leistungen in der gleichen Fallpauschale codiert werden.

4.4 Tagesklinische Leistungen

Die Abrechnung von ambulanten Besuchen mit tagesklinischen Leistungen erfolgt seit dem LKF-Modell 2020 und auch ab dem LKF-Modell 2025 mit der gleichen Bepunktungsregel wie für tagesklinische Leistungen, die stationär abgerechnet werden:

	Nulltagesaufenthalte (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)

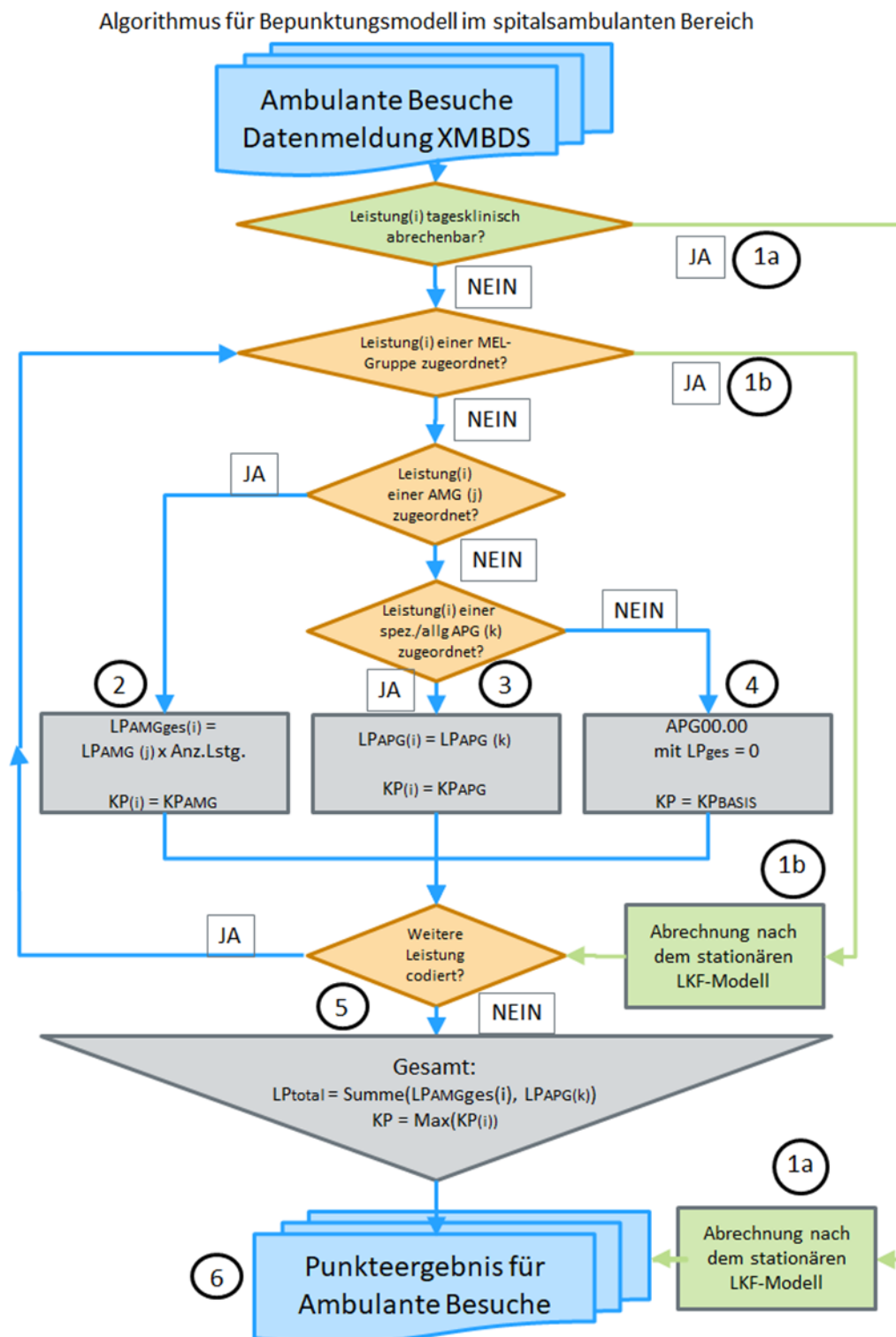
Anmerkung: Keine additive Bepunktung mit APG-Gruppen möglich, nachdem die Abrechnung über das TKL-Modell auch anteilige Nicht-Filter-MEL (z.B. CT, MRT) enthält.

Ambulante Besuche mit anderen, **nicht-tagesklinischen stationären** Leistungen werden ersatzweise über die Gruppe AMG00.90 bepunktet. Zusätzlich erfolgt ein Hinweis, dass dafür die Abrechnung nach dem LKF-Modell vorgesehen ist. Wie im Kapitel 4.2 angeführt, kommt es ab dem LKF-Modell 2025 hier zu vereinfachenden Änderungen, wonach die AMG00.90 auf die Nicht-Filter-MEL (10 Leistungen) stark reduziert wurde und die bis 2024 enthaltenen Filter-MEL über die entsprechenden MEL-Gruppen bepunktet werden.

4.5 Abrechnungsalgorithmus

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

Abbildung: Zuordnungs- und Bepunktungsregeln im ambulanten LKF-Modell



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

- **Fall 1:** Die Leistung ist tagesklinisch abrechenbar oder einer MEL-Gruppe zugeordnet.
 - Bepunktung entsprechend den Fallpauschalen und Abrechnungsregeln aus dem stationären LKF-Modell.
- **Fall 2:** Die abrechnungsrelevante Leistung ist einer AMG (j) zugeordnet.
 - Die Summe der Leistungspunkte (LP) für diese AMG errechnet sich aus der Anzahl der erbrachten Leistungen multipliziert mit den in der AMG ausgewiesenen Punkten pro Leistung.
 - Für die Kontaktpunkte (KP) werden die in der AMG (j) ausgewiesenen Punkte dem Kontakt zugeordnet.
- **Fall 3:** Die dokumentierte abrechnungsrelevante Leistung ist einer APG (k) zugeordnet.
 - Als Leistungspunkte (LP) werden die für diese APG ausgewiesenen Punkte pro Leistung berechnet, unabhängig von der Anzahl der Leistungen.
 - Für die Kontaktpunkte (KP) werden die in der APG (k) ausgewiesenen Punkte dem Kontakt zugeordnet.
 - Die Kontaktpunkte für APG00.11 (Sonstige Diagnostik-/Therapieleistungen) werden nach klinischen Fächern und Zuweisungsfächern (AFG01) sowie nach Alter differenziert. Die Kontaktpunkte für APG00.12 (Sonstige operative Leistungen) werden nach Alter differenziert.
- **Fall 4:** Es wurde keine abrechnungsrelevante Leistung codiert.
 - Es werden die in der APG00.00 ausgewiesenen Punkte dem Kontakt zugeordnet.
 - Die Kontaktpunkte werden nach klinischen Fächern und Zuweisungsfächern (AFG01) sowie nach Alter differenziert.
- **Kriterium 5:** Wurden weitere abrechnungsrelevante Leistungen codiert, dann wird der Algorithmus 2–3 wiederholt.
- **Ergebnis 6:** Nach Abschluss der Schritte 1–5 wird das Gesamtergebnis für den ambulanten Besuch berechnet.
 - Nicht-filter-relevante Leistungen in der Onkologie werden über die AMG21.15, AMG21.25 und AMG21.51 bis AMG21.55 bepunktet.
 - Wenn abrechnungsrelevante Leistungen codiert wurden, dann werden die LP aller AMG/APG (auf Knoten-Ebene) summiert. Für die Kontaktpunkte werden die höchsten KP aus allen Gruppen berechnet.

5 Abrechnungsvoraussetzungen

Als Voraussetzung für die Berechnung der Punkte im LKF-Modell für den spitalsambulantanten Bereich, die nach definierten Bepunktungsregeln (siehe Kapitel 4) vorgenommen wird, sind vorweg von der Gesundheitsplattform auf Länderebene in Bezug auf die einzelnen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland bestimmte Festlegungen zu treffen (siehe Kapitel 5.2, 5.3 und 5.5). Diese Festlegungen sind bei der Anwendung des Bepunktungsprogramms zu berücksichtigen.

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

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

5.1 Bepunktungsrelevante Daten in der Datenmeldung für den ambulanten Bereich

5.1.1 Dokumentation von nicht fondsrelevanten Besuchen oder Leistungen

Ambulante Besuche, die nicht über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden sollen, sind in der Satzart X01 im Datenfeld Fondsrelevanz mit „N“ zu kennzeichnen. Das Datenfeld ist mit „K“ zu befüllen, wenn keine Abrechnung über den LGF erfolgt und eine Vereinbarung zur Kostenerstattung durch den entsprechenden Sozialversicherungsträger besteht (z.B. für Vorsorgeuntersuchungen).

Sind nur einzelne Leistungen betroffen, ist das Feld „Medizinische Leistung – Abrechnungsrelevanz“ in der Satzart X04 entsprechend zu befüllen.

Siehe auch Handbuch zur Dokumentation – Organisation und Datenverwaltung Anhang 1 und Anhang 3.

5.1.2 Dokumentation von Leistungen von externen Einsendungen

Externe Einsendungen zur Leistungserbringung (z.B. Proben für Laboruntersuchungen) sind als vollständig ausgefüllte Datensätze gemäß DokuVO zu melden. Für Einsendungen ist in der Satzart X02 das Feld „Physische Anwesenheit“ auf „N“ zu setzen.

5.1.3 Telemedizinische Leistungen

Aus den Erfahrungen der COVID-19-Pandemie und dank zusätzlicher Möglichkeiten durch den medizinischen und technischen Fortschritt wurden bereits im Modell 2022 ergänzend telemedizinische Leistungen aufgenommen und deren Dokumentation und Abrechnung ermöglicht. Bei ambulanten Kontakten mit telemedizinischen Leistungen ist in der Satzart X02 das Feld Physische Anwesenheit mit „N“ zu befüllen.

5.2 Festlegung von genehmigungspflichtigen Leistungen

5.2.1 MEL ZZ710 – Aussetzen der Bepunktung im ambulanten Bepunktungsmodell

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

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

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

Um Verzerrungen in der Abrechnung zu vermeiden, wird seit 2022 die Abrechnung der Leistung ZZ710 und die Fallpauschale „APG18.03 – Untersuchung und Behandlung an einer zentralen ambulanten Erstversorgungseinheit (ZAE)“ ausgesetzt.

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

Die Dokumentationsregeln gelten unverändert weiter:

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

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

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

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

5.2.2 Sonstige genehmigungspflichtige Leistungen (ZZ721 bis ZZ723)

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

Code	Langtext
ZZ721	Strukturierte Diagnostik/Therapie bei neurologischen Erkrankungen (LE=je ambulanten Besuch)
ZZ722	Strukturierte Entwicklungsdiagnostik bei Kindern/Jugendlichen mit neuropädiatrischen Auffälligkeiten (LE=je ambulanten Besuch)
ZZ723	Strukturierte Nachsorge nach Schlaganfall und TIA (LE=je ambulanten Besuch)

Alle Leistungen erfordern eine Diagnosencodierung.

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

5.2.3 Dokumentation der leistungserbringenden Funktionscodes für die Leistung AN010

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

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

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

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

Die Kriterien für die Genehmigung und Abrechnung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung (ehemals halbstationäre Einheiten zur tagesklinischen Behandlung im stationären Modell) und ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung (ehemals halbstationäre Einheiten zur tagesstrukturierenden Behandlung im stationären Modell) werden entsprechend der Zuordnung zum ambulanten Bereich wie folgt definiert.

Dabei entspricht das Kriterium „Patient:innen (anwesend)“ bei Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung/tagesstrukturierenden Behandlung in den Fallpauschalen AMG20.05 bis AMG20.13 der durchschnittlichen Anzahl der je Betriebstag erbrachten Leistungen, die diesen Fallpauschalen jeweils zugeordnet sind (AM060, AM070 bzw. AM080, AM090, AM110, AM120, AM130, AM150). Es sind die tatsächlich erbrachten Leistungen, bei neuen Einrichtungen allenfalls die Planzahlen, heranzuziehen.

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

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

Voraussetzungen

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

Strukturmerkmale

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

a) Personalkriterien:

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

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

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

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

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.11 – Ambulante Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)“ mit 339 Leistungspunkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

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

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

Voraussetzungen

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

Strukturmerkmale

a) Personalkriterien:

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

- b) Die Größe einer psychiatrischen ambulanten Tagesbehandlung beträgt mindestens 6 ambulante Betreuungsplätze.
- c) Die Funktionseinheit ist zumindest täglich an Werktagen von Montag bis Freitag für 8 Stunden geöffnet.
- d) Die Patient:innen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden (30 Stunden/Woche). In begründeten Fällen kann ausnahmsweise von der täglichen Anwesenheitspflicht (an Arbeitstagen) Abstand genommen werden.
- e) Patient:innen der ambulanten Tagesbehandlung können außerhalb der Öffnungszeiten der Funktionseinheit bei Bedarf stationär aufgenommen werden oder eine Behandlung beim niedergelassenen Arzt bzw. bei der niedergelassenen Ärztin wahrnehmen. Ausgenommen sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen aus den Bereichen der Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.

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

Leistungen

Siehe obige Tabelle.

Dokumentation und Codierregel der ambulanten Tagesbehandlung in der Psychiatrie:

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

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.05 – Ambulante Tagesbehandlung in der Psychiatrie“ mit einer Leistungskomponente von 321 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

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

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

Voraussetzungen

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

Strukturmerkmale

a) Personalkriterien:

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

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

c) Es besteht keine tägliche Anwesenheitspflicht.

Leistungen

Siehe obige Tabelle.

Dokumentation und Codierregel der ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie:

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

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.06 – Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie“ mit einer Leistungskomponente von 152 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

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

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

Voraussetzungen

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

Dokumentation und Codierregel zu AM110

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

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

Leistungsvoraussetzungen

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

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.12 – Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Erwachsene)“ mit einer Leistungskomponente von 215 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

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

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

Voraussetzungen

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

Leistungsvoraussetzungen

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

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.13 – Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Kinder und Jugendliche)“ mit einer Leistungskomponente von 433 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

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

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

Voraussetzungen

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

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

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

Strukturmerkmale

a) Personalkriterien:

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

- b) Die Größe einer kinder- und jugendpsychiatrischen ambulanten Tagesbehandlung beträgt mindestens 5 ambulante Betreuungsplätze.
- c) Die Patient:innen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden (MEL AM120) inklusive des Heilstättenschulbesuchs. In der ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung (MEL AM130) ist eine Anwesenheit von mindestens 4 Stunden erforderlich. In begründeten Fällen kann ausnahmsweise von der täglichen Anwesenheitspflicht (an Arbeitstagen) Abstand genommen werden. Die Dauer einer Krankheits-episode kann, wie auch im stationären Bereich, nicht klar abgegrenzt werden.
- d) Patient:innen mit ambulanter Tagesbehandlung oder ambulanter tagesstrukturierender Behandlung können außerhalb der Öffnungszeiten der Funktionseinheit bei Bedarf stationär aufgenommen werden oder eine Behandlung beim niedergelassenen Arzt/ bei der niedergelassenen Ärztin wahrnehmen. Ausgenommen sind alle diagnostischen

und therapeutischen Leistungen aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie.

- e) Behandlungsübergänge von stationär zur ambulanten Tagesbehandlung oder ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung oder umgekehrt können fließend nach Bedarf vorgenommen werden, wobei jeweils eigene Datensätze bei Wechsel von stationär zu ambulant zu melden sind.
- f) Patient:innen mit ambulanter Tagesbehandlung oder ambulanter tagesstrukturierender Behandlung können während der Öffnungszeiten der Tagesklinik, so wie auch vollstationäre Patient:innen, Leistungen aller anderen medizinischen Fachgebiete in Anspruch nehmen.
- Zur Erfüllung der oben angeführten Anforderungen wird die folgende Personalausstattung für 10 Behandlungsplätze empfohlen:

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

Leistungen

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

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

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

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung der MEL AM120 erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.07 – Ambulante Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)“ mit einer Leistungskomponente von 463 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

Die Abrechnung der MEL AM130 erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.08 – Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)“ mit einer Leistungskomponente von 278 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

5.4 Verpflichtende codierte Diagnosendokumentation nach ICD-10

Mit Inkrafttreten des „Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024“ (BGBI. I Nr. 191/2023), mit dem unter anderem auch das „Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen“ (Artikel 8) novelliert wurde, besteht seit 1. Jänner 2025 im spitalsambulanten Bereich die Verpflichtung zur Meldung von nach ICD-10 codierten Diagnosen aus dem jeweils vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Diagnosenschlüssel. Für 2027 ist das die ICD-10 BMASGPK 2027.

Im Jahr 2025 war es das Ziel, mit der Übermittlung codierter Diagnosen sukzessive zu beginnen und die Vollständigkeit und Qualität der Datenmeldung im Laufe des Jahres zu verbessern. Daher wurde die Plausibilitätsprüfung für das ambulante LKF-Modell 2025 so konfiguriert, dass das Fehlen von Diagnosen in der Datenmeldung keinen Einfluss auf eine Bepunktung ambulanter Besuche hat. Nach Rückmeldungen von Trägergesellschaften und Landesgesundheitsfonds aus mehreren Bundesländern wurde diese Regelung für das Berichtsjahr 2026 beibehalten. Wie bereits 2025 angekündigt, werden für das Berichtsjahr 2027 beim Fehlen einer (Haupt-)Diagnose Errors anstelle der Warnings ausgegeben.

Nähere Informationen zur Diagnosencodierung und Plausibilitätsprüfung bei ambulanten Besuchen sind im Handbuch Medizinische Dokumentation 2027 enthalten.

5.5 Festlegung der LKF-relevanten Kostenträger

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

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

6 Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung

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

7 Umsetzung auf Landesebene

7.1 Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich

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 (bis 2024 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 (Vollzeitäquivalente) für Gesundheitsberufe in den Personalgruppen 1 (Ärzte) bis 6 (Sanitätshilfsdienstpersonal) zu verteilen.

7.2 Harmonisierung des stationären und ambulanten LKF-Modells 2025 als Rahmenbedingung

Im Kapitel 2 wurde dargestellt, dass es für die Weiterentwicklung der stationären und ambulanten LKF-Modelle gegenüber den bisherigen LKF-Modellen zu zwei grundsätzlichen Änderungen ab dem Jahr 2025 kommt, nämlich

- die Anwendung einer **gleichen Kalkulationsmethodik** für das stationäre und das ambulante LKF-Modell (Kapitel 2.2) sowie
- die Berücksichtigung von **Vorhaltekosten** als Bestandteil des LKF-Kernbereichs im Ausmaß von 30% der stationären und ambulanten Endkosten (Kapitel 2.3).

Dies bedeutet, dass die ambulanten Fallpauschalen (Leistungspunkte, Kontaktpunkte) ab dem LKF-Modell 2025 70% der ambulanten Endkosten repräsentieren. Andererseits basieren die stationären Fallpauschalen nicht mehr auf 100% Vollkosten, sondern nur mehr auf 70% Teilkosten.

Die LKF-Punkte der ambulanten und stationären Fallpauschalen haben dadurch die gleiche Wertigkeit, was die folgenden Konsequenzen hat:

- Für die Abrechnung nach dem stationären und ambulanten LKF-Modell kann und soll der **gleiche EURO-Wert pro Punkt** festgelegt werden.
- Nachdem für die Abrechnung nach dem stationären und ambulanten LKF-Modell der gleiche EURO-Wert pro Punkt festgelegt werden kann, ist eine Aufteilung in einen ambulanten und stationären **Finanzierungstopf** grundsätzlich nicht erforderlich.

- Eine Leistung wird **gleich bepunktet**, unabhängig davon, ob der Fall ambulant oder stationär abgerechnet wird. Dies gilt neben tagesklinischen Leistungen und der Onkologie (wo dies bis zum LKF-Modell 2024 bereits der Fall war) insbesondere für die Strahlen- und Nierenersatztherapie, wo bei ambulanter oder stationärer Abrechnung über die jeweiligen MEL-Gruppen MEL24.xx und MEL25.xx die exakt gleichen LKF-Punkte resultieren.

7.3 Empfehlungen zur Umsetzung

Aus der oben beschriebenen gleichartigen Kalkulationsmethode ergeben sich Möglichkeiten für eine administrative Vereinfachung und Förderung der Nutzung von Verschiebungspotenzialen in den ambulanten Bereich und damit folgende Empfehlungen für die Umsetzung:

Gemeinsamer Finanztopf für die Abrechnung der stationären und ambulanten LKF-Punkte und der Vorhaltekosten:

- Damit wird sichergestellt, dass die Bewertung der LKF-Punkte für den stationären und ambulanten Bereich mit den gleichen EURO-Beträgen erfolgt.
- Die Nutzung von Leistungsverschiebungen in den ambulanten Bereich ist abrechnungsneutral und vermeidet somit finanzielle Fehlanreize für stationäre Aufnahmen.

7.4 Verschiebung sonstiger Nulltagesaufenthalte in den spitals-ambulanten Bereich

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

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

7.5 Dokumentation ambulanter Betreuungsplätze in der KA-Statistik

Die Kennzahl „Ambulante Betreuungsplätze (ambBP)“ wurde als Planungsgröße für die im spitalsambulanten Bereich stattfindenden Behandlungen (onkologische Pharmakotherapie, Tagesbehandlungen in der PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R) in der Krankenanstaltenstatistik eingeführt. Derzeit wird diese Kennzahl vom Scoringprogramm aus den in der jeweiligen Krankenanstalt codierten Leistungen errechnet. Im ÖSG sind die Berechnungsformeln für die Ermittlung der ambulanten Betreuungsplätze definiert.

Um bei Fehlcodierungen unplausible Angaben zu vermeiden (siehe dazu als Beispiel die Leistung ZZ710), wurde die Möglichkeit geschaffen, im Datensatz nicht mehr automatisch die vom Scoringprogramm nach der ÖSG-Formel errechneten Betreuungsplätze zu übermitteln, sondern dort die nach Plausibilitätsprüfung und in Abstimmung mit dem Fonds tatsächlich im Berichtsjahr zur Verfügung stehenden ambulanten Betreuungsplätze einzutragen. Die Funktionalität der automatisierten Berechnung aus den codierten Leistungen steht im Programm weiterhin zur Verfügung.

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

8 Evaluierungsvereinbarung

Für das LKF-Modell ist laufend eine medizinische, ökonomische und statistische Evaluierung vorzunehmen. Erforderlichenfalls sind bei entsprechend fundierter Datenlage im Rahmen der periodischen LKF-Modell-Weiterentwicklungen (alle 7–8 Jahre) bzw. auch der jährlichen Wartung Anpassungen vorzunehmen.



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