





universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Evolution des österreichischen LKF-Systems:  
Kernbereich 2011 - 2019 und Steuerungsbereich 2018“

verfasst von / submitted by

Julia Aigner, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2020 / Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 915

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Master Betriebswirtschaft UG 2002

Betreut von / supervisor:

a.o. Univ.-Prof. Dr. Marion Rauner

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit eidesstatlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Wien, im Mai 2020

Julia Aigner

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, welche mich während der Erstellung meiner Masterarbeit unterstützt haben.

An erster Stelle gilt mein Dank Frau a.o. Univ.-Prof. Dr. Marion Rauner, die meine Arbeit betreut hat. Für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik möchte ich mich herzlich bedanken.

Ein besonderer Dank gilt den Mitarbeitern des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz für ihre Unterstützung bei der Datensammlung.

Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden für ihre Unterstützung während meines gesamten Studiums bedanken.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>VI</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>IX</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>XI</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Die Finanzierung des österreichischen Krankenhauswesens .....	1
1.2 Ziel der Arbeit .....	3
1.3 Aufbau der Arbeit .....	4
<b>2 Patientenabrechnungssysteme.....</b>	<b>6</b>
2.1 Entwicklung und Anreize von Diagnosis-Related-Group-Systemen .....	7
2.2 Internationale Diagnosis-Related-Group-Systeme.....	10
<b>3 Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in Österreich .....</b>	<b>13</b>
3.1 Gründe, Ziele und Auswirkungen des LKF-Systems.....	13
3.2 Aufbau des LKF-Systems .....	15
3.3 Sonderstellung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds .....	23
3.4 Rückblick 1997 bis 2010.....	24
<b>4 Adaptierung der LKF-Kernbereiche 2011 bis 2013.....</b>	<b>26</b>
4.1 LKF-Systementwicklung 2011 .....	26
4.2 LKF-Systementwicklung 2012 .....	35
4.3 LKF-Systementwicklung 2013 .....	41
4.4 Zusammenfassung.....	48
<b>5 Adaptierung der LKF-Kernbereiche 2014 bis 2016.....</b>	<b>51</b>
5.1 LKF-Systementwicklung 2014 .....	51
5.2 LKF-Systementwicklung 2015 .....	58
5.3 LKF-Systementwicklung 2016 .....	63
5.4 Zusammenfassung.....	68

<b>6</b>	<b>Adaptierung der LKF-Kernbereiche 2017 bis 2019 .....</b>	<b>71</b>
6.1	LKF-Systementwicklung 2017 .....	71
6.2	LKF-Systementwicklung 2018 .....	79
6.3	LKF-Systementwicklung 2019 .....	82
6.4	Zusammenfassung.....	94
<b>7</b>	<b>Kritische Betrachtung der LKF-Kernbereiche.....</b>	<b>97</b>
7.1	Vergleichbarkeit der LKF-Modelle.....	97
7.2	Offene Fragen und Ausblick .....	98
<b>8</b>	<b>LKF-Steuerungsbereich 2018 .....</b>	<b>100</b>
8.1	Keine Berücksichtigung des LKF-Steuerungsbereiches .....	103
8.2	Teilweise Gewichtung des LKF-Kernbereiches.....	107
8.3	Gesamte multiplikative Gewichtung des LKF-Kernbereiches.....	111
8.4	Kritische Zusammenfassung .....	116
<b>9</b>	<b>Resümee .....</b>	<b>121</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>125</b>
	<b>Abstract .....</b>	<b>133</b>
	<b>Anhang 1: E-Mailkorrespondenz – Vorarlberger Landesregierung.....</b>	<b>134</b>
	<b>Anhang 2: Telefonnotiz – Wiener Landesgesundheitsfonds vom 14.02.2020 .....</b>	<b>142</b>
	<b>Anhang 3: Telefonnotiz – Wiener Landesgesundheitsfonds vom 05.05.2020 .....</b>	<b>143</b>
	<b>Anhang 4: E-Mailkorrespondenz – Salzburger Gesundheitsfonds .....</b>	<b>145</b>

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	Bereiche des LKF-Systems.....	15
<b>Tabelle 2:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL-Gruppen des LKF-Modells 2011 .....	29
<b>Tabelle 3:</b>	Änderungen des LKF-Systems 2011 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze, -mittelwert und MEL-Zuschlag .....	30
<b>Tabelle 4:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen des LKF-Modells 2012 .....	37
<b>Tabelle 5:</b>	Änderungen des LKF-Systems 2012 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze, -mittelwert und MEL-Zuschlag .....	38
<b>Tabelle 6:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL-Gruppen des LKF-Modells 2013 .....	43
<b>Tabelle 7:</b>	Änderungen des LKF-Systems 2013 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze, -mittelwert und MEL-Zuschlag .....	44
<b>Tabelle 8:</b>	Veränderungen der MEL-, HDG-Gruppen und LDF-Pauschalen in den LKF-Modellen 2011 bis 2013.....	48
<b>Tabelle 9:</b>	Essenzielle strukturelle Veränderungen der LKF-Modelle 2011 bis 2013.....	50
<b>Tabelle 10:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen des LKF-Modells 2014 .....	54
<b>Tabelle 11:</b>	Änderungen des LKF-Systems 2014 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze,-mittelwert und MEL-Zuschlag .....	55
<b>Tabelle 12:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL-Gruppen des LKF-Modells 2015 .....	60

<b>Tabelle 13:</b>	Änderungen des LKF-Systems 2015 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, - obergrenze,-mittelwert und MEL-Zuschlag.....	61
<b>Tabelle 14:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen des LKF-Modells 2016 .....	65
<b>Tabelle 15:</b>	Änderungen des LKF-Systems 2016 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze,-mittelwert und MEL-Zuschlag .....	66
<b>Tabelle 16:</b>	Veränderungen der MEL-, HDG-Gruppen und LDF-Pauschalen in den LKF-Modellen 2014 bis 2016.....	68
<b>Tabelle 17:</b>	Essenzielle strukturelle Veränderungen der LKF-Modelle 2014-2016.....	69
<b>Tabelle 18:</b>	Veränderungen der Anzahl der Gruppen und Pauschalen von LKF-Modell 2016 zu LKF-Modell 2017 .....	72
<b>Tabelle 19:</b>	Aufstellung der LKF-Bepunktung in den Sonderbereichen 2017 .....	75
<b>Tabelle 20:</b>	Veränderungen der Anzahl der Gruppen und Pauschalen von LKF-Modell 2017 zu LKF-Modell 2018.....	80
<b>Tabelle 21:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL- Gruppen des LKF-Modells 2019 .....	84
<b>Tabelle 22:</b>	Änderungen des LKF-Systems 2019 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze,-mittelwert und MEL-Zuschlag .....	85
<b>Tabelle 23:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen und der ambulanten Pauschalgruppen des spitalsambulanten LKF-Modells 2019 .....	87
<b>Tabelle 24:</b>	Änderungen des ambulanten LKF-Modells 2019 - LDF-Pauschale, Kontaktpunkte, Leistungspunkte und MEL-Zuschlag .....	88
<b>Tabelle 25:</b>	Abrechnung von Null-Tagesaufenthalten im stationären LKF-Modell 2019 .....	91

<b>Tabelle 26:</b>	Veränderungen der MEL-, HDG-Gruppen und LDF-Pauschalen in den LKF-Modellen 2017 bis 2019.....	94
<b>Tabelle 27:</b>	Essenzielle strukturelle Veränderungen der LKF-Modelle 2017 bis 2019.....	96
<b>Tabelle 28:</b>	Fondskrankenanstalten in Niederösterreich im Jahr 2018.....	104
<b>Tabelle 29:</b>	Fondskrankenanstalten in Oberösterreich im Jahr 2018.....	105
<b>Tabelle 30:</b>	Private Fondskrankenanstalten mit einer Abrechnung im Rahmen des LKF-Systems im Jahr 2018.....	106
<b>Tabelle 31:</b>	Fondskrankenanstalten im Burgenland mit dem jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018.....	108
<b>Tabelle 32:</b>	Fondskrankenanstalten in Salzburg im Jahr 2018.....	109
<b>Tabelle 33:</b>	Fondskrankenanstalten in Tirol mit jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018.....	110
<b>Tabelle 34:</b>	Fondskrankenanstalten in Kärnten im Jahr 2018.....	112
<b>Tabelle 35:</b>	Fondskrankenanstalten in der Steiermark mit dem jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018.....	113
<b>Tabelle 36:</b>	Fondskrankenanstalten in Vorarlberg mit dem jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018.....	114
<b>Tabelle 37:</b>	Fondskrankenanstalten in Wien mit dem jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018.....	115
<b>Tabelle 38:</b>	Ausgestaltungen des LKF-Steuerungsbereiches im Jahr 2018.....	117
<b>Tabelle 39:</b>	Regelungen zur Betriebsabgangsdeckung der Fondskrankenanstalten im Jahr 2018.....	119
<b>Tabelle 40:</b>	Veränderungen der HDG- und MEL-Gruppen des LKF-Systems von 2011 bis 2019.....	122
<b>Tabelle 41:</b>	Veränderungen der ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen und ambulanten Pauschalgruppen des ambulanten LKF-Modells von 2017 bis 2019.....	123

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b>	Zuordnung der Patienten im stationären LKF-Modell 2019.....	18
<b>Abbildung 2:</b>	Änderungen der MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2011 .....	27
<b>Abbildung 3:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2011 .....	28
<b>Abbildung 4:</b>	Essenzielle Adaptionmaßnahmen im LKF-Modell 2011 .....	31
<b>Abbildung 5:</b>	Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2012.....	35
<b>Abbildung 6:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2012 .....	36
<b>Abbildung 7:</b>	Essenzielle Adaptionmaßnahmen im LKF-Modell 2012 .....	39
<b>Abbildung 8:</b>	Änderungen der LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2013 .....	42
<b>Abbildung 9:</b>	Essenzielle Adaptionmaßnahmen im LKF-Modell 2013 .....	45
<b>Abbildung 10:</b>	Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2014.....	52
<b>Abbildung 11:</b>	Änderungen LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2014 .....	53
<b>Abbildung 12:</b>	Essenzielle Adaptionmaßnahmen im LKF-Modell 2014 .....	56
<b>Abbildung 13:</b>	Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2015.....	59
<b>Abbildung 14:</b>	Änderungen LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2015 .....	60
<b>Abbildung 15:</b>	Essenzielle Adaptionmaßnahmen im LKF-Modell 2015 .....	62
<b>Abbildung 16:</b>	Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2016.....	63
<b>Abbildung 17:</b>	Änderungen LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2016 .....	64
<b>Abbildung 18:</b>	Essenzielle Adaptionmaßnahmen im LKF-Modell 2016 .....	67
<b>Abbildung 19:</b>	Essenzielle Adaptionmaßnahmen im LKF-Modell 2017 .....	73
<b>Abbildung 20:</b>	Null-Tagesaufenthalte im stationären Bereich des LKF-Systems .....	78
<b>Abbildung 21:</b>	Essenzielle Adaptionmaßnahmen im LKF-Modell 2018 .....	81
<b>Abbildung 22:</b>	Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LK-Modell 2019.....	83
<b>Abbildung 23:</b>	Änderungen LDF-Pauschalen im stationären LKF-Modell 2019.....	83

<b>Abbildung 24:</b>	Änderungen ambulante medizinische Einzelleistungs-Gruppen (AMG) und ambulante Pauschal-Gruppen (APG) im LKF-Modell 2019 .....	86
<b>Abbildung 25:</b>	Änderungen LDF-Pauschalen im spitalsambulanten LKF-Modell 2019 .....	87
<b>Abbildung 26:</b>	Essenzielle Adaptionenmaßnahmen im LKF-Modell 2019 .....	89

## Abkürzungsverzeichnis

AKH	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
AMG	Ambulante medizinische Einzelleistungs-Gruppen
APG	Ambulante Pauschalgruppen
Art	Artikel
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
Bgld. KAG	Burgenländisches Krankenanstaltengesetz
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Frauen und Gesundheit
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BURGEF	Burgenländischer Gesundheitsfonds
B-VG	Bundes Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DRG	Diagnosis-Related-Groups
et al.	und andere
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	DRG-System Deutschland
GFST	Gesundheitsfonds Steiermark
GM	Deutsche Modifikation
HDG	Hauptdiagnose
HRG	Health Resource Groups
ICD	International Classification of Diseases
ICPM	International Classification of Procedure in Medicine
inkl.	inklusive

KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Krankenanstalten und Kuranstalten Gesetz
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KGF	Kärntner Gesundheitsfonds
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
K-KAO	Kärntner Krankenanstaltenordnung
KP	Kontaktpunkte
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
LE	Leistungseinheit
LK	Leistungskomponente
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LP	Leistungspunkte
MEL	Medizinische Einzelleistung
MEL-ZU	Leistungszuschlag zu medizinischen Einzelleistungen
NÖ KAG	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz
NÖ LKH	Niederösterreichische Landeskliniken-Holding
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
NTA	Null-Tagesaufenthalte
OÖ KAG	Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz
OÖGF	Oberösterreichischer Gesundheitsfonds
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PDRG	Procedure- and- Diagnosis-Related-Groups
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PRIKRAF-G	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds-Gesetz
PSO	Psychosomatik und Psychotherapie
RNS	Remobilisation und Nachsorge
SAGES	Salzburger Gesundheitsfonds
SAGES-G	Salzburger Gesundheitsfondsgesetz

SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SKAG	Salzburger Krankenanstaltengesetz
Stmk. KAG	Steirisches Krankenanstaltengesetz
SV-Träger	Sozialversicherungs-Träger
SwissDRG	Schweizer DRG-System
TGF	Tiroler Gesundheitsfonds
Tir. KAG	Tiroler Krankenanstaltengesetz
TISS	Simplified Therapeutic and Intervention Scoring System
TK	Tageskomponente
VJ	Vorjahr
Vlgb. SpBG	Vorarlberger Spitalsbeitragsgesetz
WGF	Wiener Landesgesundheitsfonds
WHO	Weltgesundheitsorganisation
W-KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
Wr. KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz

# **1 Einleitung**

Abschnitt 1.1 behandelt die Grundlagen der Finanzierung des österreichischen Krankenhauswesens, um die Basis für die weiteren Kapitel darzulegen. Die darauffolgenden Abschnitte 1.2 und 1.3 beschreiben das Ziel und den Aufbau der vorliegenden Arbeit.

## **1.1 Die Finanzierung des österreichischen Krankenhauswesens**

Die Gesetzgebung zur Finanzierung des Krankenhauswesens ist in Österreich aufgeteilt. Angelegenheiten der Grundsatzgesetzgebung fallen in den Aufgabenbereich des Bundes. Die Ausführung und Vollziehung sowie die Sicherstellung der Spitalsversorgung fällt in den Aufgabenbereich der neun Bundesländer. Österreich weist im Jahr 2019 eine Anzahl von insgesamt 273 Krankenanstalten auf. Hiervon sind 117 sogenannte Fondskrankenanstalten, welche aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Zu den Fondskrankenanstalten zählen öffentliche Sonder- und Allgemeinkrankenanstalten sowie private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten. Von den insgesamt 117 Fondskrankenanstalten erfolgt im Jahr 2019 eine Abrechnung mit 29 privaten gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten. Insgesamt versorgen die Fondskrankenanstalten ca. 89 % der stationären Patienten in Österreich und vereinen ca. 70 % der Spitalsbetten in der Republik (BMASGK 2018a, S. 5; PRKRAF 2020).

In Österreich liegt die Finanzierung von Krankenanstalten im Aufgabenbereich des Bundes und der neun Bundesländer. Seit dem Jahr 1978 bildet Art (Artikel) 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) bzw. die dazugehörige Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens der Bundesverfassung, den rechtlichen Rahmen für die Finanzierung und definiert die Aufgaben des Bundes und der Bundesländer. Neben der Spitalsfinanzierung werden auch Vereinbarungen zu strukturellen Entwicklungen des gesamten Gesundheitswesens und der österreichischen Krankenanstalten vereinbart. Ziel ist die Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Gesundheitswesens, welches eine hohe Qualität aufweist. Relevante Faktoren, wie eine zukunftsorientierte Planung sowie eine bundesweit vergleichbare Dokumentation und Finanzierung werden zwischen Bund und Bundesländern vereinbart und definiert (BMASGK 2018a, S. 5f.).

Da der Bund und die Bundesländer gemeinsam für die Finanzierung des Gesundheitswesens zuständig sind, wurden die Bundesgesundheitsagentur gegründet. Für die Finanzierung öffentlicher Allgemein- und Sonderkrankenanstalten wurden neun Landesgesundheitsfonds gegründet. Die Mittel des Bundes werden zuerst an die Bundesgesundheitsagentur weitergeleitet. Diese wiederum verteilt diese Mittel auf Basis eines Aufteilungsschlüssels an die einzelnen Landesgesundheitsfonds. Neben den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur erhalten die neun Landesgesundheitsfonds ihre Mittel aus Sozialversicherungsbeiträgen, Steuermitteln und sonstigen Beiträgen der Länder und Gemeinden. Hiermit finanzieren diese die Fondsspitäler in ihrem jeweiligen Bundesland. Die Finanzierung privater gemeinnützigen Krankenanstalten fällt in den Kompetenzbereich des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF). Die Mittel zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten werden seit dem 1997 nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) verteilt, um eine bundesweit einheitliche Basis für die Finanzierung von öffentlichen Allgemein- und Sonderkrankenanstalten sowie privaten gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten zu ermöglichen (BMASGK 2018a, S. 5f.; PRIKRAF 2020).

## 1.2 Ziel der Arbeit

Die vorliegende Masterarbeit sowie deren Zielsetzung, ist in zwei Teilbereiche gegliedert. Ein Ziel dieser Masterarbeit ist es, dem Leser einen Überblick über die österreichische LKF-Finanzierung zu verschaffen und insbesondere die Weiterentwicklung des LKF-Kernbereiches der Jahre 2011 bis 2019, umfassend zu analysieren. Neben der Forschung soll die vorliegende Masterarbeit Erkenntnisse für politische Entscheidungsträger, wie Ministerien, und Entscheidungsträgern in Krankenanstalten, bieten. Bei Erarbeitung dieser Ziele schließt die vorliegende Masterarbeit an eine bereits bestehende Magisterarbeit von Herndl (2010) an, welche die Entwicklungen des LKF-Kernbereiches der Jahre 1997 bis 2010 beschreibt.

Im Rahmen der Analysen dieser Masterarbeit, werden die Adaptierungen des LKF-Kernbereiches der Jahre 2011 bis 2019 detailliert betrachtet. Ein zentraler Aspekt hierfür sind folgende Fragestellungen:

- Welche Änderungen der LKF-Gruppen und LDF-Pauschalen gab es im Rahmen der Weiterentwicklung des LKF-Kernbereiches 2011 bis 2019?
  
- Welche strukturellen Änderungen des LKF-Kernbereiches erfolgten im Rahmen der LKF-Systementwicklungen 2011 bis 2019?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen, dienen hauptsächlich Unterlagen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Ziel hierbei ist es, die Veränderungen analytisch für den Zeitraum der Jahre 2011 bis 2019 darzustellen. Daraus ergibt sich ein Werk, welches für die Wissenschaft und praktische Anwendung des LKF-Finanzierungssystems, die unterschiedlichen Adaptionenmaßnahmen erörtert.

Weiters werden die unterschiedlichen LKF-Steuerungsbereiche im Jahr 2018 beschrieben und Unterschiede dargelegt. Zentraler Aspekt dieses Teiles der vorliegenden Masterarbeit ist folgende Fragestellung:

- Wie unterscheiden sich die Ausgestaltungen des LKF-Steuerungsbereiches der neun Bundesländer im Jahr 2018?

Um diese Forschungsfrage beantworten zu können bzw. die unterschiedlichen Ausgestaltungen beschreiben zu können, wurde im Rahmen dieser Masterarbeit, eine Erhebung der entsprechenden Daten der neun Landesgesundheitsfonds, durch die Autorin, durchgeführt. Ziel dieser Analyse ist es, für die Forschung und für politische Entscheidungsträger Unterschiede der Ausgestaltungen zu beschreiben.

Gesamt betrachtet dient die Beantwortung der Forschungsfragen zur Erstellung eines Werkes, welches die Veränderungen des LKF-Kernbereiches 2011 bis 2019 und die Ausgestaltungen des LKF-Steuerungsbereiches 2018 beschreibt. Um Interessierten, der Wissenschaft, politischen Entscheidungsträgern und Führungskräften in Krankenanstalten die Unterschiede und Veränderung des LKF-Systems darzulegen.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Einleitend wird im Rahmen des **ersten Kapitels** die Finanzierung österreichischer Krankenanstalten sowie der Aufbau und die Zielsetzung dieser Arbeit erläutert.

Im **zweiten Kapitel** werden vier unterschiedliche Abrechnungssysteme für Leistungen an Patienten beschrieben und die jeweiligen Vor- und Nachteile erwähnt. Wobei das Hauptaugenmerk auf die Methode der Abrechnung mittels Fallpauschalen gelegt wird, da hierzu das österreichische LKF-System zählt. Weiters werden Unterschiede des österreichischen Systems mit

vergleichbaren intentional angewendeten Systemen erörtert, um die Spezifität des LKF-Systems darzulegen und mögliche Verbesserungspotentiale zu erkennen.

Das **dritte Kapitel** beschreibt das österreichische LKF-System. In Abschnitt 3.1 werden die Gründe, Ziele und Auswirkungen der Einführung erläutert. Abschnitt 3.2 legt den Aufbau des Systems dar. Abschnitt 3.3 schließt dieses Kapitel mit einem Rückblick ab der Einführung 1997 bis zum Jahr 2010 ab.

Im Rahmen des **vierten Kapitels** werden die Systementwicklungen des LKF-Kernbereiches der Jahre 2011 bis 2013 beschrieben. Die darauffolgenden Entwicklungen der Jahre 2014 bis 2016 werden in **Kapitel fünf** erläutert. **Kapitel sechs** legt die Systementwicklungen des LKF-Kernbereiches der Jahre 2017 bis 2019 dar. Jedes dieser drei Kapitel beschreibt zunächst allgemeine Veränderungen im Rahmen der LKF-Systementwicklungen. Weiters werden essenzielle strukturelle Veränderungen erörtert. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der durchgeführten LKF-Systementwicklungen.

**Kapitel sieben** betrachtet den Kernbereich des LKF-Systems kritisch in Bezug auf die Vergleichbarkeit der Modelle und bietet einen Ausblick in zukünftige Entwicklungen.

Im Rahmen des **achten Kapitels** werden die unterschiedlichen Ausgestaltungen des LKF-Sternbereiches 2018 beschrieben und in Cluster eingeteilt. Darüber hinaus werden die unterschiedlichen Regelungen in Bezug auf die Abgangsdeckungen der Krankenanstalten erörtert.

Das **neunte Kapitel** beinhaltet abschließend eine Zusammenfassung der gesamten Arbeit.

## 2 Patientenabrechnungssysteme

Im folgenden Abschnitt werden vier unterschiedliche Systeme zu Abrechnungen von Leistungen an Patienten beschrieben und ihre Vor- und Nachteile betrachtet. Diese Systeme sind das Abrechnungssystem aufgrund von Einzelleistungen, Tagespauschalen, Fallpauschalen oder mittels eines festgesetzten Budgets (Busse et al. 2013, S. 1f.; Cypionka und Kronemann 2015, S. 285ff.; Geissler 2012, S. 633ff.; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 162; Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 3ff.).

Hierauf aufbauend werden in Abschnitt 2.1 die Entwicklung und Anreize des Patientenabrechnungssystems mittels Fallpauschalen erörtert, da das österreichische LKF-System diese Systematik verwendet. Abschließend werden in Abschnitt 2.2 internationale Anwendungen der Abrechnung mittels Fallpauschalen betrachtet.

Bei Anwendung des Abrechnungssystems auf Basis von Einzelleistungen, wird jede einzeln erbrachte Leistung abgerechnet bzw. vergütet. Aufgrund dieser Systematik sind die Kosten einer Behandlung ein zentraler Aspekt. Dies führt dazu, dass zwar der Faktoreinsatz und die Faktorpreise minimiert werden. Andererseits birgt diese Abrechnungsmethodik den Anreiz möglichst viele Behandlungen zu erbringen mit sich. Dies führt zu einer erhöhten Anzahl an erbrachten Leistungen, wobei nicht berücksichtigt wird, ob diese medizinisch notwendig sind (Leonard et al. 2003, Busse et al. 2013, S. 1f.; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 162; Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 3ff.; Geissler 2012, S. 633ff.).

Ein Abrechnungssystem auf Basis von Tagespauschalen beinhaltet die Vergütung einer Pauschale pro Aufenthaltstag in einer Krankenanstalt. Diese Pauschale ist unabhängig von der Krankheit und erbrachten Leistungen. Daher besteht bei Anwendung dieser Methodik eine Anreizwirkung die Aufenthaltsdauer der Patienten zu maximieren (Busse et al. 2013, S. 1f.; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 162; Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 3ff.; Geissler 2012, S. 633ff.).

Die dritte hier beschriebene Methodik ist die Abrechnung basierend auf Fallpauschalen. Als Basis für dieses System dient die Krankheit des Patienten und die erbrachten Einzelleistungen. Hierdurch wird die Leistung an den Patienten in den Vordergrund gestellt. Diese Methode bewirkt eine Minimierung der Faktorpreise der Einzelleistungen und gleichzeitig eine Minimierung der Verweildauer eines Patienten. Dies birgt jedoch die Gefahr einer zu frühen Entlassung und in weiterer Folge einer Wiederaufnahme eines Patienten. Das österreichische LKF-System ist ein Beispiel für ein solches Abrechnungssystem. Daher wird dieses System und die damit verbundenen Anreize in Abschnitte 2.1 näher erörtert (Busse et al. 2013, S. 1f.; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 162; Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 3ff.; Geissler 2012, S. 633ff.).

Budgets als Grundlage für ein Patientenabrechnungssystem, konzentrieren sich hauptsächlich auf die Kostenkomponente. Hier werden den Krankenanstalten fixe Budgets aufgrund von Kennzahlen wie die Bevölkerungsdichte und in der Vergangenheit erbrachte Einzelleistungen zugeteilt. Aufgrund dieses finanziell starren Rahmens werden Anreize zur Minimierung der Kosten für die Behandlungen der Patienten gesetzt, ohne die Qualität dieser darunter leiden zu lassen. Daher birgt diese Methode große Anreize mit sich, Patienten auf andere Krankenanstalten oder den extramuralen Bereich zu verweisen (Busse et al. 2013, S. 1f.; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 162; Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 3ff.; Geissler 2012, S. 633ff.).

## **2.1 Entwicklung und Anreize von Diagnosis-Related-Group-Systemen**

In den 1970er Jahren, wurde an der Yale Universität in Amerika, die Abrechnungsmethodik mittels, DRG-System (Diagnosis-Related-Groups) erforscht. Dieses System basiert auf definierten Fallpauschalen. Bereits in den 1980er Jahren, verbreitete sich dieses Modell weltweit und in den 1990er Jahren in Europa. Zahlreiche Länder wie Deutschland, Schweiz, Irland, Portugal oder Spanien, führten ein DRG-System auf Basis des amerikanischen bzw. australischen Vorbildes ein. Weitere Länder wie Österreich, England und die Niederlande, entwickelten eigene Abrechnungssysteme auf Basis von Fallpauschalen (Busse et al. 2013, S. 1f.; Czypionka und Kronemann 2015, S. 286f.; Fischer 2008, S. 1ff.).

Ein Abrechnungssystem mittels DRG ermöglicht, die Transparenz und Effizienz des Systems zu steigern. Der Grundstein eines DRG-Systems, liegt in einer Einteilung der zu behandelnden Patienten in möglichst homogene Gruppen. Die Mittel werden entsprechend der Kosten der notwendigen Behandlungen der jeweiligen Gruppe zugeteilt. Dies erhöht einerseits die Transparenz des Systems und setzt Anreize, nicht medizinisch notwendige Untersuchungen zu unterlassen und stattdessen möglichst eine hohe Anzahl an Patienten zu betreuen. Dies wiederum beeinflusst, die Effizienz des Systems. Hierdurch bewirkt die Verwendung eines DRG-System den Faktoreinsatz bei der Erstellung einer Leistung zu minimieren bzw. die vorhandenen Ressourcen optimaler zu nützen (Busse et al. 2013, S. 1f.; Czypionka und Kronemann 2015, S. 285ff.; Fischer 2008, S. 3ff.; Geissler et al. 2012, S. 633ff.).

Neben diesen gewünschten Anreizen werden ungewünschte Anreize mit der Einführung eines DRG-Systems gesetzt. Zu diesen gehört das Phänomen des „Rosinenpickens“ („cherry picking“). Hier versuchen Krankenanstalten jene Fälle zu behandeln, denen eine möglichst hohe Fallpauschale, im Vergleich zu den aufgewendeten Kosten, zugewiesen ist. Gleichzeitig zeigt dieses Verhalten weiters, dass Patienten, die in diesem Sinne als nicht lukrativ gelten, auf andere Krankenanstalten oder den extramuralen Bereich verwiesen werden („patient dumping“) (Busse et al. 2013, S. 2; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 5).

Basierend auf Grundlagen von Fallpauschalen mit unterschiedlichen Vergütungen besteht der Anreiz, Diagnosen entsprechend zu stellen bzw. zu dokumentieren, um eine Fallpauschale mit möglichst maximaler Abgeltung abzurechnen. Dieses Verhalten wird als „upcoding“ bzw. „DRG creep“ bezeichnet. Um dieses Verhalten, sofern dies möglich ist, einzuschränken, ist eine qualitative Gruppierung der Patienten notwendig. Um dies gewährleisten zu können, müssen entsprechende Daten in Bezug auf die Kostenstrukturen, vorliegen. Gleichzeitig ist eine entsprechende Anzahl an Gruppen notwendig. Wobei eine hohe Anzahl an Gruppen, zu einem komplexen und unübersichtlichen System führt, dies erschwert die Kontrolle bzw. Feststellung eines solchen Verhaltens. Zur Erkennung von falschen Codierungen werden in der Regel neben Stichprobenüberprüfungen, Softwareprogrammen eingesetzt. Um unerwünschtes Verhalten zu minimieren werden Strafmechanismen eingesetzt. Diese Mechanismen sind beispielweise, die Sperrung von Anteilen des Budgets bzw. Einschränkung von Zahlungen des Landes an die

Krankenanstalten. In Deutschland beispielsweise, wird ein Zielbudgets für eine Abrechnungsperiode ausgehandelt. Bei einer Überschreitung dieses Budget, dürfen die Krankenanstalten nur einen Teil dieser Einnahmen verwenden. Diese Regelung vermindert den Anreiz durch „up-coding“ die Einnahmen zu maximieren (Busse et al. 2013, S. 2; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 231; Hofmacher und Reidel 2001, S. 16; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 4; BMG 2010a, S. 19).

Eine weitere Konsequenz, liegt in einer erhöhten Anzahl an Wiederaufnahmen. Das Kriterium von Belagsdauerwerten, welche die Dauer eines stationären Aufenthaltes darstellen, fließt in die Berechnung der Abgeltung aufgrund von Fallpauschalen mit ein. Aufgrund einer degressiven Abgeltung der Abrechnung von Pflgetage, wurde ein Anreiz geschaffen die Verweildauer von Patienten in Krankenanstalten zu minimieren. Durch eine Wiederaufnahme eines Patienten wird eine neue Abrechnung begonnen, dies führt bei Umsetzung eines DRG-Systems zur Anreizsteigerung von Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“). Zur Vermeidung des „Drehtüreffektes“ wurde beispielsweise in Deutschland und der Schweiz ein Mindestzeitraum für eine neue Abrechnung zwischen einer Entlassung und einer Wiederaufnahme definiert. Wird dieser Zeitraum unterschritten, führt eine Wiederaufnahme nicht zu einer neuen Abrechnung (Busse et al. 2013, S. 2; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 6ff.; Hofmacher und Riedel 2001, S. 16f.; §2 FPV 2009; SwissDRG 2018a, S. 14).

Trotz unerwünschter Anreize überwiegen die positiven Effekte der Anwendungen eines DRG-Systems. Der Ursprung dieses Systems wurde in den 1970er Jahren in Yale entwickelt. Die praktische Relevanz wird durch die Einführung von vielen vor allem europäischen Ländern in den 1990er Jahren ersichtlich (Busse et al. 2013, S. 2; Fischer 2008 S. 1ff.; Czypionka und Kronemann 2015, S. 287ff.; BAG 2019; Geissler et al. 2012, S. 638f.).

## 2.2 Internationale Diagnosis-Related-Group-Systeme

Weltweit fand diese Systematik der DRG-Systeme hohen Anklang. Portugal hat dieses System schon zu Beginn der 1980er Jahre umgesetzt. Österreich löste mit einem DRG-System, die Finanzierung auf Basis von Tagespauschalen, im Jahr 1997 ab. In Deutschland beispielsweise, erfolgte die Einführung im Jahr 2004. Im Jahr 2006 stellte England das Finanzierungssystem um. In der Schweiz wurde die Finanzierung, im Jahr 2012 umgestellt. Das österreichische System erweist sich bei näherer Betrachtung als sehr komplex, dies resultiert einerseits aus der speziellen Ausgestaltung des Systems und andererseits aus der geteilten Kompetenz zwischen Bund und Ländern. Aufgrund dieser besonderen Ausgestaltung des österreichischen Systems ist ein Vergleich zu Ausgestaltungen anderer Länder interessant. Daher werden im Folgenden einige Aspekte bzw. Unterschiede beschrieben (Busse et al. 2013, S. 1f.; BMASGK 2018a, S.7f.; Fischer 2008, S. 1ff.; Czypionka und Kronemann 2015, S. 285ff.).

Das österreichische System, basiert neben Diagnosen auf medizinischen Leistungen, daher kann das System auch als Procedure- and Diagnosis-Related-Group-System (PDRG-System), bezeichnet werden. Als Basis zur Zuordnung von Fallpauschalen, aufgrund von Diagnosen, wird in Österreich die „International Classification of Diseases“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angewendet (BMG 2010a, S. 16; WHO 2020). Für das Modell 2019, bedient man sich in Österreich einer adaptierten Version, dem ICD-10 BMG 2017, wobei BMG 2017 die Version aus dem Jahr 2017 des Bundesministeriums für Gesundheit kennzeichnet (BMASGK 2018a, S. 23ff.). Die DRG-Systeme in Deutschland, England und der Schweiz verwenden ebenfalls die Kodierung des ICD-10. In England wird der ICD-10 der WHO ohne Adaptierungen angewendet. Deutschland und die Schweiz wenden hingegen eine angepasste Variante (ICD-10-GM) an, wobei die Abkürzung GM die deutsche Modifikation kennzeichnet (DMDI 2019a; BFS 2018, S. 12ff.; NHS 2019, S. 6ff.).

Bei Betrachtung der Zuordnung von medizinischen Leistungen in diesen DRG-Systemen ist erkennbar, dass Deutschland, Schweiz und England ebenfalls als Grundlage ein System der WHO, die „International Classification of Procedure in Medicine“ (ICPM) verwendet. In

Österreich wird hierfür, ein eigens entwickelter Katalog von medizinischen Leistungen herangezogen (DMDI 2019c; BFS 2018, S. 12ff.; NHS 2019, S. 6ff.; BMG 2018b, S. 8ff.).

Die Kombination dieser Klassifizierungssysteme bildet die Basis der Fallpauschalen-Kataloge. Die Anzahl der berücksichtigten Fallpauschalen ist ein essenzieller Bestandteil eines DRG-Systems und trägt zur Vermeidung der in Abschnitt 2.1 beschriebenen Anreizwirkung bei. Im Jahr 2019 beinhaltet der angewendete Katalog in Österreich 1.135 Fallpauschalen. Das englische DRG-System HRG (Health Resource Groups) Version 4+ weist vergleichsweise hierzu eine höhere Anzahl, mit 2.832 Fallpauschalen auf. Im Rahmen des G-DRG (German-DRG) werden 1.318 Fallpauschalen berücksichtigt. In der Schweiz werden im Vergleich hierzu 1.037 Fallpauschalen im Katalog angeführt (Busse et al. 2013, S.2; BMASGK 2018b, S. 8; BMASGK 2018c, S. 3ff.).

Deutschland und die Schweiz wählten zur Vermeidung des Drehtüreffektes (d.h. zeitnahe Wiederaufnahmen von Patienten) strikte Regelungen. Im Rahmen des G-DRG, werden mehre Aufenthalte für die Abrechnung zusammengefasst, wenn die Aufenthaltsdauer noch innerhalb der vorgegeben Grenzverweildauer des aktuellen Modells liegt bzw. wenn zwischen Erstentlassung und Wiederaufnahme ein Zeitraum von 30 Kalendertagen nicht überschritten wird. In beiden Fällen muss zusätzlich bei Wiederaufnahme die gleiche Gruppe, der zuvor verwendeten Fallpauschale gewählt werden. In der Schweiz ist ein vergleichbares System in Verwendung. Wobei hier ein Zeitraum von 18 Kalendertagen zwischen Entlassung und Wiederaufnahme als Zeitrahmen zur Abgrenzung einer zeitnahen Wiederaufnahme, herangezogen wird. Erst bei einer Überschreitung dieser Zeitspanne wird eine neue Aufnahme abgerechnet. Ausnahmefälle von dieser Regelung werden in beiden Systemen im Fallgruppen-Katalog separat gekennzeichnet (§ 2 FPV 2019; SwissDRG 2018a, S. 14). Eine solche Regelung hat zur Folge, dass frühzeitige Entlassungen in Kombination mit einer Wiederaufnahme die Abrechnung nicht beeinflussen. Weiters vermindert dies, dass gesundheitliche Risiko aufgrund von zu frühen Entlassungen für Patienten ansteigt (Busse et al. 2013, S. 2; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 6ff.).

Als Maßnahme zur Vermeidung dieses Drehtüreffektes, findet sich im österreichischen System die Einführung des Tagesklinikmodells im Jahr 2002 und die Implementierung des spitalsambulanten Modells im Jahr 2017. Durch diese Modelle werden Leistungen an Patienten, welche an einem Behandlungstag erfolgen abgerechnet. Weiters werden im Rahmen des LKF-Modells halbstationäre Behandlungen berücksichtigt, die eine Unterbrechung der Behandlung vorsehen. Die Mechanismen bzw. Abrechnungsmodelle senken die Möglichkeiten und Anreize finanzielle Mittel durch eine Aufnahme bzw. Entlassung zu generieren (BMASGK 2018a, S. 19ff.; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 11).

Wie jedes Abrechnungsmodell weist ein DRG-System Stärken und Schwächen aus. Jedoch zeigt sich eine eindeutige internationale Durchsetzung dieser Finanzierungs- bzw. Abrechnungsmethodik. Wobei es erhebliche Unterschiede in der Ausgestaltung und Anwendung der Systeme in den Ländern gibt. Selbst wie bei den Ländern Deutschland und der Schweiz, die als Grundlage das australische System wählten. Als unterstützendes Organ trägt die WHO einen erheblichen Teil zur einheitlichen und qualitativ hochwertigen Klassifizierung von Diagnosen und medizinischen Einzelleistungen bei (Czypionka und Kronemann 2015, S. 285ff.; Fischer 2008, S. 1ff.; Busse et al. 2013, S. 2ff.; Czypionka et al. 2015, S. 131ff.; WHO 2020).

Das österreichische System weist einige Besonderheiten auf, diese sind auf die Eigenentwicklung und auf die unterschiedlichen Anforderungen in den Bundesländern zurückzuführen. Weiters erweist sich das österreichische System als sehr komplex, dies resultiert vor allem aus der geteilten Kompetenz zwischen Bund und Ländern. Diese Aspekte werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit näher behandelt. Aufgrund der speziellen Ausgestaltung des österreichischen Systems ist ein Vergleich zu anderen Ausgestaltungen interessant. Im Vergleich zu dem aktuellen System in Deutschland lassen sich trotz eines grundsätzlich gleichen Systems wesentliche Unterschiede erkennen (Czypionka et al. 2015, S. 128; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 9; Schaffhauser-Linzatti et al. 2009, S. 299; Hofmarcher und Riedl 2001, S. 1ff.).

### **3 Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in Österreich**

Einleitend beschreibt Abschnitt 3.1 Gründe, Ziele und Auswirkungen des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Systems) in Österreich. Darauf folgend beleuchtet Abschnitt 3.2 den Aufbau des LKF-Systems. In Abschnitt 3.3 wird die Sonderstellung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds beschrieben. Abschnitt 3.4 schließt dieses Kapitel mit einem Rückblick auf die Systementwicklungen ab dem Einführungsjahr 1997 bis zum Jahr 2010 ab.

#### **3.1 Gründe, Ziele und Auswirkungen des LKF-Systems**

Zentraler Punkt des LKF-Systems ist das Leistungsgeschehen innerhalb österreichischer Krankenanstalten. Aufgrund erheblicher Veränderungen in den letzten Jahrzehnten zeigte sich, dass der bis zum Jahr 1996 verwendete Finanzierungsmechanismus mittels undifferenzierter Tagespauschalen nicht ausreicht. Grund hierfür war das Fehlen des Kriteriums der Leistungsorientierung. Die Betreuung der vor allem stationären Patienten wurde intensiviert, wobei sich andererseits die Aufenthaltsdauer verringerte. Gründe für diese Entwicklung liegen in verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Zur Nutzung dieser Möglichkeiten stieg der Einsatz von teuren Behandlungsverfahren und Gerätschaften, dies veränderte die Kostenstruktur und daher die Finanzierung der Krankenanstalten erheblich (BMAGK 2018a, S. 7).

Mit der Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997 einigten sich der Bund und die neun Bundesländer auf ein Finanzierungssystem, welches das Leistungsgeschehen in den Fondskrankenanstalten in den Vordergrund stellt. Als Fondskrankenanstalten im Rahmen des LKF-Systems zählen öffentliche Sonder- und Allgemeinkrankenanstalten sowie private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten (BMAGK 2018a, S. 5ff.). Wobei an dieser Stelle zu erwähnen ist, dass zu diesem Zeitpunkt das System ausschließlich stationäre Behandlungen in Fondskrankenanstalten beinhaltet. Eine Erweiterung des Systems auf ambulante Behandlungen in Fondskrankenanstalten wurde erst mit dem Jahr 2017 schrittweise umgesetzt (BMAGK 2018a, S. 26).

Um das Leistungsgeschehen in den Vordergrund der Finanzierung zu stellen, wurden leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF) entwickelt. Darüber hinaus wurde die Möglichkeit zur Berücksichtigung, spezieller medizinischer Versorgungsfunktionen der Fondkrankenanstalten in fachlicher oder regionaler Hinsicht implementiert. Ein wesentliches Ziel bei der Entwicklung und Weiterentwicklung ist eine Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz eines österreichweiten Finanzierungssystems, um den Ressourceneinsatz zu optimieren und die Krankenanstalten entsprechend ihrer Leistungen zu vergüten (BMAGK 2018a, S. 7f.). In Zusammenhang mit diesen zentralen Zielen stehen zahlreiche Aspekte wie die Reduktionen von stationären Aufnahmen, falls diese medizinisch nicht notwendig sind und die gleichzeitige Förderung der tagesklinischen und ambulanten Behandlungen, die Verkürzungen der Belagsdauer von stationären Aufenthalten, die Reduktion von nicht medizinisch notwendigen Mehrfachleistungen der Fondkrankenanstalten, einhergehend mit einer Optimierung des Ressourceneinsatzes bei Behandlung von vor allem stationären Patienten (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 231; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 13; BMAGK 2018a, S. 7f.).

Bereits Mitte der 1990er Jahre konnte eine Eindämmung der jährlichen Kostensteigerungen erkannt werden. Zu Beginn der 1990er Jahre betrug die jährliche Kostensteigerung im Bereich der Behandlungen von stationären Patienten der Fondkrankenanstalten ca. 10 %. Ab der zweiten Hälfte der 1990er Jahre konnte diese Rate im Bereich von 2 % bis 4 % reduziert werden (BMAGK 2018a, S. 7f.).

Ein bundesweit einheitliches System bildet in erster Linie die Grundlage für eine vergleichbare Dokumentation der Diagnosen und Leistungen der unterschiedlichen Krankenanstalten im gesamten Bundesgebiet. Darüber hinaus erhöht diese einheitliche Dokumentation die Leistungs- und Kostentransparenz. Dies wiederum bietet Grundlagen für wirtschaftliche Entscheidungen im Bereich des Managements innerhalb der Krankenanstalten und der Politik (BMAGK 2018a, S. 7f.).

## 3.2 Aufbau des LKF-Systems

Das LKF-System gliedert sich in zwei Teilbereiche, die unterschiedliche Dimensionen, des Finanzierungssystems in Österreich widerspiegeln (Tabelle 1). Als Grundbasis der Finanzierung der stationären Behandlungen von Fondkrankenanstalten gilt der bundesweit einheitliche LKF-Kernbereich. Darauf aufbauend besteht der LKF-Steuerungsbereich, dieser ermöglicht den Bundesländern einen individuellen Gestaltungsrahmen zur Finanzierung der stationären Behandlungen ihrer Fondkrankenanstalten (BMGSK 2018b, S. 5ff.).

Bundesweit einheitlicher LKF-Kernbereich	Bepunktung von stationären Behandlungen in Fondkrankenanstalten auf Basis der LDF inkl. spezieller Bepunktungsregelungen.
Von den Ländern gestaltbarer LKF-Steuerungsbereich	Zur leistungsorientierten Mittelzuteilung mit Berücksichtigung besonderer Versorgungsfunktionen der Fondkrankenanstalten

**Tabelle 1:** Bereiche des LKF-Systems

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMGSK 2018b, S. 5)

### LKF-Kernbereich

Basisgerüst des LKF-Systems ist der Kernbereich, dieser ermöglicht eine einheitliche Basis für die Abrechnung von stationären Behandlungen in den Fonkrankenanstalten. Aufgrund dieser Einheitlichkeit können Daten und Diagnosen der Krankenanstalten von Ministerien, Krankenanstalten Management und Forschern verglichen und bearbeitet werden. Dies ist der Grundstein für eine leitungorientierte Finanzierung in Österreich (BMG 2010a, S. 16ff.).

Zur Koordinierung und Weiterentwicklung des Systems wurde auf Bundesebene die Gesundheitsagentur und ihr oberstes Organ, die Bundesgesundheitskommission, gegründet. Die Geschäftsführung der Gesundheitsagentur obliegt dem zuständigen Ministerium. Zum derzeitigen Zeitpunkt ist dies das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Die Bundesgesundheitskommission setzt sich, gemäß Art 22 der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, aus einer Vielzahl von Vertretern zusammen. Diese vertreten beispielweise die Länder,

Sozialversicherungen, Ärztekammer und den Bund selbst. Der Bundesgesundheitsagentur sind für die Bundesländer Landesgesundheitsfonds unterstellt. In ihrer Zuständigkeit befindet sich die Verteilung der Mittel auf die unterschiedlichen Fondskrankenanstalten. Hierzu zählen öffentliche Sonder- und Allgemeinkrankenanstalten. Für private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten ist der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds zuständig (BMG 2010a, S. 14ff.; BMAGK 2018a, S. 5ff.; PRIKRAF 2020).

Fondskrankenanstalten erfassen zahlreiche Daten und Diagnosen. Um diese Patientendaten gruppieren zu können, basiert das System auf den LDFs. Die Gruppierung dient der Übersichtlichkeit und Transparenz des Systems. Bei der Definition der LDFs fließen Daten wie die festgestellte Krankheit, die notwendige Abteilung, das Alter der Patienten, sowie die medizinisch erbrachten Leistungen für Patienten ein. Bereits zu Beginn der Entwicklung und Durchführung des LKF-Systems zeichnete sich eine Entwicklung ab, ca. drei Fünftel der Zuteilungen basieren auf einer Hauptdiagnose, die restlichen zwei Fünftel auf medizinischen Einzelleistungen. Aufgrund dieser Tatsachen wurden die Hauptdiagnosegruppen (HDG-Gruppen) und die medizinischen Einzelleistungs-Gruppen (MEL-Gruppe) definiert. Im Bereich der HDG-Gruppen bezieht man sich zur Kategorisierung der Diagnosen und Krankheiten auf die ICD der WHO. Wobei dieser speziell für die Anwendung im Rahmen des österreichischen LKF-Systems angepasst wurde. Dieses System, wird laufend aktualisiert und in das LKF-System implementiert (BMG 2010a, S. 16f.; WHO 1999, S. 3).

Die HDG- und MEL-Gruppen im stationären Bereich bestehen aus einer bzw. mehreren LDF-Pauschalen. Diesen LDF-Pauschalen werden gewisse Punkte zugewiesen (BMG 2010a, S. 29; BMGF 2016a, S. 10ff.). Eine LDF-Pauschale im stationären Bereich besteht aus einer Leistungskomponente (LK) und einer Tageskomponente (TK). Basis für die Leistungskomponente sind die direkt zurechenbaren Kosten einer medizinischen Einzelleistung (MEL) eines Patienten, im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Fondskrankenanstalt. Bei einer Operation beispielweise sind dies die Personalkosten für das Operationsteam oder die medizinischen Verbrauchsgüter, die während eines operativen Eingriffes in einer Fondskrankenanstalt benötigt werden. Jene Kosten vor allem Gemeinkosten, die nicht direkt zugerechnet werden können, sind mit Ausnahme von Intensiveinheiten innerhalb der belagsdauerabhängigen TK geregelt

(BMSGK 2018a, S. 9ff.). Als Basis zur Berechnung der TK wurde der durchschnittliche Pflegeaufwand herangezogen. Da Patienten in Intensivstationen mehr Pflegeaufwand benötigen, gibt es hierfür einen Intensivzuschlag pro Tag. Grundsätzlich ist die TK belagsdauerabhängig. Daher gibt es für jede LDF-Pauschale spezielle Belagsdauerwerte. Zur Bepunktung der LDF wird ein Belagsdauerintervall, mit einer Belagsdaueruntergrenze, einer Belagsdauerobergrenze und eines Belagsdauerwertes, herangezogen. Die TK eines stationären Patienten, dessen Aufenthalt kürzer ist als die Belagsdaueruntergrenze der LDF, wird entsprechend der tatsächlichen Belagsdauer verringert. Jenen stationären Patienten, deren Belagsdauer über der Obergrenze liegt, wird ein degressiver Punktezuschlag je zusätzlichem Tag verrechnet (BMSGK 2018b, S. 9ff.).

Für die Zuordnung einer bestimmten Pauschale zu einem stationär behandelten Patienten, müssen bestimmte Kriterien erfüllt und dokumentiert werden. Hierfür dient ein definierter Ablauf, siehe Abbildung 1. Neben der Art der Aufnahme (Nr. 1) werden medizinische Einzelleistung bei Erbringung (Nr. 3.3) erfasst. Werden im Rahmen der Behandlung eines stationären Aufenthaltes mehrere Leistungen erbracht, wird die Fallpauschale mit dem höchsten Punktwert zuzüglich der Leistungskomponente (Nr. 3.3.2.) abgerechnet. Bei mehreren Behandlungen an einem Tag wird an Stelle der Leistungskomponente der zusätzlichen Leistung, ein Leistungszuschlag zur medizinischen Einzelleistung (MEL-ZU) abgerechnet (BMG 2010a, S. 32f.). Bei Leistungserbringung an stationären Patienten mit erhöhtem Pflegeaufwand wie beispielsweise auf Intensivstationen, werden zusätzliche Punkte abgerechnet (Nr. 4) (BMSGK 2018b, S. 42).

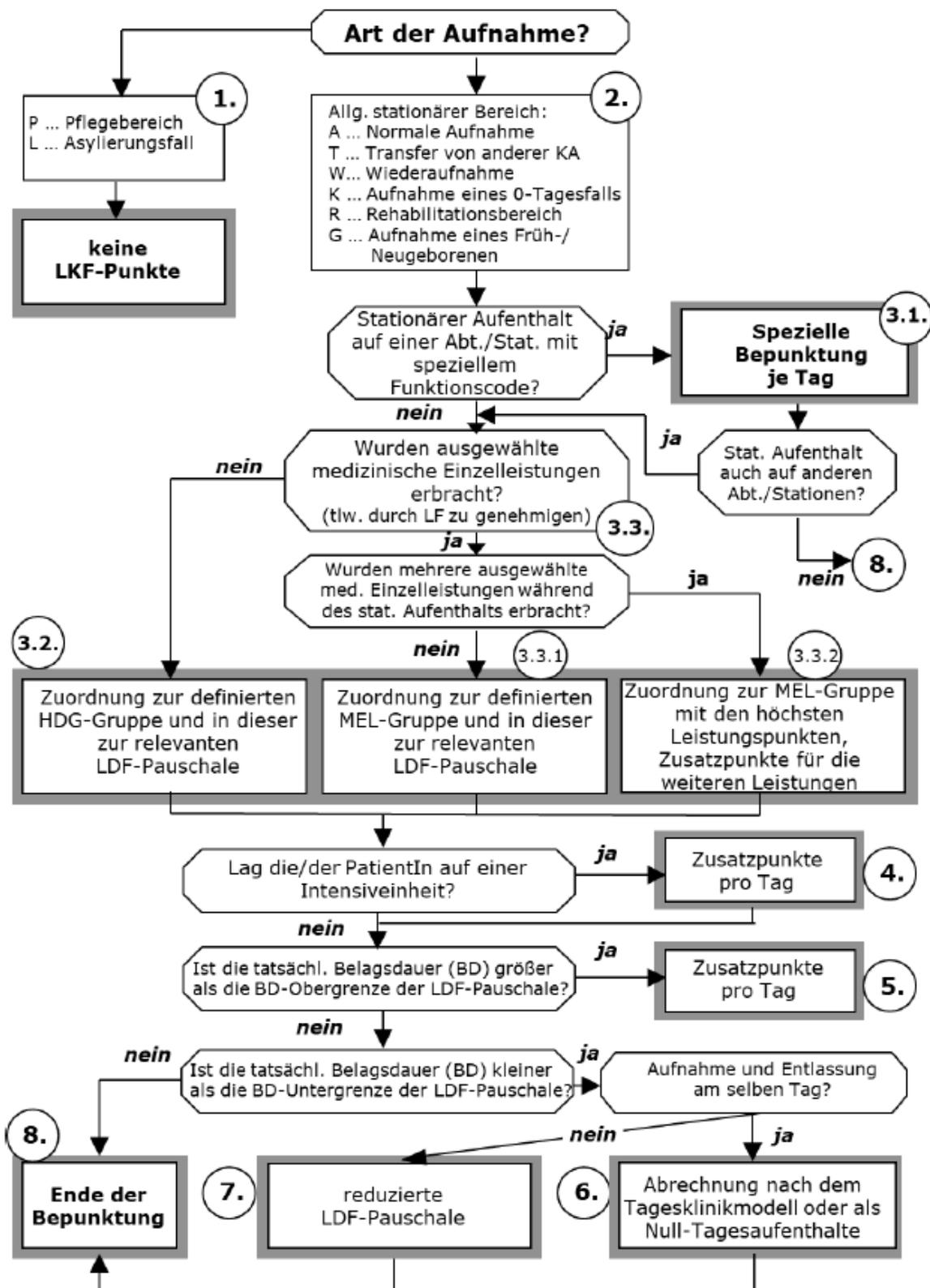


Abbildung 1: Zuordnung der Patienten im stationären LKF-Modell 2019

(Quelle: BMASGK 2018b, S. 42)

Das LKF-Modell 2019 beinhaltet 220 HDG-Gruppen mit 531 LDF-Pauschalen und 198 MEL-Gruppen mit 448 LDF-Pauschalen. Wird beispielsweise ein Patient im Alter von 64 Jahren stationär aufgenommen und anhand der Leistung die MEL-Gruppe 06.04 „komplexe Eingriffe an Dickdarm und Rektum“ codiert. Erfolgt die Zuordnung der LDF-Pauschale aufgrund seines Alters, in diesem Fallbeispiel die LDF-Pauschale B. Diese LDF-Pauschale beinhaltet eine Leistungskomponente in Höhe von 4.626 LKF-Punkten und einer Tageskomponente in Höhe von 6.389 LKF-Punkten. Darüber hinaus ist die Belagsdaueruntergrenze in Höhe von 4 Tagen, der Belagsdauermittelwert in Höhe von 12,6 Tagen und die Belagsdauerobergrenze in Höhe von 19 Tagen geregelt. Daraus ergibt sich bei einem Aufenthalt innerhalb der Belagsdauerwerte, zwischen 4 und 12,6 Tagen ein LKF-Punktwert in Höhe von 11.015 Punkten. Ist die tatsächliche Dauer des stationären Aufenthaltes unter der Belagsdaueruntergrenze von vier Tagen, aber mindestens ein Tag, dann wird die Tageskomponente reduziert. Hierzu wird die Tageskomponente mit der Anzahl der Tage des tatsächlichen stationären Aufenthaltes multipliziert und durch die Belagsdaueruntergrenze dividiert. Dies ergibt im Rahmen des beschriebenen Sachverhaltes und bei einer tatsächlichen Belagsdauer von 3 Tagen 9.418 LKF-Punkte (BMASGK 2018b, S. 45ff.; BMASGK 2018c, S. 3ff.).

Liegt die tatsächliche Belagsdauer eines stationären Aufenthaltes über der Belagsdauerobergrenze, erfolgt eine degressive Abrechnung von Zusatzpunkten. Da die Tageskomponente pro Tag (Tageskomponente dividiert durch Belagsdauermittelwert) mit dem Verhältnis zwischen Belagsdauerobergrenze und tatsächlicher Belagsdauer multipliziert wird. Wobei mindestens 50% der Tageskomponente pro Tag abgerechnet wird. Die LDF-Pauschale C der HDG-Gruppe 09.02 „bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken“ beispielsweise, beinhaltet eine Leistungskomponente (LK) in Höhe von 239 LKF-Punkten und eine Tageskomponente (TK) in Höhe von 1.507 LKF-Punkten. Die definierte Belagsdauerobergrenze liegt bei 4 Tagen. Im Falle einer tatsächlichen Belagsdauer von 9 Tagen werden 3.325 LKF-Punkte abgerechnet. Dieser Punktwert beinhaltet neben der Leistungskomponente in Höhe von 239 LKF-Punkten und der Tageskomponente in Höhe von 1.507 LKF-Punkten zusätzlich Zuschläge der Tageskomponente. Wobei aufgrund der degressiven Berechnung, der Zuschlag für den fünften Tag 416 LKF-Punkte beträgt. Im Vergleich hierzu ergibt sich für den neunten Belagstag lediglich ein Zuschlag in Höhe von 260 LKF-Punkten. Die Abrechnung von Null-Tagesaufenthalten ist abhängig von der dokumentierten Entlassungsart und der codierten MEL- bzw. HDG-Gruppe

(siehe Abschnitt 6.3). Bei Abrechnung einer LDF-Pauschale einer MEL-Gruppe erfolgt die gleiche Vorgehensweise. Wobei jede LDF-Pauschale der HDG- und MEL-Gruppen definierte Belagsdauerwerte beinhaltet (BMASGK 2018b, S. 45ff.; BMASGK 2018d, S. 43ff).

Neben der Abrechnung von stationären Patienten in Fondkrankenanstalten, werden ab dem Jahr 2017 spitalsambulante Behandlung im Rahmen des LKF-Systems abgerechnet. Das spitalsambulante Modell für die Patientenabrechnung besteht wie das Modell des stationären Bereiches aus zwei Gruppen von LDF-Pauschalen. Hier findet man ambulante medizinische Einzelleistungs-Gruppen (AMG) und ambulante Pauschalgruppen (APG). Das spitalsambulante Modell wird bundesweit einheitlich, nach einer Übergangsphase von zwei Jahren ab dem LKF-Modell 2019 angewendet. Vor dem Modell 2017 konzentrierte sich das LKF-System ausschließlich auf stationäre und tagesklinisch erbrachte Leistungen. Obwohl bereits bei Einführung im Jahr 1997, diese Erweiterung auf den spitalsambulanten Bereich als Ziel festgelegt wurde. Grundsätzlich ist die Abrechnungsmethodik des spitalsambulanten Bereiches, annähernd gleich aufgebaut wie jene des stationären Bereiches, im Gegensatz zur LK und TK basiert die Berechnung der Punkte auf Leistungspunkten (LP) und Kontaktpunkten (KP). Im Bereich der LP werden direkt den definierten Gruppen zurechenbare Leistungen abgegolten, alle nicht zuordenbaren Leistungen werden im Bereich der KP abgegolten. Bei Abrechnung von spitalsambulanten Leistungen im Rahmen einer ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppe, werden die LP pro erbrachte Leistung abgerechnet. Im Falle einer Abrechnung im Rahmen einer ambulanten Pauschalgruppe, werden die LP pro codierter ambulanten Pauschalgruppe abgerechnet. Das spitalsambulante LKF-Modell ist auf Patienten mit einer Aufnahme und Entlassung am selben Tag konzentriert, daher existieren in diesem Modell keine Belagsdauerwerte (BMGF 2016a, S. 10ff.; BMGF 2016b, S.23).

Für eine bessere Darlegung der Vorgehensweise im Zuge von Abrechnungen spitalsambulanter Leistungen werden im Folgenden zwei Beispiele angeführt. Das LKF-Modell 2019 beinhaltet 83 ambulante Pauschalgruppen mit 89 LDF-Pauschalen (siehe Abschnitt 6.3). Eine dieser Gruppen regelt die Abrechnung von Lasertherapien am Auge (APG 02.12). Diese APG beinhaltet eine LDF-Pauschale (LDF-Pauschale A). Im Falle einer Abrechnung dieser APG werden 35 Kontaktpunkte und 41 Leistungspunkte abgerechnet. Im Vergleich hierzu beinhaltet das

LKF-Modell 2019 38 ambulante medizinische Einzelleistungs-Gruppen mit 67 LDF-Pauschalen. Eine dieser Gruppen regelt die Abrechnungsmethodik für intraarterielle Chemotherapien (AMG 21.07). Diese Gruppe beinhaltet die LDF-Pauschale A. Wird eine spitalsambulante Leistung an einem Patienten entsprechend codiert, werden 381 Gesamtpunkte abgerechnet. Diese ergeben sich aus 235 Kontaktpunkten und 146 Leistungspunkten (BMGF 2016c, S. 19ff.).

### **LKF-Steuerungsbereich**

Im Rahmen der Gestaltung des LKF-Steuerungsbereiches können die Bundesländer besondere Versorgungsfunktionen der einzelnen Fondskrankenanstalten sowie einzelne Abteilungen bei der Mittelzuteilung berücksichtigen. Hierzu zählen die Funktion der Zentralversorgung, der Schwerpunktversorgung sowie die Übernahme von speziellen regionalen oder fachlichen Versorgungsfunktionen (BMGSK 2018b, S. 5f.)

Der LKF-Steuerungsbereich fällt in die Zuständigkeit der neun Landesgesundheitsfonds. Diese sind als Äquivalent zu der Bundesgesundheitsfonds auf Länderebene zu sehen. Die Zuständigkeit, Organisation und Finanzierung dieser Fonds sind in Art 23 bis 29 der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt. Gemäß dieser Vereinbarung sind zur Umsetzung zwei Organe im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu errichten. Die jeweiligen Gesundheitsplattformen, bestehen aus Vertretern unterschiedlicher Interessengruppen wie der Ärztekammer und Rechtsträger der Krankenanstalten. Die Zuständigkeit dieser Organe konzentrieren sich auf die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Weiters ist gemäß Art 26 der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, in jedem Landesgesundheitsfond eine Zielsteuerungskommission zu errichten. Diese besteht ebenfalls aus Vertretern von Interessengruppen, wie der österreichischen Sozialversicherung. Dieses Organ steuert und plant die Strukturen von Behandlungsprozessen (BMSGPK 2019).

Die neun Landesgesundheitsfonds verwalten die finanziellen Mittel für die Fondskrankenanstalten in dem jeweiligen Bundesland. Sie erhalten nach Art 28 der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus der

Bundesgesundheitsagentur, Umsatzsteuerteile der Länder und Gemeinden sowie Beiträge der Sozialversicherungen, zusätzliche Mittel, betreffend der Umsetzung der Gesundheitsreform über den Finanzausgleich und Mittel aus dem Bereich des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz. Artikel 28 der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens regelt weiters, dass die Landesgesundheitsfonds eine entsprechende Dotierung aufweisen müssen, um 51 % der Kosten in den Fondskrankenanstalten durch Umsätze auszugleichen. Auf Ebene der Landesgesundheitsfonds werden Entscheidungen, betreffend der Abgrenzung zwischen Steuerungs- und Kernbereich sowie die Aufteilung der finanziellen Mittel auf die Fondskrankenanstalten im Rahmen des LKF-Systems getroffen. Dem jeweiligen Landesgesundheitsfonds zur Verfügung gestellten Mittel müssen aufgrund der Regelungen des LKF-Kernbereiches (nach ungewichteten erwirtschafteten LKF-Punkten) aufgeteilt werden. Allerdings obliegt es den Landesgesundheitsfonds, ihr Budget zusätzlich aufgrund eines speziell definierten Steuerungsgebietes zu verteilen. (BMGSK 2018a, S. 5f.; Hofmarcher und Riedel 2001, S. 9ff.; Czypionka et al. 2015, S. 122ff.).

Aufgrund dieser Struktur wird in der Literatur häufig von neun verschiedenen LKF-Systemen in Österreich gesprochen. Dies spiegelt die Komplexität des österreichischen Systems wider (Hofmarcher und Riedel 2001, Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, Dienesch und Heitzenberger 1997).

### **3.3 Sonderstellung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds**

Die Finanzierung privater gemeinnütziger Krankenanstalten in Österreich fällt in den Zuständigkeitsbereich des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF 2020). Der Aufgabenbereich des PRIKRAFs unterscheidet sich in einigen Punkten von jenen der Landesgesundheitsfonds. Daraus ergibt sich die Sonderstellung im Bereich des LKF-Systems in Österreich (PRIKRAF 2019, S.8).

Der Aufgabenbereich des PRIKRAFs erstreckt sich auf das gesamte österreichische Bundesgebiet, während die Zuständigkeiten der einzelnen Landesgesundheitsfonds auf Fondskrankenanstalten des jeweiligen Bundeslandes beschränkt sind. Weiter ist nach dem § 6 Absatz 4 des PRIKRAF-Gesetzes eine Anwendung eines LKF-Steuerungsbereiches ausgeschlossen. Dies hat zur Folge, dass die Mittel zur Gänze nach dem LKF-Kernbereich aufzuteilen sind. Eine leistungsorientierte Mittelzuteilung mit Berücksichtigung von besonderen Versorgungsfunktionen unterbleibt für Leistungen von gemeinnützigen privaten Fondskrankenanstalten im Rahmen des LKF-Systems. Gemäß § 7 Absatz 2 PRKRAF-Gesetz wird zur Mittelverteilung an die gemeinnützig privaten Fondskrankenanstalten ein österreichweit einheitlicher Punktwert definiert. Für das Jahr 2018 beträgt dieser Punktwert € 0,367 je LKF-Punkt. Weiters werden im Rahmen des LKF-Systems für private gemeinnützige Krankenanstalten, ausschließlich stationäre und tagesklinische Leistungen abgerechnet (PRIKRAF 2019, S.8ff.; BMGSK 2018b, S.5).

Eine detaillierte Abgrenzung der Sonderstellung des PRIKRAFs im Vergleich zu den neun Landesgesundheitsfonds erfolgt in Kapitel 8 unter Abschnitt 4.

### **3.4 Rückblick 1997 bis 2010**

Das LKF-System wurde am 1. Jänner 1997 für alle zum damaligen Zeitpunkt durch den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) finanzierte Krankenanstalten eingeführt. Der Bund Österreich und die neun Bundesländer einigten sich auf eine Reform der Finanzierung des Gesundheitswesens. Einen zentralen Punkt der Umstrukturierung der Finanzierung der Krankenanstalten bilden laufend notwendige Wartungsmaßnahmen, um ein System zu gewährleisten, das den aktuellen Gegebenheiten entspricht. Neben diesen Wartungen gab es im Laufe der Umsetzung des LKF-Systems zahlreiche Weiterentwicklungen und Erweiterungen (BMASGK 2018a, S. 18). Die im Folgenden beschriebenen wesentlichen Veränderungen der Jahre 1997 bis 2010 werden in der Masterarbeit von Herndl (2010) detailliert behandelt, diese Arbeit bildet die Basis für die Analysen der Entwicklungen des LKF-Kernbereiches der Jahre 2011 bis 2019 im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit.

Im Jahr 1998 wurden die Belagsdauererwartungswerte der gesamten LDF-Gruppen angepasst; als Basis dienten hierfür Daten aus dem Jahr 1995. Weiters wurden in den Jahren 1998 und 1999 Sonderbereiche wie der Bereich psychiatrischer Behandlungen ausgebaut und weiterentwickelt. Im Intensivbereich wurde das LKF-Intensiveinstufungsmodell mit 1. März 1999 eingeführt. Im darauffolgenden Jahr 2000 lag die Konzentration auf notwendige Wartungsmaßnahmen des bestehenden Modells (Herndl 2010, S. 10ff.; BMASGK 2018a, S. 18).

Im Jahr 2001 wurde der Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSG 2001 für alle involvierten Krankenanstalten eingeführt. Auf Grundlage von LKF-Nachkalkulationen wurde das LKF-Modell im Jahr 2002 umfangreich überarbeitet und an den Euro angepasst. Im Rahmen dieser Nachkalkulationen wurden die medizinischen Einzelleistungen nachkalkuliert und daher die Leistungskomponenten angepasst. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse wurden alle MEL-Gruppen neu berechnet. Weiters wurden die durchschnittlichen Tageskosten, ausgenommen der medizinischen Einzelleistungen, herangezogen, um die Tageskomponenten auf Basis der Kostenrechnung 1999 zu aktualisieren. Im Zuge dieser Überarbeitungen wurden die Belagsdauererwartungswerte ebenfalls begutachtet und angepasst. Weiters wurden spezielle Bereiche wie tagesklinische Behandlungen in der Psychiatrie aufgenommen. (Herndl 2010, S. 43ff.; BMASGK 2018a, S. 18f.).

Die LKF-Modelle 2003 bis 2005 enthalten systemnotwendige Anpassungen. Im Jahr 2006 wurden die Regelungen betreffend der Bepunktung des tagesklinischen Bereiches weiterentwickelt und im LKF-Modell 2007 weiterverfolgt. Der Tagesklinikcatalog, welcher Leistungen im tagesklinischen Bereich beinhaltet, wurde ausgedehnt. Darüber hinaus wurde die Bepunktung jener Fälle, die am gleichen Tag aufgenommen und wieder entlassen werden, ohne in den Bereich der Tagesklinik zu fallen, reduziert. Diese Maßnahme wurden ergriffen, um Anreize zur stationären Aufnahme anstelle von einer tagesklinischen Behandlung zu reduzieren (Herndl 2010, S. 65ff., BMASGK 2018a, S. 19).

Im Jahr 2009 wurden weitreichende Änderungen aufbauend auf Evaluierungen in den Jahren 2005 bis 2008 vorgenommen. Ab dem LKF-Modell 2009 wird der Pflegeaufwand in die Berechnung der Tageskomponenten miteinbezogen. Des Weiteren wurde die Bepunktung des Sonderbereiches Intensivbehandlungen neu berechnet. Zuschläge für Mehrfachleistungen an einem Behandlungstag wurden neu bewertet. Um den tagesklinischen Bereich weiter auszubauen, wurde der Leistungskatalog erweitert und die Bepunktung sogenannter Null-Tagesaufenthalte (NTA) ohne Leistungen wurde auf 10 % der Tageskomponente reduziert. Die Wartung des tagesklinischen Bereiches wurde im LKF-Modell 2010 weitergeführt (Herndl 2010, S. 108ff.; BMASGK 2018a, S. 20f.).

## **4     Adaptierung der LKF-Kernbereiche 2011 bis 2013**

Die Abschnitte 4.1 bis 4.3 beschreiben die Systementwicklungen der Kernbereiche 2011 bis 2013, wobei die Veränderungen eines jeden Jahres getrennt in einem Abschnitt analysiert werden. In diesen jeweiligen Abschnitten werden zuerst die Adaptionsmaßnahmen auf Ebene der MEL- und HDG-Gruppen sowie Adaptierungsmaßnahmen der LDF-Pauschalen näher erläutert. Für eine genauere Betrachtung der Systementwicklung ist eine Berechnung der Veränderungen der Belagsdauerwerte, Tageskomponenten, Leistungskomponenten und Zuschlägen für Mehrfachleistungen notwendig. Diese Adaptierungsmaßnahmen werden zuerst grafisch dargestellt in weiterer Folge werden die berechneten Veränderungen tabellarisch dargestellt. In einem nächsten Schritt werden strukturelle Veränderungen des jeweiligen LKF-Modells erörtert. Hier wurde als Basis die Magisterarbeit von Herndl (2010) herangezogen. Im Zuge der Erstellung dieser Masterarbeit wurden im Rahmen von Erhebungen der Autorin, Daten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eingesetzt. Abschnitt 4.4 enthält einen Überblick der durchgeführten Maßnahmen der Jahre 2011 bis 2013 und schließt damit das Kapitel 4 ab.

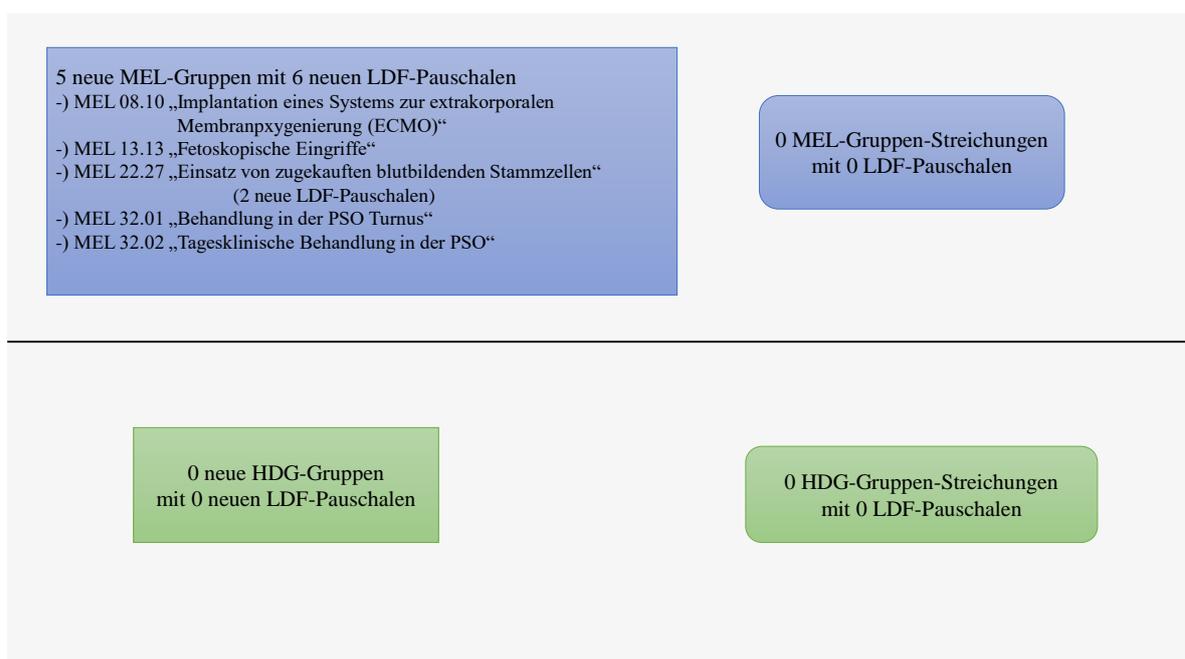
Dies soll einerseits Informationen für die Wissenschaft in diesem Gebiet bieten, andererseits sollen Informationen für Entscheidungsträger in der Politik, den Krankenanstalten und Gesundheitsfonds aufbereitet werden.

### **4.1   LKF-Systementwicklung 2011**

Zur Beschreibung der LKF-Systementwicklung 2011 wird zu Beginn dieses Abschnittes ein Überblick der allgemeinen Änderungen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen sowie den jeweiligen LDF-Pauschalen gegeben. Weiters werden die Veränderungen der Belagsdauerwerte, Tageskomponenten, Leistungskomponenten und MEL-Zuschläge in tabellarischer Form dargestellt. Abschließend werden essenzielle strukturelle Veränderungen des LKF-Systems betrachtet.

Das LKF-Modell 2011 besteht aus 209 MEL-Gruppen, wobei diese wiederum 438 LDF-Pauschalen beinhalten. Weiters baut das Modell auf 219 HDG-Gruppen mit 553 LDF-Pauschalen auf. Insgesamt besteht das Modell aus 991 LDF-Pauschalen (BMG 2010b, S. 7f.).

Adaptionen auf Ebene der MEL- und HDG-Gruppen sind in Abbildung 2 grafisch dargestellt. Im Vergleich zum Vorjahresmodell wurden fünf neue MEL-Gruppen verbunden mit sechs neuen LDF-Pauschalen hinzugefügt. Im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) wurden zwei neue MEL-Gruppen in das LKF-System aufgenommen. Dies resultiert aus strukturellen Veränderungen dieses Bereiches. Im Bereich der HDG-Gruppen gab es keine Veränderungen im Vergleich zum LKF-Modell 2010 (BMG 2010c, S. 29ff.).

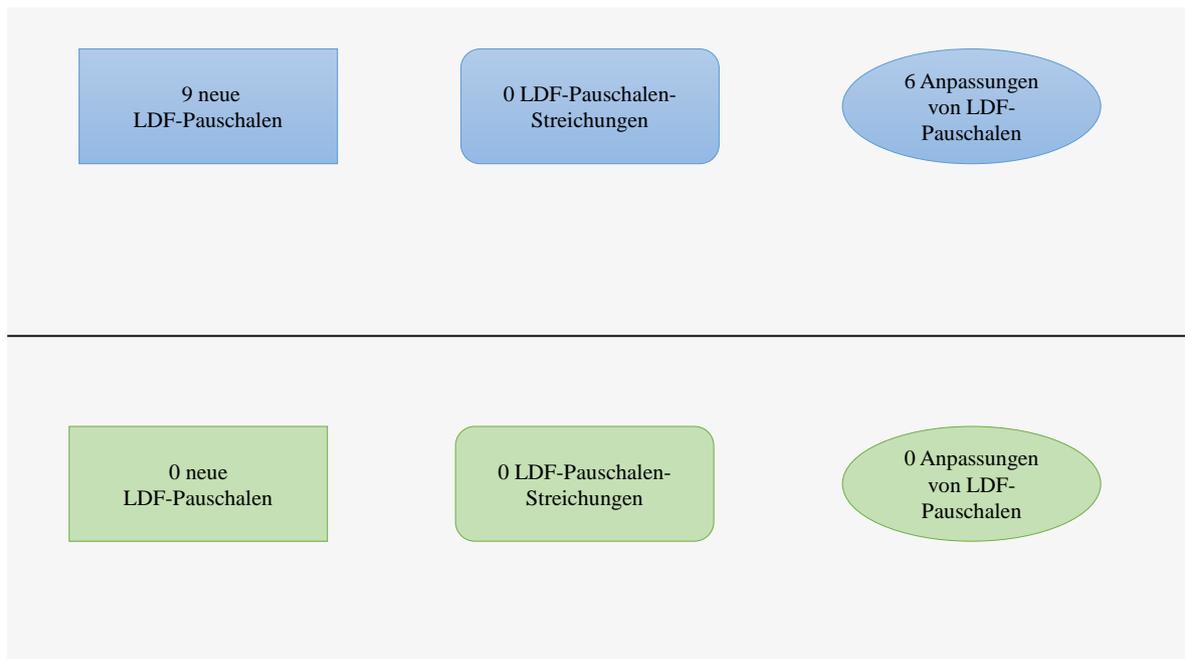


**Abbildung 2:** Änderungen der MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2011

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2010c, S. 29ff.)

Auf Ebene der LDF-Pauschalen gab es im Bereich der MEL-Gruppen neun Neueinführungen, wie in Abbildung 3 ersichtlich. Sechs von diesen resultieren aus aufgenommenen MEL-Gruppen. Die weiteren Neueinführungen werden bereits im LKF-Modell 2010 bestehenden MEL-Gruppen zugeteilt. Neuaufnahmen in das LKF-Modell resultieren aus Neuaufnahmen von

Leistungen in den LKF-Leistungskatalog. Aufgrund dieser Neueinführungen ergaben sich sechs Anpassungen diese beinhalten Verschiebungen von LDF-Pauschalen (BMG 2010c, S. 29ff.).



**Abbildung 3:** Änderungen der LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2011

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2010c, S. 29ff.)

Tabelle 2 zeigt die jeweiligen MEL-Gruppen und LDF-Pauschalen, die von einer Anpassung bzw. Verschiebung betroffen sind und jene LDF-Pauschalen die neu in das LKF-System aufgenommen wurden. Neben sechs neuen LDF-Pauschalen aufgrund von Neueinführungen von MEL-Gruppen, wurden drei LDF-Pauschalen zu bereits im LKF-Modell 2010 bestehenden MEL-Gruppen hinzugefügt. Wie beispielsweise die neue LDF-Pauschale A in der MEL-Gruppe 22.13 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapien – Zytoknie“. Aufgrund dieser Erweiterung der MEL-Gruppe auf eine zusätzliche LDF-Pauschale, ergeben sich Anpassungen der bereits im LKF-Modell 2010 bestehenden LDF-Pauschalen A bis C (BMG 2011c, S. 29ff.).

<b>Bereich der MEL-Gruppen</b>	
<b>9 neue LDF-Pauschalen</b>	
MLE 08.10 „Implantation eines Systems zur extrakorporalem Membranoxygenierung (ECMO)“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschale A
MEL 13.13 „Fetoskopische Eingriffe“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschale
MEL 14.25 „Komplexe orthopädische Eingriffe“	LDF-Pauschale A
MEL 22.13 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapien – Zytoknie“	LDF-Pauschale A
MEL 22.27 „Einsatz von zugekauften blutbildenden Stammzellen“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschale A
	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschale B
MEL 25.05 „Radionuklidtherapie II“	LDF-Pauschale A
MEL 31.01 „Behandlung in der PSO Turnus“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschale A
MEL 32.02 „Tagesklinische Behandlung in der PSO“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschale A
<b>6 Anpassungen von LDF-Pauschalen</b>	
MEL 14.25 „Komplexe orthopädische Eingriffe“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B
MEL 14.25 „Komplexe orthopädische Eingriffe“	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
MEL 22.13 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapien – Zytoknie“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B
	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale D
MEL 25.05 „Radionuklidtherapie II“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B

**Tabelle 2:** Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL-Gruppen des LKF-Modells 2011

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2010c, S. 29ff.)

Im Rahmen der Adaptierungen im LKF-Modell 2011 wurden 2,62 % der LDF-Pauschalen erhöht, 6,05 % wurden gesenkt und 89,81 % weisen eine Stagnation im Vergleich zum Vorjahr auf (siehe Tabelle 3). Die Veränderung von weiteren 1,51 % der LDF-Pauschalen betreffen jene Neuaufnahmen und Verschiebungen die in Tabelle 2 angeführt sind (BMG 2010c, S. 29ff.; BMG 2010b, S. 7f.).

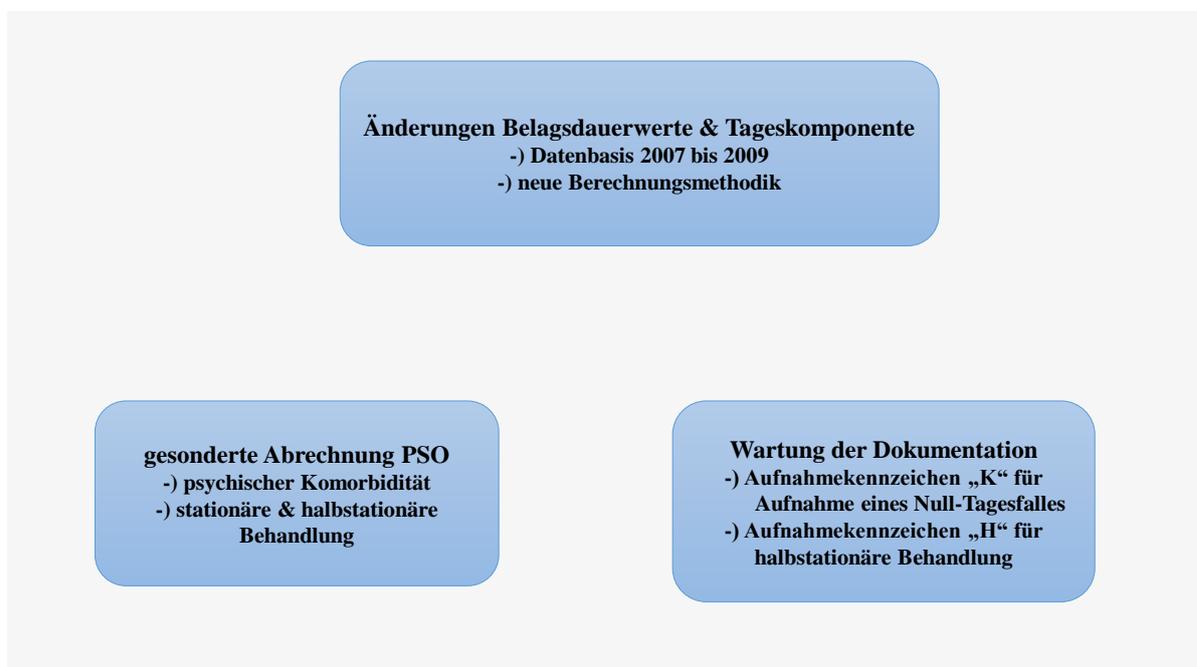
	Gesamt	HDG- Gruppen	MEL- Gruppen	Gesamt in %	HDG- Gruppen in %	MEL- Gruppen in %
<b>LDF-Pauschale</b>						
Erhöhung	26	4	22	2,62 %	0,72 %	5,02 %
Senkung	60	17	43	6,05 %	3,07 %	9,82 %
Stagnation	890	532	358	89,81 %	96,20 %	81,74 %
strukturelle Änderungen	15	0	15	1,51 %	0,00 %	3,42 %
<b>LDF-Tageskomponente</b>						
Erhöhung	24	4	20	2,42 %	0,72 %	4,57 %
Senkung	60	17	43	6,05 %	3,07 %	9,82 %
Stagnation	892	532	360	90,01 %	96,20 %	82,19 %
strukturelle Änderungen	15	0	15	1,51 %	0,00 %	3,42 %
<b>LDF-Leistungskomponente</b>						
Erhöhung	30	6	24	3,03 %	1,08 %	5,48 %
Senkung	35	6	29	3,53 %	1,08 %	6,62 %
Stagnation	911	541	370	91,93 %	97,83 %	84,47 %
strukturelle Änderungen	15	0	15	1,51 %	0,00 %	3,42 %
<b>Belagsdaueruntergrenze</b>						
Erhöhung	16	3	13	1,61 %	0,54 %	2,97 %
Senkung	43	13	30	4,34 %	2,35 %	6,85 %
Stagnation	917	537	380	92,53 %	97,11 %	86,76 %
strukturelle Änderungen	15	0	15	1,51 %	0,00 %	3,42 %
<b>Belagsdauerobergrenze</b>						
Erhöhung	21	4	17	2,12 %	0,72 %	3,88 %
Senkung	66	30	36	6,66 %	5,42 %	8,22 %
Stagnation	889	519	370	89,71 %	93,85 %	84,47 %
strukturelle Änderungen	15	0	15	1,51 %	0,00 %	3,42 %
<b>Belagsdauermittelwert</b>						
Erhöhung	20	4	16	2,02 %	0,72 %	3,65 %
Senkung	54	17	37	5,45 %	3,07 %	8,45 %
Stagnation	902	532	370	91,02 %	96,20 %	84,47 %
strukturelle Änderungen	15	0	15	1,51 %	0,00 %	3,42 %
<b>MEL-Zuschlag</b>						
Erhöhung	25	0	25	2,52 %	0,00 %	5,71 %
Senkung	30	0	30	3,03 %	0,00 %	6,85 %
Stagnation	921	553	368	92,94 %	100,00 %	84,02 %
strukturelle Änderungen	15	0	15	1,51 %	0,00 %	3,42 %

**Tabelle 3:** Änderungen des LKF-Systems 2011 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente,

Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze, -mittelwert und MEL-Zuschlag

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2010c, S. 29ff. & BMG 2010b, S. 7f.)

Neben den beschriebenen Veränderungen wurden weiters die Belagsdauerwerte und Tageskomponenten an aktuelle Erkenntnisse bzw. Entwicklungen angepasst. Für die Anpassung der Tageskomponenten wurde eine neue Berechnungsmethodik eingeführt, um die Kostenstruktur besser berücksichtigen zu können. Der Bereich der Dokumentation wurde dahingehend überarbeitet, dass Unterbrechungen im Rahmen von halbstationären Behandlungen unterbleiben. Andererseits wird bei geplanten Null-Tagesfällen weiterhin das spezielle Aufnahmekennzeichen „K“ verwendet. Dies soll die Dokumentation bei der Aufnahme von Patienten einerseits vereinfachen und dennoch eine Klassifizierung der Aufnahmen ermöglichen. Darüber hinaus wurde die Abrechnungsmethodik im Schwerpunktbereich Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) modifiziert. Um die Besonderheiten von Behandlungen in diesen Abteilungen in der Abrechnungsmethodik berücksichtigen zu können. Die in diesem LKF-Jahr essenziellen strukturellen Änderungen sind in Abbildung 4 ersichtlich (BMG 2010c, S. 18ff.; BMG 2010d, S. 19).



**Abbildung 4:** Essenzielle Adaptionen im LKF-Modell 2011

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2010c, S. 18ff.)

## **Änderungen der Belagsdauerwerte und Tageskomponenten**

Im Zuge der Wartungsarbeiten für das LKF-Modell 2011 wurden die Belagsdauerwerte an aktuelle Entwicklungen angepasst. Die Daten aus den LKF-Modellen 2007 bis 2009 dienen als Basisdaten. Diese wurden mit den Belagsdauer Grenzen und den Belagsdauer Mittelwerten des LKF-Modells verglichen. Liegt die Belagsdauerbandbreite außerhalb der Basisdaten, wurden die betroffenen Fallpauschalen überarbeitet. Des Weiteren wurde das Kriterium einer Über- bzw. Unterschreitung von 33 % bzw. drei Tagen des Mittelwertes festgelegt. Zusätzlich wurden jene Fallgruppen, die eine hohe Fallzahl aufweisen, in die Beurteilung miteinbezogen. Zur Feststellung der Notwendigkeit einer Adaption dienten Untersuchungen in den Krankenanstalten. Zeigte sich die Notwendigkeit in mehreren Krankenanstalten, wurden die Belagsdauerwerte angepasst. Eine Mindestfallzahl pro LDF-Gruppe wurde nicht als Kriterium herangezogen. Bei Durchführung der Anpassungen wurden alle Fallpauschalen der betroffenen MEL- bzw. HDG-Gruppen betrachtet. Gegebenenfalls wurden weitere LDF-Pauschalen dieser Gruppe angepasst, um die Relation innerhalb einer Gruppe aufrechtzuerhalten. Jene Gruppen, die einem speziellen Abrechnungsmodus unterliegen wie beispielsweise die MEL-Gruppe „interventionelle Kardiologie“ (MEL 21) wurden getrennt begutachtet (BMG 2010c, S. 18f.).

Bei Anpassungen der Belagsdauerwerte innerhalb einer LDF-Pauschale wurden weiters die Tageskomponenten adaptiert. Bis zum LKF-Modell 2011 wurde eine lineare Anpassung der Tageskomponente, entsprechend der Veränderungen der Belagsdauerwerte durchgeführt. Hierzu wurde der angepasste Belagsdauer Mittelwert mit der durchschnittlichen Tageskomponente multipliziert. Da die Kostenstruktur von Tageskomponenten allerdings Fixkosten beinhalten, wird die Anpassung der Tageskomponenten nicht mehr linear zu den Anpassungen der Belagsdauerwerte berechnet. Dies resultiert daraus, dass bei einer Erhöhung bzw. Senkung der Belagsdauerwerte die variablen Kosten der Tageskomponenten beeinflusst werden, die Fixkosten hingegen werden nicht beeinflusst. Ab dem LKF-Modell 2011 konzentrieren sich die Anpassungen der Tageskomponenten auf die Veränderungen dieser in Bezug auf die Veränderung der Belagsdauerwerte. Um dies zu erreichen, wird die Differenz der Belagsdauer Mittelwerte nach Anpassung und vor Anpassung berechnet. Für diese Abweichung wird die Tageskomponente um 35 % gesenkt bzw. erhöht, je nachdem, ob die Belagsdauerwerte gesunken oder gestiegen sind. Neben einer klareren Abbildung der Kostenstruktur, reduziert diese Berechnungsmethode, Anreize zur Erhöhung der durchschnittlichen Belagsdauer. Die neue Berechnungsmethode wird

im Rahmen des LKF-Modells 2011 nur angewandt, wenn die Anpassung der Belagsdauerwerte aufgrund empirischer Daten durchgeführt wurde (BMG 2010c, S. 19f.).

### **Abrechnung im Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie**

Einheiten mit dem Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) konzentrieren sich auf Patienten, die neben ihrer Grunderkrankung aufgrund von psychischen Faktoren besondere Bedürfnisse haben. Im Kernpunkt dieses Bereiches sind psychische Faktoren, die eine Entstehung, Aufrechterhaltung oder den Verlauf einer Erkrankung erheblich beeinflussen. Hier spricht man von psychischer Komorbidität. Stationen wie die Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde und Gynäkologie weisen häufiger Patienten mit psychischer Komorbidität auf als andere Stationen (BMG 2010c, S. 21f.).

Diese Schwerpunkteinheiten erhalten im Rahmen des LKF-Modells 2011 eine eigene Abrechnungsmöglichkeit. Unter festgelegten Voraussetzungen können diese ihre erbrachten Leistungen im Rahmen der LDF-Pauschale A der MEL-Gruppe 32.01 „Stationäre Behandlung auf einer Einheit für PSO“ oder der LDF-Pauschale A der MEL-Gruppe 32.02 „Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für PSO“ abrechnen. Bei der erst genannten Codierung handelt es sich um Behandlungen, bei denen zu Beginn von einem Behandlungszeitraum von mindestens vier Wochen auszugehen ist (MEL 32.01-A). Die zweite Codierung betrifft Leistungen pro Behandlungstag (MEL32.02-A). Hierbei wird die Kennzeichnung „H“ für halbstationäre Aufnahme bzw. Entlassung verwendet. Bei Verlegung oder Erbringung zusätzlicher Leistungen, muss die Leistung abgeschlossen werden und die zusätzlichen Leistungen getrennt dokumentiert werden. Wird eine Behandlungsserie länger als vier Tage unterbrochen, ist diese ebenfalls abzuschließen. Im Rahmen der Behandlung wird dem Patienten täglich mindestens drei Stunden Einzel- oder Gruppentherapien angeboten (BMG 2010c, S. 21f.).

Um die oben beschriebenen Abrechnungsmethoden verwenden zu können, ist eine Bewilligung der Landesgesundheitsplattform bzw. des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRI-KRAF) einzuholen. Weiters muss eine eigene Kostenstelle geführt werden und spezielle Anforderungen der Personalstruktur erfüllt werden. Für die Betreuung dieser Patienten, ist neben

der Diagnostik die Begleitung der Patienten während der Behandlung essenziell. Im Rahmen des österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gibt es weitere Qualitätskriterien und Leistungsinhalte, für die Einhaltung und Errichtung von Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie (BMG 2010c, S. 21f.).

### **Änderungen in der Dokumentation**

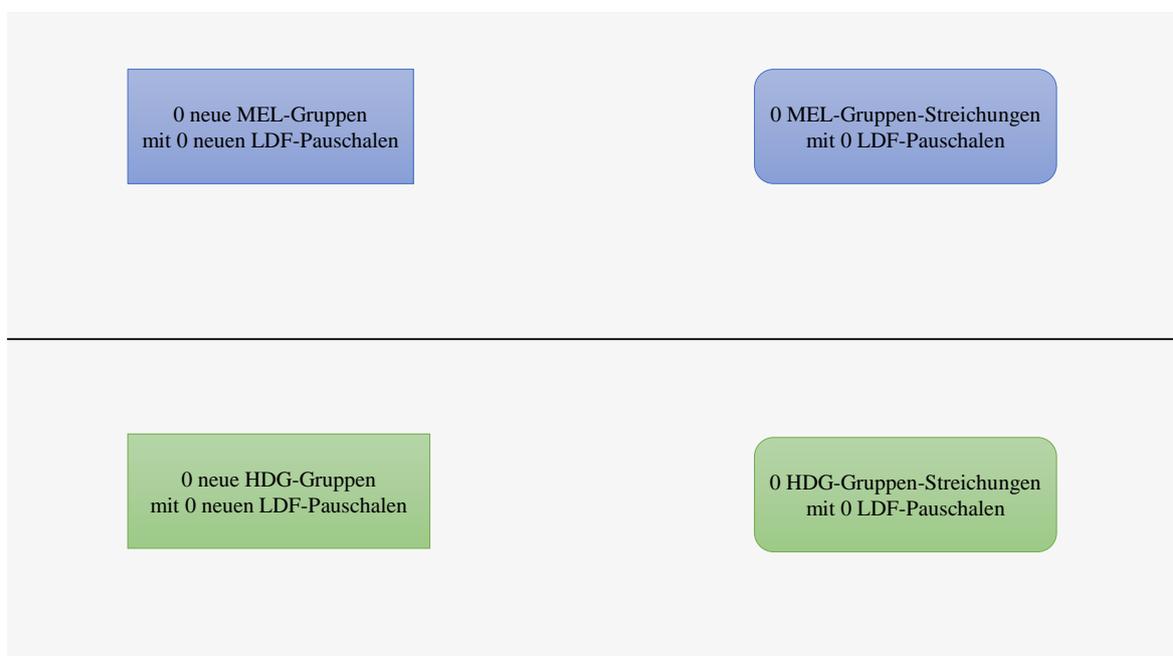
Die Wartung der Dokumentation innerhalb des LKF-Modells 2011 führte zu zwei Adaptierungen. Bei Aufnahme eines Patienten muss ein sogenanntes Aufnahmekennzeichen dokumentiert werden. Das Kennzeichen „K“ wurde bis zum LKF-Modell 2008 zur Identifikation der Verwendung des Tageklinikmodells verwendet. Auf Wunsch der Sozialversicherungs-Träger (SV-Träger) wird dieses Kennzeichen weiterhin verwendet. Die Anwendung erfolgt bei Aufnahme eines Patienten, wenn davon auszugehen ist, dass es sich um einen Null-Tagesfall handelt. Dies dient als Basis für die Weiterzahlung des Pflegegeldes für die SV-Träger (BMG 2010c, S. 25).

Weiters gab es im halbstationären Bereich eine Änderung der Dokumentation. Grundsätzlich muss eine Unterbrechung im Rahmen einer stationären Behandlung dokumentiert werden. Da Unterberechnungen im Falle von halbstationären Behandlungen die Regel darstellen, entfällt hier die Dokumentationspflicht einer Unterbrechung. Die Aufnahmekennzeichnung „H“ wird ausschließlich bei Beginn und Ende einer halbstationären Behandlung verwendet. Falls der Patient stationär in einer Krankenanstalt aufgenommen wird, wird die halbstationäre Behandlung abgeschlossen (BMG 2010c, S. 22ff.; BMG 2010b, S. 49).

## 4.2 LKF-Systementwicklung 2012

Der folgende Abschnitt beschreibt die Veränderungen des LKF-Modells 2012 im Vergleich zum Vorjahr. Zu Beginn werden die Veränderungen der MEL- und HDG-Gruppen dargestellt, in weiterer Folge werden die Veränderungen im Bereich der LDF-Pauschalen erörtert. Wie im Abschnitt 4.1 werden in diesem Abschnitt die Veränderungen der Belagsdauerwerte, Tageskomponenten, Leistungskomponenten und MEL-Zuschläge in tabellarischer Form dargeboten. Im Anschluss werden strukturelle Veränderungen beschrieben.

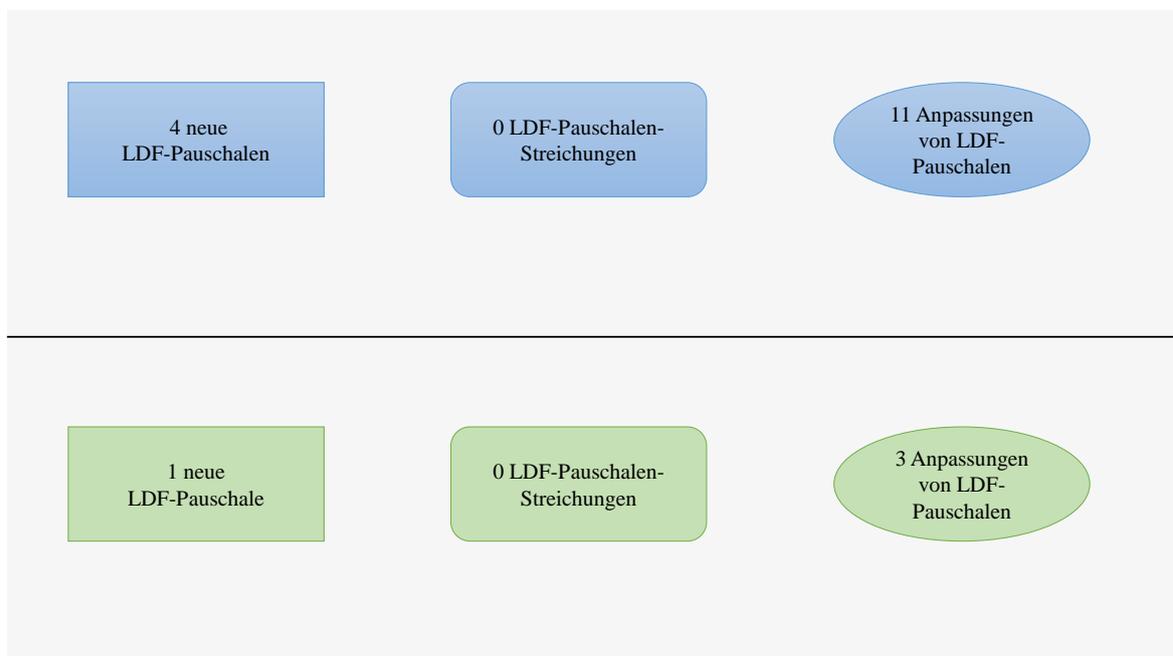
Das LKF-Modell 2012 basiert auf 209 MEL-Gruppen, 219 HDG-Gruppen und insgesamt 996 LDF-Pauschalen. Hiervon fallen 554 in den Bereich der HDG-Gruppen und 442 in den Bereich der MEL-Gruppen (BMG 2011a, S. 8). Im Zuge der Systementwicklung wurden keine neuen MEL- oder HDG-Gruppen eingeführt. Weiters wurden keine Streichungen vorgenommen, wie in Abbildung 5 ersichtlich (BMG 2011b, S. 24ff.).



**Abbildung 5:** Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2012

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2011b, S. 24ff.)

Die MEL-Gruppen fassen 442 LDF-Pauschalen zusammen, eine Steigerung von 4 LDF-Pauschalen im Vergleich zum Vorjahr. Diese Neuaufnahmen von LDF-Pauschalen stehen in Zusammenhang mit Neuaufnahmen von Leistungen in den LKF-Leistungskatalog. Bei 11 LDF-Pauschalen wurden Anpassungen aufgrund dieser Neueinführungen durchgeführt. Die HDG-Gruppen wurden kaum verändert aus dem Vorjahresmodell weitergeführt. Eine LDF-Pauschale wurde in den Bereich der HDG-Gruppen neu aufgenommen, wie in Abbildung 6 dargestellt (BMG 2011b, S. 8).



**Abbildung 6:** Änderungen der LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2012

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2011b, S. 24ff.)

Wie in Tabelle 4 ersichtlich konzentrieren sich die Adaptionsmaßnahmen im Bereich der HDG-Gruppen auf die HDG-Gruppen 08.05 „Komplizierte Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum“. Im Rahmen der Systementwicklung wurde eine neue LDF-Pauschale zu dieser Gruppe hinzugefügt, in weiterer Folge wurden dadurch drei Anpassungen von LDF-Pauschalen vorgenommen. Im Bereich der MEL-Gruppen wurden zwei neue LDF-Pauschalen zu MEL-Gruppen im Bereich Kardiologie hinzugefügt und zwei weitere LDF-Pauschalen im Bereich onkologischer Therapien (BMG 2011b, S. 24ff.).

<b>Bereich der MEL-Gruppen</b>	
<b>4 neue LDF-Pauschalen</b>	
MEL 08.02 „Koronare Revaskularisation und andere Eingriffe am Herzen mit HLM“	LDF-Pauschale B
MEL 21.05 „Interventionelle Kardiologie - Vitientherapie“	LDF-Pauschale B
MEL.22.13 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Zytokine“	LDF-Pauschale D
MEL 22.14 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper“	LDF-Pauschale B
<b>11 Anpassungen von LDF-Pauschalen</b>	
MEL 08.02 „Koronare Revaskularisation und andere Eingriffe am Herzen mit HLM“	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale D
MEL 21.05 „Interventionelle Kardiologie - Vitientherapie“	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale D
	LDF-Pauschale D wird zu LDF-Pauschale E
	LDF-Pauschale E wird zu LDF-Pauschale F
MEL 22.13 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Zytokine“	LDF-Pauschale D wird zu LDF-Pauschale E
MEL-22.14 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper“	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale D
	LDF-Pauschale D wird zu LDF-Pauschale E
	LDF-Pauschale E wird zu LDF-Pauschale F
<b>Bereich der HDG-Gruppen</b>	
<b>1 neue LDF-Pauschale</b>	
HDG 08.05 „Komplizierte Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum“	LDF-Pauschale A
<b>3 Anpassungen von LDF-Pauschalen</b>	
HDG 08.05 „Komplizierte Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B
	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale D

**Tabelle 4:** Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen des LKF-Modells 2012

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2011b, S. 24ff.)

Eine detaillierte Betrachtung der Entwicklungen ist in Tabelle 5 ersichtlich.

	Gesamt	HDG- Gruppen	MEL- Gruppen	Gesamt in %	HDG- Gruppen in %	MEL- Gruppen in %
<b>LDF-Pauschale</b>						
Erhöhung	25	19	6	2,51 %	3,43 %	1,36 %
Senkung	91	61	30	9,14 %	11,01 %	6,79 %
Stagnation	861	470	391	86,45 %	84,84 %	88,46 %
strukturelle Änderungen	19	4	15	1,91 %	0,72 %	3,39 %
<b>LDF-Tageskomponente</b>						
Erhöhung	25	19	6	2,51 %	3,43 %	1,36 %
Senkung	91	61	30	9,14 %	11,01 %	6,79 %
Stagnation	861	470	391	86,45 %	84,84 %	88,46 %
strukturelle Änderungen	19	4	15	1,91 %	0,72 %	3,39 %
<b>LDF-Leistungskomponente</b>						
Erhöhung	42	27	15	4,22 %	4,87 %	3,39 %
Senkung	35	22	13	3,51 %	3,97 %	2,94 %
Stagnation	900	501	399	90,36 %	90,43 %	90,27 %
strukturelle Änderungen	19	4	15	1,91 %	0,72 %	3,39 %
<b>Belagsdaueruntergrenze</b>						
Erhöhung	17	12	5	1,71 %	2,17 %	1,13 %
Senkung	54	36	18	5,42 %	6,50 %	4,07 %
Stagnation	906	502	404	90,96 %	90,61 %	91,40 %
strukturelle Änderungen	19	4	15	1,91 %	0,72 %	3,39 %
<b>Belagsdauerobergrenze</b>						
Erhöhung	22	16	6	2,21 %	2,89 %	1,36 %
Senkung	84	54	30	8,43 %	9,75 %	6,79 %
Stagnation	871	480	391	87,45 %	86,64 %	88,46 %
strukturelle Änderungen	19	4	15	1,91 %	0,72 %	3,39 %
<b>Belagsdauermittelwert</b>						
Erhöhung	29	23	6	2,91 %	4,15 %	1,36 %
Senkung	87	57	30	8,73 %	10,29 %	6,79 %
Stagnation	861	470	391	86,45 %	84,84 %	88,46 %
strukturelle Änderungen	19	4	15	1,91 %	0,72 %	3,39 %
<b>MEL-Zuschlag</b>						
Erhöhung	14	0	14	1,41 %	0,00 %	3,17 %
Senkung	13	0	13	1,31 %	0,00 %	2,94 %
Stagnation	950	550	400	95,38 %	99,28 %	90,50 %
strukturelle Änderungen	19	4	15	1,91 %	0,72 %	3,39 %

**Tabelle 5:** Änderungen des LKF-Systems 2012 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente,

Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze, -mittelwert und MEL-Zuschlag

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2011b, S. 24ff.; BMG 2011a, S. 8.)

Zur besseren Veranschaulichung der Adaptionenmaßnahmen, werden die bei Erstellung der Tabelle berechneten Werte, den Vorjahreswerte (VJ) gegenübergestellt. Bei Durchführung der Systementwicklung des LKF-Modells 2012 wurden 2,51 % (VJ 2,62 %) der LKF-Pauschalen erhöht und 9,14 % (VJ 6,05 %) wurden gesenkt. Im Falle von 86,45 % (VJ 89,81 %) ergaben sich strukturelle Änderungen aufgrund von Neueinführungen. Bei 1,91 % (VJ 1,51 %) wurden keine Änderungen der LDF-Gesamtpauschale durchgeführt wie in Tabelle 5 ersichtlich ist (BMG 2011b, S. 24ff.; BMG 2011a, S. 8).

Neben den beschriebenen Wartungsmaßnahmen wurden weitere strukturelle Änderungen durchgeführt. Essenziell hiervon sind Adaptionen in den Bereichen der tagesklinisch abrechenbaren Leistungen, der Berechnung der Belagsdauerwerte und Tageskomponenten sowie der Dokumentation von Intensivbehandlungen, wie in Abbildung 7 ersichtlich ist (BMG 2011b, S. 15ff.).



**Abbildung 7:** Essenzielle Adaptionenmaßnahmen im LKF-Modell 2012

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2011b, S. 15ff.)

## **Änderungen der Belagsdauerwerte und Tageskomponenten**

Für die Berechnung der Belagsdauerwerte wurden die Werte aus den LKF-Modellen 2008 bis 2010 herangezogen. Basis für die Berechnung der Veränderungen der Tageskomponente ist das Berechnungsmodell aus dem Vorjahr, als Basisjahr für die Höhe der Tageskomponente dient das Jahr 2008. Ausgenommen hiervon sind die Bereiche Psychiatrie (HDG 20) und Kardiologie (MEL 21), hier wurde eine lineare Anpassung der Tageskomponente durchgeführt. Im Bereich der Psychiatrie (HDG 20) erfolgt eine lineare Anpassung vor allem aufgrund von Belagsdauererhöhungen im Zusammen mit Fallzusammenlegungen aufgrund von Unterbrechungen. Im Bereich der Kardiologie (MEL 21) wird eine lineare Anpassung vorgenommen, da in diesem Bereich Belagsdauerwerte zum Teil manuell festgelegt werden (BMG 2011b, S. 15f.).

## **Veränderungen innerhalb der Dokumentation**

Im Bereich Datenerfassung wurde die Dokumentation im Bereich Intensivbehandlungen sowie die Datenerfassung von Unterbrechungen überarbeitet. Intensivbehandlungen werden im Rahmen des LKF-Modells in Intensivüberwachungseinheiten und Intensivbehandlungseinheiten dokumentiert. Die Intensivbehandlungseinheiten wiederum werden in drei unterschiedliche Stufen unterteilt. Jede dieser Einheiten unterliegt speziellen Anforderungen wie eine Minimumanzahl an Betten oder eine Minimumanzahl an diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, um den Patienten dieser Intensivstationen eine adäquate Behandlung ermöglichen zu können. Bei Erfüllung dieser Anforderungen bzw. Abrechnung von Patientenbehandlungen in diesen Intensivstationen werden Zusatzpunkte pro Tag verrechnet. Für die Einstufung wird der Mittelwert der Punkte, eines Scoring Systems namens TISS-28 (Simplified Therapeutic and Intervention Scoring System) herangezogen. Ab dem Entlassungsdatum 1.1.2012 werden Daten in Bezug auf den Schweregrad einer Erkrankung mittel SAPS 3 (Simplified Acute Physiology Score) erfasst. Um den Betreuungsaufwand eines Patienten innerhalb einer Intensivbehandlungseinheit zu dokumentieren, wird das System TISS-A verwendet, welches das zuvor verwendete System SAPS-II ablöst. Die Verwendung des TISS-A und SPAS 3 ermöglicht die Erfassung von Daten zur Auswertung von Kennzahlen für den Bereich der Forschung und zur Erarbeitung von Qualitätsvergleichen. Im Rahmen der Datenerfassung wird mittels eines Computerprogrammes die TISS-A Daten in TISS-28 Daten umgewandelt, da

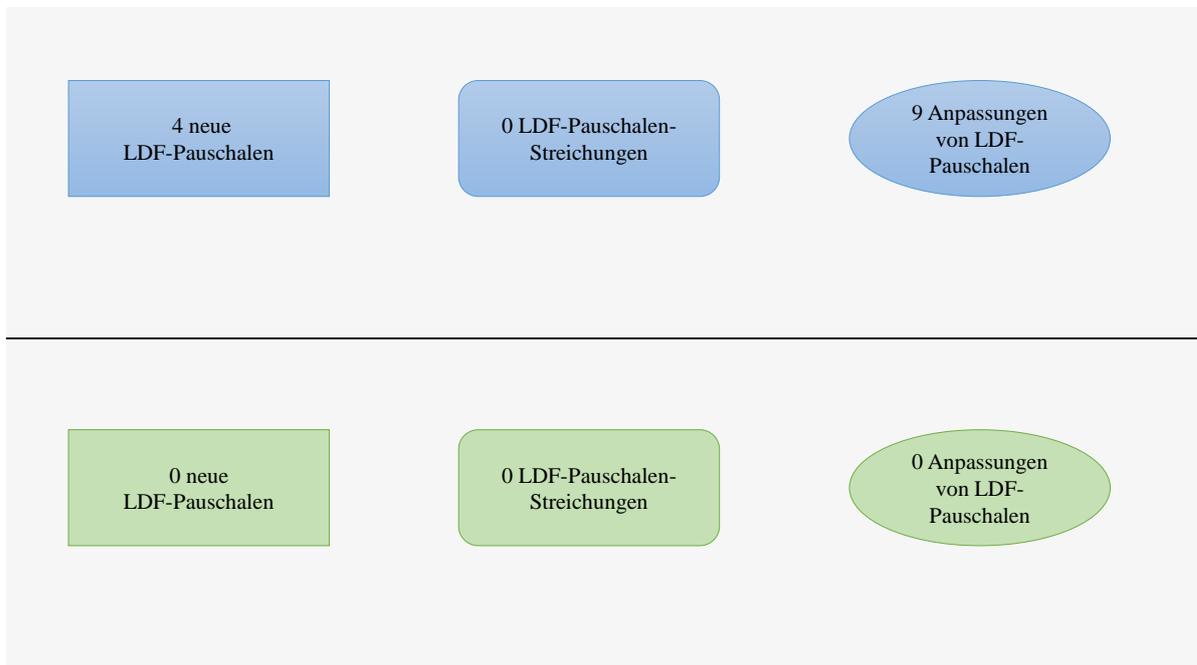
diese weiterhin für die Einstufung der Patienten in den Krankenanstalten verwendet wird (BMG 2011a, S.12f.; BMG 2011c, S. 20; ADI 2019).

Weiters wurden die Rahmenbedingungen der Dokumentation, von kurzen Unterbrechungen aufbauend auf den Änderungen des LKF-Modells 2011 präziser geregelt. In den Bereichen Psychiatrie und Strahlentherapie sowie bei Nachbehandlungen im Bereich der Neurologie ist die Dokumentation einer Unterbrechung verpflichtend. Diese bedeutet einen Wegfall von Entlassungen und Wiederaufnahmen von Patienten, wenn es sich eigentlich um eine Unterbrechung handelt (BMG 2011b, S. 19). Belagsdauerwerte von Patienten in Bereichen die typischerweise Unterbrechungen beinhalten, wurden entsprechend angepasst, daher fließt dies auch in die LDF-Pauschale mit ein (BMG 2011a, S. 49).

### **4.3 LKF-Systementwicklung 2013**

In Abschnitt 4.3 werden die LKF-Systementwicklungen 2013 beschrieben. Zu Beginn werden die Veränderungen der MEL- und HDG-Gruppen sowie den jeweiligen LDF-Pauschalen dargestellt. Abschließend werden strukturelle Adaptionsmaßnahmen beschrieben.

Im Zuge der LKF-Systementwicklung 2013 wurde der Bereich der MEL-Gruppen überarbeitet. Der Bereich der HDG-Gruppen wurde unverändert mit 219 Gruppen und 554 LDF-Pauschalen aus dem Vorjahr übernommen. Nach Betrachtung der Änderungen im Bereich der MEL-Gruppen, ergeben sich 209 MEL-Gruppen mit 554 LDF-Pauschalen. Nach der LKF-Modellbeschreibung 2013 des Bundesministeriums für Gesundheit, besteht das Modell aus 208 MEL-Gruppen mit 444 LDF-Pauschalen. Der Hintergrund der Abweichungen bleibt trotz Kontaktaufnahme unklar. Um die Übersichtlichkeit der Arbeit beizubehalten, wird für die Berechnungen der Folgejahre auf die Daten des zuständigen Bundesministeriums zurückgegriffen (BMG 2012a, S. 7ff.; BMG 2012b, S. 28ff.).



**Abbildung 8:** Änderungen der LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2013

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2012b, S. 28ff.)

Wie in Abbildung 8 grafisch dargestellt ist, wurden im Bereich der MEL-Gruppen vier neue LDF-Pauschalen eingeführt. Aufgrund dieser Neueinführungen wurden neun LDF-Pauschalen angepasst. Eine detaillierte Betrachtung der Veränderungen im Bereich der MEL-Gruppen finden sich in Tabelle 6 (BMG 2012b, S. 26ff.).

<b>Bereich der MEL-Gruppen</b>	
<b>4 neue LDF-Pauschalen</b>	
MEL 01.15 „Implantation eines Impulsgenerators am Nervensystem“	LDF-Pauschale B
MEL 11.05 „Eingriffe an Harnblase und Urethra“	LDF-Pauschale B
MEL 22.14 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper“	LDF-Pauschale A
MEL 28.07 „Tagesklinische Behandlung in der KJP“	LDF-Pauschale A
<b>9 Anpassungen von LDF-Pauschalen</b>	
MEL 01.15 „Implantation eines Impulsgenerators am Nervensystem“	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale D
MEL 11.05 „Eingriffe an Harnblase und Urethra“	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
MEL 22.14 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B
	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale D
	LDF-Pauschale D wird zu LDF-Pauschale E
	LDF-Pauschale E wird zu LDF-Pauschale F

**Tabelle 6:** Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL-Gruppen des LKF-Modells 2013

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2012b, S. 28ff.)

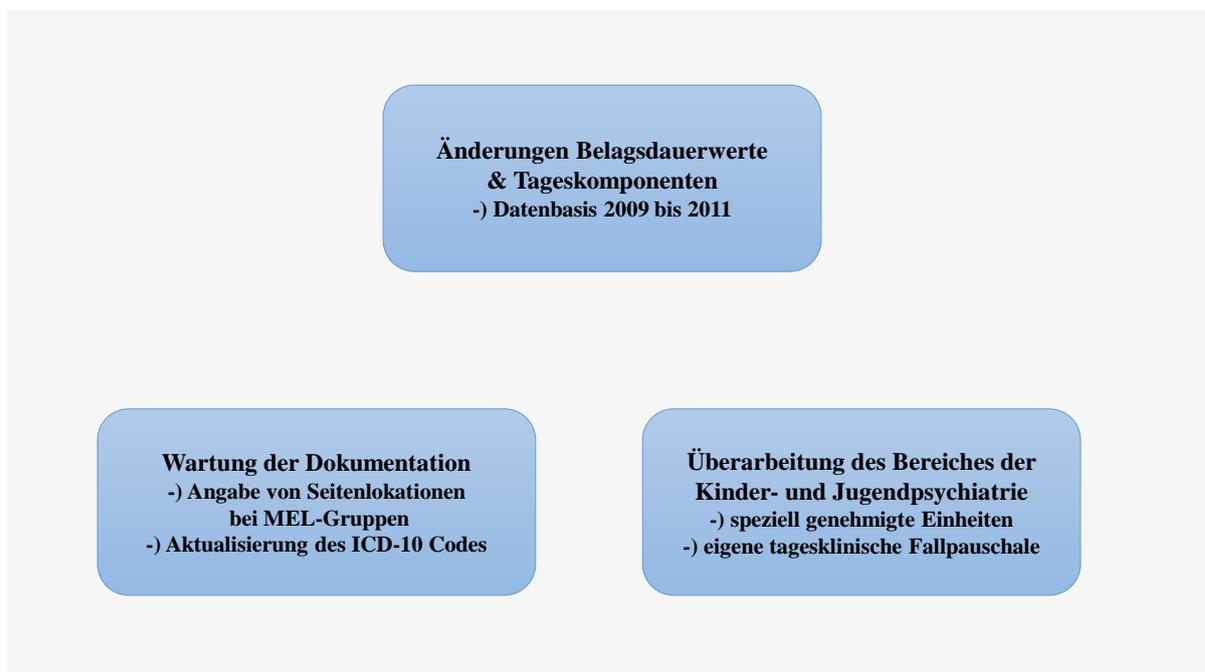
Neben den jährlichen Maßnahmen zur LKF-Systementwicklung konzentrierten sich die Adaptionsmaßnahmen des LKF-Modells 2013 auf den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dies spiegelt sich in der Aufnahme einer LDF-Pauschal in die MEL-Gruppe 28.07 „Tagesklinische Behandlung in der KJP“ wider. Die strukturellen Adaptionsmaßnahmen werden im Anschluss an die allgemeinen Veränderungen beschrieben. Im Bereich der HDG-Gruppen wurden keine Veränderungen vorgenommen (BMG 2012b, S. 26ff.).

Eine detaillierte Betrachtung der Veränderungen im Bereich der LDF-Pauschalen ist in Tabelle 7 ersichtlich. Im Rahmen der Weiterentwicklung des LKF-Modells wurden 1,10 % (VJ 2,51 %) der LDF-Pauschalen erhöht. Eine Senkung wurde bei 6,90 % (VJ 9,14 %) vorgenommen, stagnierende Werte weisen 90,70 % (VJ 86,45 %) der LDF-Pauschalen auf. Strukturelle Änderungen wurden bei 1,30 % (VJ 1,91 %) der LDF-Pauschalen vorgenommen (BMG 2012b, S. 28ff.; BMG 2011b, S. 24ff.).

	Gesamt	HDG- Gruppen	MEL- Gruppen	Gesamt in %	HDG- Gruppen in %	MEL- Gruppen in %
<b>LDF-Pauschale</b>						
Erhöhung	11	1	10	1,10 %	0,18 %	2,24 %
Senkung	69	23	46	6,90 %	4,15 %	10,31 %
Stagnation	907	530	377	90,70 %	95,67 %	84,53 %
strukturelle Änderungen	13	0	13	1,30 %	0,00 %	2,91 %
<b>LDF-Tageskomponente</b>						
Erhöhung	11	1	10	1,10 %	0,18 %	2,24 %
Senkung	69	23	46	6,90 %	4,15 %	10,31 %
Stagnation	907	530	377	90,70 %	95,67 %	84,53 %
strukturelle Änderungen	13	0	13	1,30 %	0,00 %	2,91 %
<b>LDF-Leistungskomponente</b>						
Erhöhung	35	4	31	3,50 %	0,72 %	6,95 %
Senkung	25	8	17	2,50 %	1,44 %	3,81 %
Stagnation	927	542	385	92,70 %	97,83 %	86,32 %
strukturelle Änderungen	13	0	13	1,30 %	0,00 %	2,91 %
<b>Belagsdaueruntergrenze</b>						
Erhöhung	9	1	8	0,90 %	0,18 %	1,79 %
Senkung	39	12	27	3,90 %	2,17 %	6,05 %
Stagnation	939	541	398	93,90 %	97,65 %	89,24 %
strukturelle Änderungen	13	0	13	1,30 %	0,00 %	2,91 %
<b>Belagsdauerobergrenze</b>						
Erhöhung	10	1	9	1,00 %	0,18 %	2,02 %
Senkung	69	23	46	6,90 %	4,15 %	10,31 %
Stagnation	908	530	378	90,80 %	95,67 %	84,75 %
strukturelle Änderungen	13	0	13	1,30 %	0,00 %	2,91 %
<b>Belagsdauermittelwert</b>						
Erhöhung	10	1	9	1,00 %	0,18 %	2,02 %
Senkung	69	23	46	6,90 %	4,15 %	10,31 %
Stagnation	908	530	378	90,80 %	95,67 %	84,75 %
strukturelle Änderungen	13	0	13	1,30 %	0,00 %	2,91 %
<b>MEL-Zuschlag</b>						
Erhöhung	26	0	26	2,60 %	0,00 %	5,83 %
Senkung	24	0	24	2,40 %	0,00 %	5,38 %
Stagnation	937	554	383	93,70 %	100,00 %	85,87 %
strukturelle Änderungen	13	0	13	1,30 %	0,00 %	2,91 %

**Tabelle 7:** Änderungen des LKF-Systems 2013 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze, -mittelwert und MEL-Zuschlag  
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2012b, S. 28ff. & BMG 2011b, S. 24ff.).

Des Weiteren wurden jährlich notwendige Wartungsmaßnahmen, wie Änderungen der Belagsdauerwerte, Tageskomponente und Adaptierungsmaßnahmen innerhalb der Dokumentation durchgeführt (siehe Abbildung 9). Darüber hinaus wurden im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) die Abrechnung der Behandlungsmöglichkeiten überarbeitet. Die ermöglicht die unterschiedlichen Behandlungsformen im Rahmen des LKF-Systems zu berücksichtigen (BMG 2012b, S. 16ff.).



**Abbildung 9:** Essenzielle Adaptionsmaßnahmen im LKF-Modell 2013

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2012b, S. 16ff.)

### **Änderungen der Belagsdauerwerte und Tageskomponenten**

Basierend auf Daten der Jahre 2009 bis 2011 wurden bei Notwendigkeit die Belagsdauerwerte entsprechend angepasst. Die Methode wurde aus den Vorjahren weitergeführt. Aufgrund der Weiterführung der Methodik wurden keine linearen Anpassungen der Tageskomponenten durchgeführt. Zur Aktualisierung der Tageskomponenten wurden Daten des Jahres 2009 herangezogen. Ausgenommen hiervon sind die Bereiche Epilepsiediagnostik und Tiefenhirnstimulation mittels Implantate (MEL-Gruppen 01.12 bis 01.16), sowie aufwändige Pharmakotherapien und Stammzelltransplantationen (MEL-Gruppen 22). In diesen Fällen wurde von der

Vorgangsweise abgewichen und es wurden lineare Anpassungen vorgenommen (BMG 2012b, S. 23f.).

### **Änderungen der Dokumentation**

Im LKF-Modell 2013 wurden zwei Teilbereiche der Dokumentation überarbeitet. Bei Erbringung von medizinischen Einzelleistungen, welche eine Leistungseinheit (LE) pro Körperseite des Patienten aufweisen, wird ab dem 01. Jänner 2013 die Dokumentation der Seitenlokalisation empfohlen. Dies bedeutet, dass bei Aufzeichnungen von Leistungseinheiten zusätzlich das Kennzeichen „R“ für die rechte Körperseite eines Patienten und „L“ für die linke Körperseite eines Patienten in Verwendung kommt. Durch den Landesgesundheitsfond bzw. den PRIKRAF kann diese Empfehlung zu einer Anordnung abgeändert werden. Weiters ist die Angabe der Seitenlokalisation ab Anfang 2014 verpflichtend anzugeben (BMG 2012b, S. 26).

### **Aktualisierung ICD-10 BMG 2013**

Die „International Classification of Diseases“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient zur Zuordnung bzw. Einteilung von Krankheiten und Gesundheitszuständen. Das ICD-10 System wurde von der WHO im Mai 1990 veröffentlicht, um Krankheiten und Gesundheitszustände, nach einem weltweit einheitlichen Rahmenwerk, zu erfassen. Ziel hierbei ist neben der Erfassung, die Analyse der Daten für Forschungszwecke einerseits wie beispielsweise die Aufstellung von Statistiken zur Verbreitung von Krankheiten. Andererseits dient das ICD-10 System der Praxis zur Beobachtung der Notwendigkeit von Ressourcen oder politische Entscheidungen und zur Klassifizierung der Patienten für die Abrechnung im Rahmen eines DRG-Systems, wie dem LKF-System in Österreich (WHO 2020; BMG 2012c, S. 17ff.; BMG 2010a, S. 16).

Ab dem LKF-Modell des Jahres 2001 wird für die Dokumentation von Diagnosen der Schlüssel ICD-10 der WHO verwendet. Aufbauend hierauf wurde der ICD-10 weiterentwickelt, die Version ICD-10 WHO 2011 wird ab dem Modell 2013 in Österreich verwendet. Wobei es sich bei dem System ICD-10 BMG 2013 um eine auf das österreichische LKF-System adaptierte Variante des ursprünglichen Systems der WHO handelt. (BMG 2012b, S. 26; BMG 2012c, S. 17ff.).

## **Aktualisierung des Bereiches Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)**

Neben jährlich notwendigen Wartungsarbeiten lag der Schwerpunkt der Systementwicklung des Jahres 2013 in der Überarbeitung der Abrechnung des Bereiches Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Für eine adäquate Versorgung der Patienten wird der KJP-Bereich innerhalb des LKF-Systems in drei unterschiedliche Einheiten unterteilt. Die Unterteilung seitens der Abrechnung unterscheidet sich in der Behandlungsform (BMG 2012b, S. 16ff.).

Der KJP-Bereich beinhaltet die Einheiten:

1. intensive Behandlungen
2. allgemeine Behandlungen
3. die Behandlungsform „Eltern/Kind“ (BMG 2012b, S. 16ff.)

Diese Unterteilungen setzen räumliche und personelle Voraussetzungen fest. Neben diesen speziellen Ausstattungen muss für die Abrechnung eine eigene Kostenstelle mit einem speziellen Funktionscode verwendet werden. Darüber hinaus muss die Landesgesundheitsplattform bzw. der PRIKRAF der Krankenanstalt eine Bewilligung für die Behandlung im Bereich KJP erteilen und die Qualitätskriterien des ÖSG für Abteilungen in der KJP müssen erfüllt sein (BMG 2012b, S. 26ff.).

Weiters wird eine halbstationäre Behandlung im Bereich der KJP ermöglicht, hier wird die Leistung pro Behandlungstag abgerechnet. Hierfür wurde eine eigene LDF-Pauschale im Bereich der tagesklinischen Behandlungen eingeführt. Dieser Spezialbereich wird im Rahmen einer der oben erwähnten stationären KJP-Abteilungen ermöglicht. Für eine halbstationäre Abrechnungsmöglichkeit muss der Patient täglich sechs Stunden in einer Krankenanstalt behandelt werden. Die halbstationäre Behandlung im Bereich KJP benötigt eine spezielle Bewilligung und eine eigene Kostenstelle sowie die Verwendung des Aufnahmekennzeichens „H“, für halbstationäre Behandlungen (BMG 2012b, S. 21f.).

## 4.4 Zusammenfassung

Im Rahmen der Systementwicklungen des LKF-Modells werden neben jährlich notwendigen Wartungsarbeiten, strukturelle Adaptionen durchgeführt. Der Umfang dieser Maßnahmen ist von Jahr zu Jahr unterschiedlich, wobei jedes Jahr gewisse Bereiche im Mittelpunkt der Maßnahmen liegen (BMG 2010c, S. 18ff.).

Im Rahmen der Wartungsarbeiten und aufgrund von strukturellen Veränderungen, werden die MEL- und HDG-Gruppen sowie die LDF-Pauschalen des Systems regelmäßig aktualisiert. Tabelle 8 stellt die Veränderungen dieser Bereiche für die Jahre 2011 bis 2013 des LKF-Systems gegenüber (BMG 2010c, S. 29ff.; BMG 2011b, S. 24ff.; BMG 2012b, S. 28ff.).

	<b>MEL-Gruppen</b>	<b>HDG-Gruppen</b>
<b>2011</b>	5 neue MEL-Gruppen 9 neue LDF-Pauschalen 6 Anpassungen von LDF-Pauschalen	keine Veränderungen
<b>2012</b>	4 neue LDF-Pauschalen 11 Anpassungen von LDF-Pauschalen	1 neue LDF-Pauschale 3 Anpassungen von LDF-Pauschalen
<b>2013</b>	4 neue LDF-Pauschalen 9 Anpassungen von LDF-Pauschalen	keine Veränderungen

**Tabelle 8:** Veränderungen der MEL-, HDG-Gruppen und LDF-Pauschalen in den LKF-Modellen 2011 bis 2013  
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2010c, S. 29ff.; BMG 2011b, S. 24ff.; BMG 2012b, S. 28ff.).

Die wesentlichste Änderung im Rahmen der Systementwicklung des Modells 2011 war die neue Berechnungsmethodik der Tageskomponenten. Aufgrund dieser, wird die Kostenstruktur bei Veränderung der Belagsdauerwerte bzw. Tageskomponenten realistischer abgebildet. Wobei die Kostenkomponente der Fixkosten unverändert bleibt. Ausschließlich zusätzliche oder wegfallende variable Kosten, resultierend aus Veränderungen der Belagsdauerwerte, werden im Zuge der Berechnung berücksichtigt. Dies führt zu einer Anreizminderung, Belagsdauerwerte in einem medizinisch nicht notwendigen Rahmen zu erhöhen (BMG 2010c, S. 19f.).

Für das LKF-Modell 2012 konzentrierte sich die Systementwicklung auf den Bereich Dokumentation von Intensivseinheiten. Ab dem Entlassungsdatum 1. Jänner 2012 werden zwei neue Dokumentationssysteme verwendet. Daten betreffend den Schweregrad der Verletzungen eines Patienten werden im System SAPS 3 erfasst. Für die Dokumentation des notwendigen Pflegeaufwandes wird das System TISS-A angewendet. Aufgrund dieser Systeme ist die Dokumentation einheitlicher und auch vergleichbarer. Im Bereich der Intensivseinheiten gibt es Intensivüberwachungseinheiten und drei unterschiedliche Stufen von Intensivbehandlungseinheiten. Diese vier unterschiedlichen Einheiten unterliegen speziellen Regelungen in Hinblick auf die Abrechnung und Zuteilung der Patienten, diese sind mit den Daten der oben beschriebenen Systeme anwendbar (BMG 2011c, S.20ff.; ADI 2019).

Neben jährlich notwendigen Wartungsarbeiten enthält die LKF-Systementwicklung 2013 eine Aktualisierung des Bereiches Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zur Qualitätssteigerung der Betreuung wurde dieser Bereich aufgrund unterschiedlicher Behandlungsformen in drei Einheiten unterteilt (BMG 2012b, S. 16ff.).

Daraus ergeben sich folgende Einheiten:

1. intensive Behandlung
2. allgemeine Behandlung und die
3. die Behandlungsform „Eltern/Kind“ (BMG 2012b, S. 16ff.)

Jede dieser Einheiten unterliegt einer gesonderten Abrechnungsregelung. Für die Abgrenzung wurden räumliche und personelle Kriterien festgelegt. Weiters wurde eine halbstationäre Behandlungsform der Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Modell aufgenommen (BMG 2012b, S. 21ff.). Abschließend stellt Tabelle 9 strukturelle Veränderungen der LKF-Modell 2011 bis 2013 dar (BMG 2010c, S. 18ff.; BMG 2011b, S. 15ff.; BMG 2012b, S. 16ff.).

<b>Modell-jahr</b>	<b>Essenzielle strukturelle Veränderungen der LKF-Systeme</b>
<b>2011</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderungen der Belagsdauerwerte &amp; Tageskomponenten</li> <li>○ gesonderte Abrechnung von Einheiten mit dem Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie</li> <li>○ Wartung der Dokumentation: Aufnahmekennzeichen „K“ &amp; „H“</li> </ul>
<b>2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderungen der Belagsdauerwerte &amp; Tageskomponenten</li> <li>○ Wartung der Intensivdokumentation &amp; der Dokumentation von Unterbrechungen</li> </ul>
<b>2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderungen der Belagsdauerwerte &amp; Tageskomponenten</li> <li>○ Wartung der Dokumentation: Angabe von Seitenlokationen der Patienten bei MEL &amp; Aktualisierung des ICD-10</li> <li>○ Überarbeitung des Bereiches Kinder- und Jugendpsychiatrie (tagesklinische Fallpauschale, speziell genehmigte Einheiten)</li> </ul>

**Tabelle 9:** Essenzielle strukturelle Veränderungen der LKF-Modelle 2011 bis 2013

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2010c, S. 18ff.; BMG 2011b, S. 15ff.; BMG 2012b, S. 16ff.)

Bei Betrachtung der Veränderungen der Jahr 2011 bis 2013 sind die notwendigen Adaptionsmaßnahmen erkennbar, um das LKF-Modell an aktuelle Erkenntnisse und Gegebenheiten anzupassen. Dies ist notwendig birgt allerdings die Problematik einer Vergleichbarkeit mit sich. Ein LKF-Modell des einen Jahres ist nicht ident mit dem LKF-Modell des Folgejahres. Daher sind Analysen für die die Wissenschaft und für Entscheidungsträger in den Krankenanstalten oder in der Politik von Interesse (BMG 2010c, S. 18ff.; BMG 2011b, S. 15ff.; BMG 2012b, S. 16ff.).

## **5 Adaptierung der LKF-Kernbereiche 2014 bis 2016**

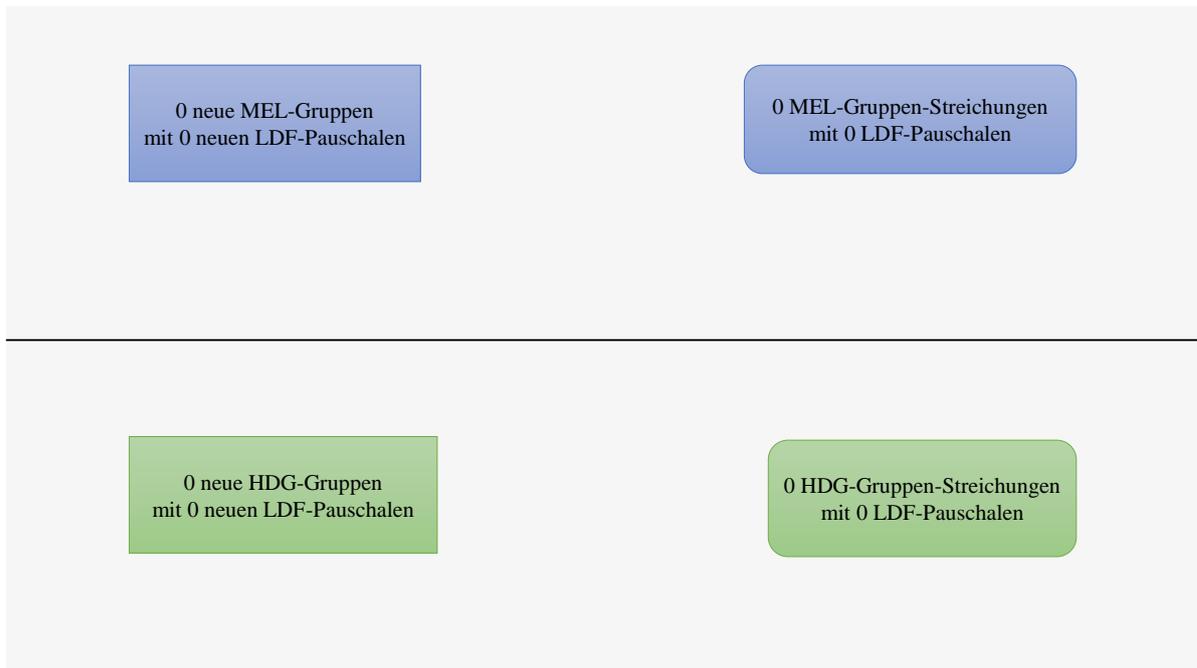
Die folgenden Abschnitte 5.1 bis 5.3 enthalten Veränderungen der LKF-Kernbereiche 2014 bis 2016. Sie beschreiben sowohl Veränderungen der MEL- und HDG-Gruppen als auch Adaptionsmaßnahmen der LDF-Pauschalen. Für eine bessere Veranschaulichung der Veränderungen werden die Adaptionsmaßnahmen im Vergleich zum Vorjahr grafisch und tabellarisch dargestellt. Weiters wird ein Überblick von essenziellen, strukturellen Veränderungen gegeben. Abschnitt 5.4 schließt dieses Kapitel mit einem Resümee ab.

### **5.1 LKF-Systementwicklung 2014**

Abschnitt 5.1 beinhaltet die LKF-Systementwicklungen 2014. Zu Beginn werden die allgemeinen Änderungen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen sowie die Veränderungen von LDF-Pauschalen dargestellt. Abschließend werden strukturelle Änderungen des LKF-Systems beschrieben.

Das LKF-Modell 2014 besteht aus insgesamt 1.004 LDF-Pauschalen. Davon werden 449 LDF-Pauschalen in 204 MEL-Gruppen organisiert. Weitere 555 LDF-Pauschalen gliedern sich in 219 HDG-Gruppen (BMG 2013a, S. 7f.).

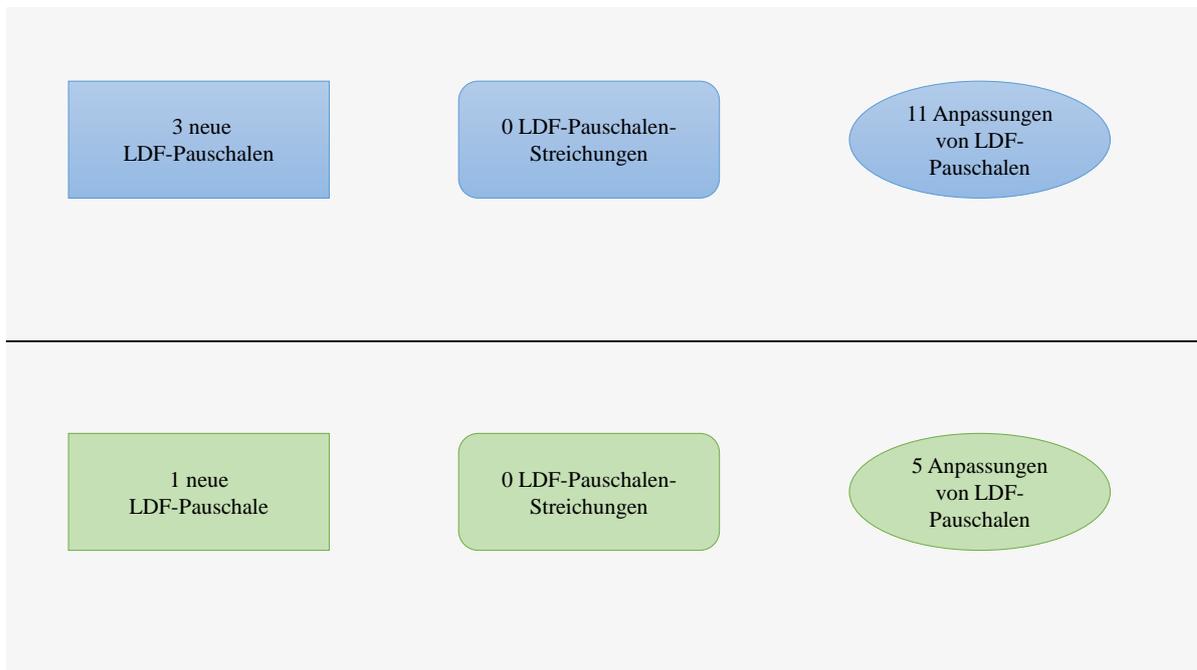
Betrachtet man die Veränderungen auf Ebene der MEL- und HDG-Gruppen, gibt es im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderungen (siehe Abbildung 10). Dies bedeutet, dass im Bereich der Gruppen keine Streichungen bzw. Neueinführungen durchgeführt wurden (BMG 2013b, S. 24ff.).



**Abbildung 10:** Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2014

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2013b, S. 24ff.)

Auf Ebene der LDF-Pauschalen gab es im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2014 mehrere Änderungen, wie in Abbildung 11 ersichtlich. Im Bereich der MEL-Gruppen wurden drei Pauschalen neu eingeführt. Aufgrund dieser Neueinführungen wurden 11 LDF-Pauschalen angepasst. Vergleichsweise wurde im Bereich der HDG-Gruppen eine LDF-Pauschale in das LKF-Modell aufgenommen, daraus resultieren fünf Anpassungen von LDF-Pauschalen (BMG 2013b, S. 24ff.).



**Abbildung 11:** Änderungen LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2014

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2013b, S. 24ff.)

Eine detaillierte Betrachtung der Veränderungen auf Ebene der LDF-Pauschalen erfolgt in Tabelle 10. Die Adaptionmaßnahmen im Bereich der MEL-Gruppen konzentrieren sich auf die Behandlungen im Bereich der Kardiologie und onkologische Behandlungen. In der MEL-Gruppe 08.06 „Ventrikellersatz“ wurden die LDF-Pauschale A und B durch vier neue LDF-Pauschalen (LDF-Pauschalen A bis D) ersetzt. Weitere Anpassungen der LDF-Pauschalen sind aufgrund Neuaufnahmen von LDF-Pauschalen notwendig. Dies erfolgte aufgrund neuer Leistungen im Rahmen des LKF-Systems. Im Bereich der HDG-Gruppen wurde die LDF-Pauschale HDG 08.01 „Maligne Neoplasien des Gastrointestinaltrakt“ in das LKF-System aufgenommen. Aufgrund dieser Adaption wurden die LDF-Pauschalen A bis E verschoben (BMG 2013b, S. 24ff.).

<b>Bereich der MEL-Gruppen</b>	
<b>3 neue LDF-Pauschalen</b>	
MEL 08.09 „Implantation eines Aortenstents“	LDF-Pauschale A
MEL 22.22 „Andere spezifische Tumortherapie“	LDF-Pauschale A
MEL 25.05 „Radionuklidtherapie II“	LDF-Pauschale A
<b>11 Anpassungen von LDF-Pauschalen</b>	
MEL 08.06 „Ventrikellersatz“	LDF-Pauschalen A und B werden durch LDF-Pauschalen A bis D ersetzt
MEL 08.09 „Implantation eines Aortastents“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B
MEL 22.22 „Andere spezifische Tumortherapie“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B
	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale D
MEL 25.05 „Radionuklidtherapie II“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B
	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
<b>Bereich der HDG-Gruppen</b>	
<b>1 neue LDF-Pauschale</b>	
HDG 08.01 „Maligne Neoplasien des Gastrointestinaltrums“	LDF-Pauschale A
<b>5 Anpassungen von LDF-Pauschalen</b>	
HDG 08.01 „Maligne Neoplasien des Gastrointestinaltrums“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B
	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale D
	LDF-Pauschale D wird zu LDF-Pauschale E
	LDF-Pauschale E wird zu LDF-Pauschale F

**Tabelle 10:** Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen des LKF-Modells 2014  
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2013b, S. 24ff.)

Tabelle 11 bildet die Veränderungen des LKF-Modells 2014 im Vergleich zum Vorjahr detailliert ab. Eine Steigerung weisen 1,20 % (VJ 1,10 %), der LDF-Pauschalen auf. Von einer Senkung sind 4,28 % (VJ 6,90 %) der LDF-Pauschalen betroffen. Eine Stagnation der LDF-Pauschalen weisen 92,53 % (VJ 90,70 %) auf. Als Resultat von Neueinführungen wurden strukturelle Änderungen bei 1,99 % (VJ 1,30 %) der LDF-Pauschalen durchgeführt (BMG 2013b, S. 24ff.; BMG 2013a, S. 7f.).

	Gesamt	HDG- Gruppen	MEL- Gruppen	Gesamt in %	HDG- Gruppen in %	MEL- Gruppen in %
<b>LDF-Pauschale</b>						
Erhöhung	12	10	2	1,20 %	1,80 %	0,45 %
Senkung	43	10	33	4,28 %	1,80 %	7,35 %
Stagnation	929	529	400	92,53 %	95,32 %	89,09 %
strukturelle Änderungen	20	6	14	1,99 %	1,08 %	3,12 %
<b>LDF-Tageskomponente</b>						
Erhöhung	12	10	2	1,20 %	1,80 %	0,45 %
Senkung	43	10	33	4,28 %	1,80 %	7,35 %
Stagnation	929	529	400	92,53 %	95,32 %	89,09 %
strukturelle Änderungen	20	6	14	1,99 %	1,08 %	3,12 %
<b>LDF-Leistungskomponente</b>						
Erhöhung	12	4	8	1,20 %	0,72 %	1,78 %
Senkung	21	4	17	2,09 %	0,72 %	3,79 %
Stagnation	951	541	410	94,72 %	97,48 %	91,31 %
strukturelle Änderungen	20	6	14	1,99 %	1,08 %	3,12 %
<b>Belagsdaueruntergrenze</b>						
Erhöhung	10	8	2	1,00 %	1,44 %	0,45 %
Senkung	21	5	16	2,09 %	0,90 %	3,56 %
Stagnation	953	536	417	94,92 %	96,58 %	92,87 %
strukturelle Änderungen	20	6	14	1,99 %	1,08 %	3,12 %
<b>Belagsdauerobergrenze</b>						
Erhöhung	12	10	2	1,20 %	1,80 %	0,45 %
Senkung	43	10	33	4,28 %	1,80 %	7,35 %
Stagnation	929	529	400	92,53 %	95,32 %	89,09 %
strukturelle Änderungen	20	6	14	1,99 %	1,08 %	3,12 %
<b>Belagsdauermittelwert</b>						
Erhöhung	12	10	2	1,20 %	1,80 %	0,45 %
Senkung	43	10	33	4,28 %	1,80 %	7,35 %
Stagnation	929	529	400	92,53 %	95,32 %	89,09 %
strukturelle Änderungen	20	6	14	1,99 %	1,08 %	3,12 %
<b>MEL-Zuschlag</b>						
Erhöhung	12	0	12	1,20 %	0,00 %	2,67 %
Senkung	16	0	16	1,59 %	0,00 %	3,56 %
Stagnation	956	549	407	95,22 %	98,92 %	90,65 %
strukturelle Änderungen	20	6	14	1,99 %	1,08 %	3,12 %

**Tabelle 11:** Änderungen des LKF-Systems 2014 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente,

Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze,-mittelwert und MEL-Zuschlag

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2013b, S. 24ff.; BMG 2013a, S. 7f.)

Im Zuge der Systementwicklung des LKF-Modells 2014 wurden jährliche Wartungsarbeiten wie die Anpassung der Belagsdauerwerte durchgeführt. Als Datenbasis hierfür wurden die Werte aus den Jahre 2010 bis 2012 herangezogen. Die Konzentration weiterer Adaptierungen dieses LKF-Modells liegt auf der Überarbeitung des ICD-10 und im Berichtswesen des ambulanten Bereiches. Eine grafische Darstellung der Veränderungen ist in Abbildung 12 ersichtlich. Die Überarbeitung der Belagsdauerwerte und Codierungsregeln dienen zur Anpassung des LKF-Systems an neue Entwicklungen wie beispielsweise neue medizinische Verfahren. Die Überarbeitung des Berichtswesens des ambulanten Bereiches dient zur Erstellung einer einheitlichen Dokumentation und ist al eine Vorarbeit zur Erweiterung des LKF-Systems auf den spitalsambulanten Bereich zu sehen (BMG 2013b, S. 14ff.).



**Abbildung 12:** Essenzielle Adaptionenmaßnahmen im LKF-Modell 2014

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2013b, S. 14ff.; BMG 2013c, S. 21.)

### **Wartung der Dokumentation**

Im Vorjahresmodell wurde die Angabe einer Seitenlokation von Patienten bei Erfassung von MEL-Gruppen empfohlen. Dieser Ansatz wird im LKF-Modell 2014 weitergeführt und die Angabe verpflichtend in das LKF-Modell aufgenommen. Dies bedeutet in Abrechnungsfällen mit

einer Leistungseinheit je Seite, ist die Seitenlokation für die Abrechnung anzugeben (BMG 2013b, S. 16.).

### **Aktualisierung ICD-10 BMG 2014**

Wie im Vorjahr wurde die Dokumentationsgrundlage von Diagnosen überarbeitet. Die Aktualisierung des ICD-10 Version 2013 der Weltgesundheitsorganisation wurde in den ICD-10 BMG 2014 des österreichischen LKF-Systems, verwendeten Codierungssystems für Diagnosen eingearbeitet. Diese Einarbeitung erfolgte, um die neuesten Erkenntnisse der Weltgesundheitsorganisation zur Klassifizierung von Krankheiten, im Rahmen des LKF-Systems anwenden zu können (BMG 2013c, S. 18ff.; WHO 2020).

### **Berichtswesen im ambulanten Bereich**

Mit der LKF-Systementwicklung 2014 wurde das Berichtswesen innerhalb des LKF-Systems auf den ambulanten Bereich erweitert. Für die Umsetzung wurde seit dem Jahr 2010 ein Katalog ambulanter Leistungen (KAL), im Zuge mehrerer Pilotprojekte erstellt und getestet. Ziel dieser Pilotprojekte war die Erstellung eines einheitlichen Berichtswesens für den ambulanten Bereich, welcher im Zuge der Dokumentation des LKF-Systems umsetzbar ist. Ab dem Jahr 2014 ist der KAL ein Teil des bundesweit einheitlichen Leistungskataloges. Diese Aufnahme ermöglicht eine bundesweit einheitliche Dokumentation. Aufgrund dieser Entwicklung werden ambulant erbrachte Leistungen in den Fondkrankenanstalten nach dem KAL dokumentiert und an das zuständige Bundesministerium übermittelt. Im extramuralen Bereich (z.B. niedergelassene Fachärzte) wird die Datenmeldung durch den Hauptverband der SV-Träger durchgeführt, als Basisgrundlage dienen die unterschiedlichen Honorarkataloge der Krankenversicherungsträger. Der KAL selbst wird in Zukunft einer regelmäßigen Wartung unterzogen. Für die Untersuchungen notwendiger Maßnahmen gibt es ein Gremium bestehend aus Vertretern des zuständigen Ministeriums, der Ärztekammer, des Hauptverbandes für Sozialversicherungsträger und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt. Welches die Ergebnisse ausarbeitet, die in weiterer Folge, der Bundesgesundheitskommission vorgelegt werden. Die Aufnahme des KAL in das LKF-System dient als Vorbereitung zur späteren Aufnahme des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-System (siehe Abschnitt 6.1) (BMG 2013d, S. 6ff.; BMGF 2016a, S. 4ff.).

## **Pseudonymisierung personenbezogener Daten – ambulanter Bereich**

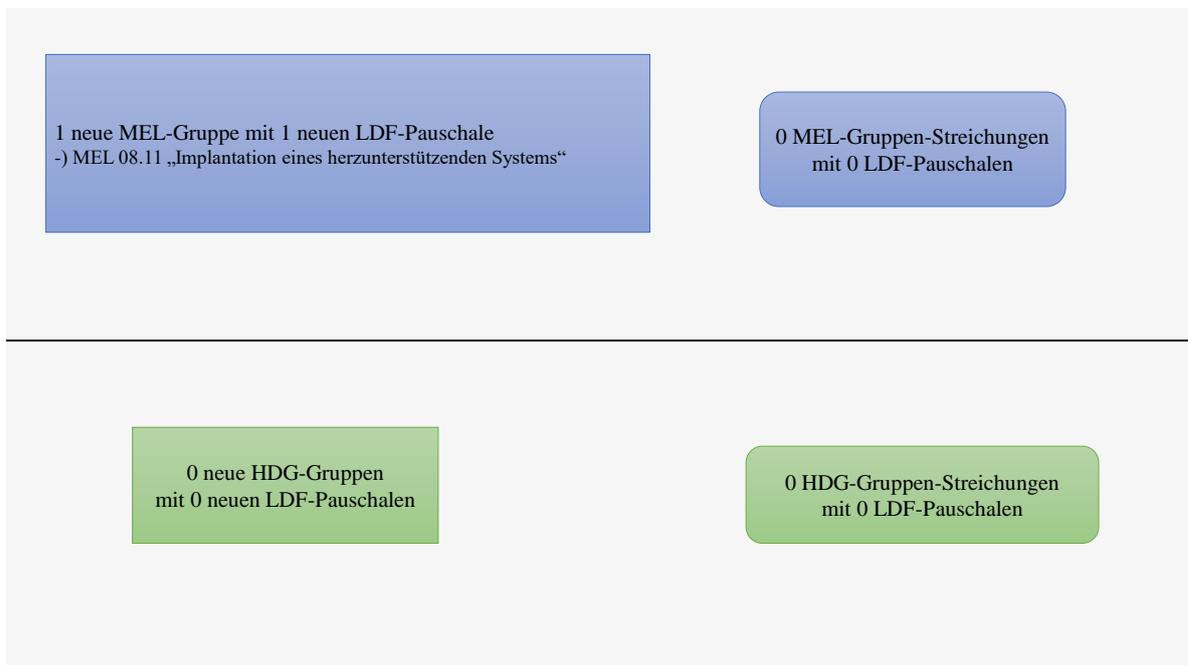
Im Zuge der Aufnahme des KAL in den bundesweit einheitlichen Leistungskatalog wurde die Thematik personenbezogener Daten behandelt. Gerade im Bereich Gesundheitswesen werden sensible Daten von Patienten dokumentiert. Auch die Dokumentation des LKF-Systems muss den Anforderungen des Datenschutzes entsprechen. Aus diesem Grund werden ab dem LKF-Modell 2014 Daten aus dem ambulanten Bereich vor Durchführung einer Meldung pseudonymisiert (BMG 2013b, S. 22; BMG 2013d, S. 12f.)

## **5.2 LKF-Systementwicklung 2015**

In Abschnitt 5.2 werden wie in den Abschnitten zuvor, zuerst die allgemeinen Veränderungen der MEL- und HDG-Gruppen sowie der LDF-Pauschalen im Rahmen des LKF-Systems beschrieben. Dieser Abschnitt konzentriert sich auf die LKF-Systementwicklung 2015. Abschließend werden essenziell strukturelle Veränderungen des LKF-Kernbereiches beschrieben.

Im Jahr 2015 besteht das LKF-Modell aus 209 MEL-Gruppen und 219 HDG-Gruppen. Der Bereich der MEL-Gruppen beinhaltet 453 LDF-Pauschalen und jener der HDG-Gruppen 555. Daher besteht das LKF-Modell 2015 aus insgesamt 1.008 LDF-Pauschalen (BMG 2014a, S. 7f.).

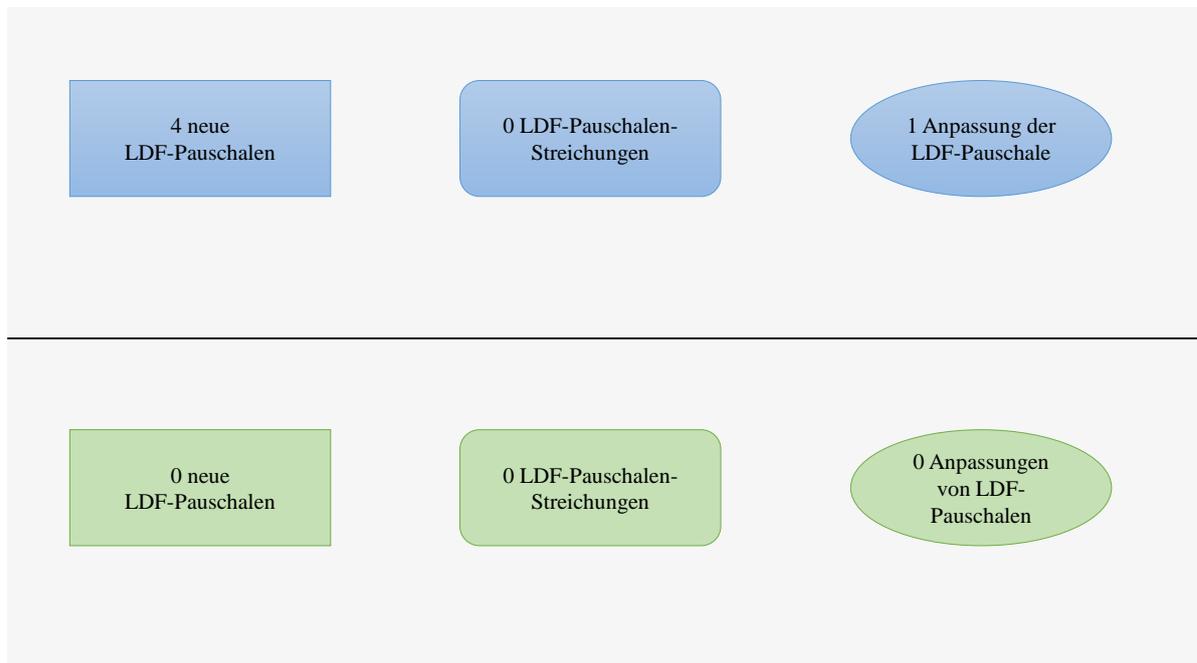
Im Zuge der LKF-Systementwicklung 2015 wurde die MEL-Gruppe 08.11 „Implantation eines herzunterstützenden Systems“ mit der LDF-Pauschale A in das LKF-System aufgenommen. Wie in Abbildung 13 ersichtlich, kam es auf Ebene der MEL- und HDG-Gruppen zu keinen weiteren Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr (BMG 2014b, S. 24ff.).



**Abbildung 13:** Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2015

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2014b, S. 24ff.)

Bei Betrachtung der LDF-Pauschalen wird ersichtlich, dass im Bereich der MEL-Gruppen vier LDF-Pauschalen aufgenommen wurden (siehe Abbildung 14 und Tabelle 12). Aufgrund der Aufnahmen der LDF-Pauschale B in die MEL-Gruppe 06.05 „Eingriffe an der Bauchwand, Laparotomie“ wurde die LDF-Pauschale C zur LDF-Pauschale D. Im gesamten LKF-Modell wurden keine LDF-Pauschalen gestrichen. Im Bereich der HDG-Gruppen gab es weiters keine Neuaufnahmen und Anpassungen von LDF-Pauschalen. Daher ist der Aufbau der HDG-Gruppen dieses Modells unverändert zum Vorjahr (BMG 2014b, S. 24ff.).



**Abbildung 14:** Änderungen LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2015

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2014b, S. 24ff.)

<b>Bereich der MEL-Gruppen</b>	
<b>4 neue LDF-Pauschalen</b>	
MEL 06.05 „Eingriffe an der Bauwand, Laparotomie“	LDF-Pauschale B
MEL 08.11 „Implantation eines herzunterstützenden Systems“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschale A
MEL 22.23 „Radioaktiv markierte Antikörper“	LDF-Pauschale B
MEL 25.01 „Teletherapie“	LDF-Pauschale D
<b>1 Anpassungen der LDF-Pauschale</b>	
MEL 06.05 „Eingriffe an der Bauwand, Laparotomie“	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale D

**Tabelle 12:** Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL-Gruppen des LKF-Modells 2015

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2014b, S. 24ff.)

Eine detaillierte Untersuchung der Veränderung des LKF-Modells 2015 im Vergleich zum Vorjahr bildet Tabelle 13 ab. Eine Erhöhung weisen 0,69 % (VJ 1,20 %) der LDF-Pauschalen auf. Senkungen gibt es bei 5,26 % (VJ 4,28 %) der LDF-Pauschalen. Im Vergleich zum Vorjahr sind 93,55 % (VJ 92,53 %) der LDF-Pauschalen unverändert geblieben. Strukturelle Änderungen aufgrund von Neueinführungen weisen 93,55 % (VJ 92,53 %) der LDF-Pauschalen auf, wobei sich diese im Bereich der MEL-Gruppen befinden (BMG 2014b, S. 24ff.; BMG 2014a, S. 7f.).

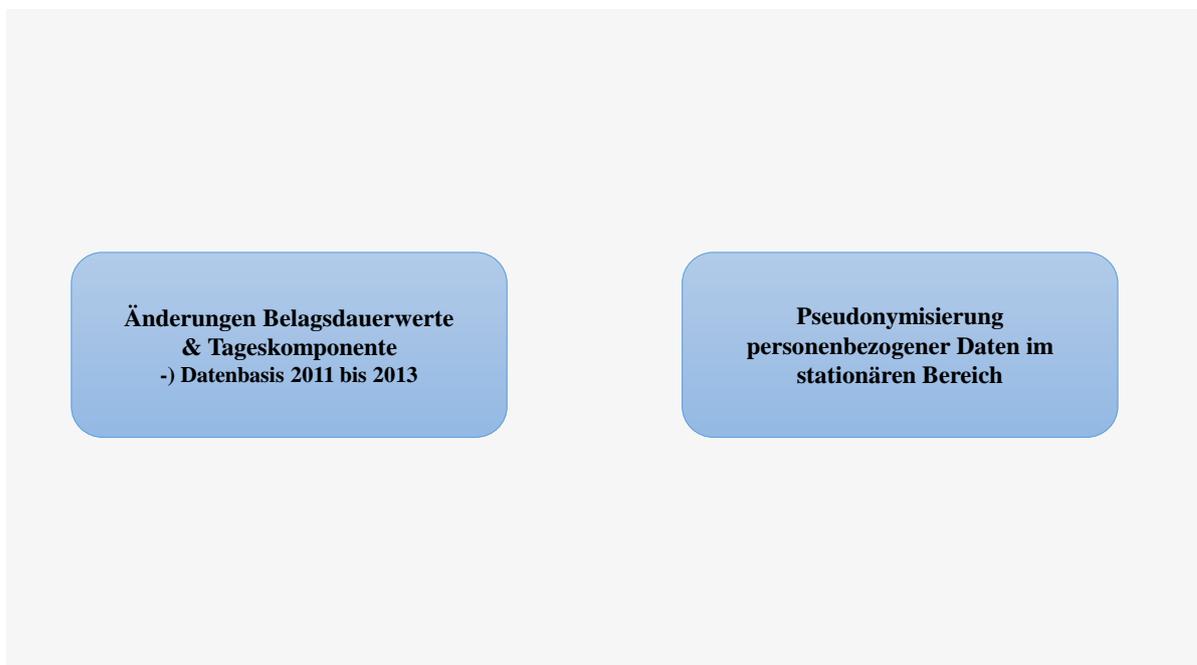
	Gesamt	HDG- Gruppen	MEL- Gruppen	Gesamt in %	HDG- Gruppen in %	MEL- Gruppen in %
<b>LDF-Pauschale</b>						
Erhöhung	7	6	1	0,69 %	1,08 %	0,22 %
Senkung	53	30	23	5,26 %	5,41 %	5,08 %
Stagnation	943	519	424	93,55 %	93,51 %	93,60 %
strukturelle Änderungen	5	0	5	0,50 %	0,00 %	1,10 %
<b>LDF-Tageskomponente</b>						
Erhöhung	7	6	1	0,69 %	1,08 %	0,22 %
Senkung	53	30	23	5,26 %	5,41 %	5,08 %
Stagnation	943	519	424	93,55 %	93,51 %	93,60 %
strukturelle Änderungen	5	0	5	0,50 %	0,00 %	1,10 %
<b>LDF-Leistungskomponente</b>						
Erhöhung	21	11	10	2,08 %	1,98 %	2,21 %
Senkung	21	13	8	2,08 %	2,34 %	1,77 %
Stagnation	961	531	430	95,34 %	95,68 %	94,92 %
strukturelle Änderungen	5	0	5	0,50 %	0,00 %	1,10 %
<b>Belagsdaueruntergrenze</b>						
Erhöhung	6	5	1	0,60 %	0,90 %	0,22 %
Senkung	35	23	12	3,47 %	4,14 %	2,65 %
Stagnation	962	527	435	95,44 %	94,95 %	96,03 %
strukturelle Änderungen	5	0	5	0,50 %	0,00 %	1,10 %
<b>Belagsdauerobergrenze</b>						
Erhöhung	7	6	1	0,69 %	1,08 %	0,22 %
Senkung	50	29	21	4,96 %	5,23 %	4,64 %
Stagnation	946	520	426	93,85 %	93,69 %	94,04 %
strukturelle Änderungen	5	0	5	0,50 %	0,00 %	1,10 %
<b>Belagsdauermittelwert</b>						
Erhöhung	7	6	1	0,69 %	1,08 %	0,22 %
Senkung	53	30	23	5,26 %	5,41 %	5,08 %
Stagnation	943	519	424	93,55 %	93,51 %	93,60 %
strukturelle Änderungen	5	0	5	0,50 %	0,00 %	1,10 %
<b>MEL-Zuschlag</b>						
Erhöhung	10	0	10	0,99 %	0,00 %	2,21 %
Senkung	6	0	6	0,60 %	0,00 %	1,32 %
Stagnation	987	555	432	97,92 %	100,00 %	95,36 %
strukturelle Änderungen	5	0	5	0,50 %	0,00 %	1,10 %

**Tabelle 13:** Änderungen des LKF-Systems 2015 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente,

Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze, -mittelwert und MEL-Zuschlag

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2014b, S. 24ff.; BMG 2014a, S. 7f.)

Die Systementwicklung des LKF-Modells 2015 konzentriert sich auf jährliche Wartungsarbeiten, daher gibt es im Vergleich zum Vorjahresmodell kaum strukturelle Veränderungen. Zu den notwendigen Wartungsarbeiten, zählen wie in den Vorjahren, Anpassungen der Belagsdauerwerte und der Tageskomponente. Darüber hinaus werden ab dem LKF-Modell 2015 personenbezogene Datenmeldungen im stationären Bereich pseudonymisiert. Eine grafische Darstellung ist in Abbildung 15 ersichtlich. (BMG 2014b, S. 19ff.; BMG 2014c, S. 22).



**Abbildung 15:** Essenzielle Adaptionenmaßnahmen im LKF-Modell 2015

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2014b, S. 19ff.; BMG 2014c, S. 22)

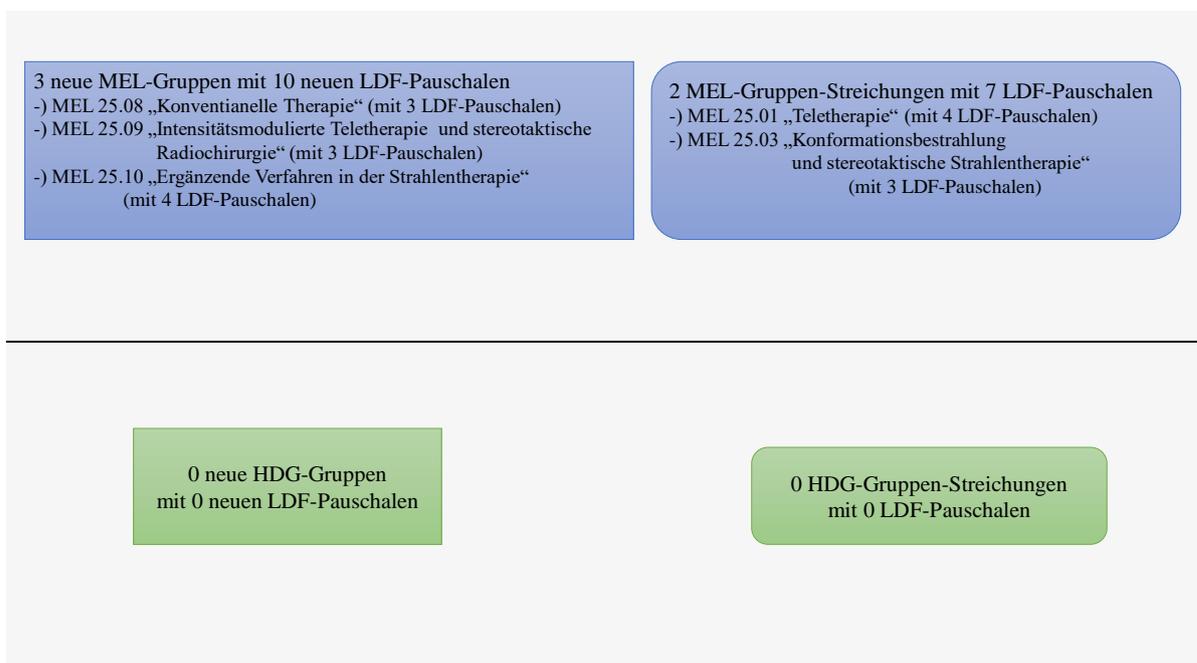
### **Pseudonymisierung personenbezogener Daten – stationärer Bereich**

Bereits im LKF-Modell 2014 wurden Daten im ambulanten Bereich für Meldungen pseudonymisiert. Im Zuge der LKF-Systementwicklung 2015 wurde dies auf Datenmeldungen des stationären Bereiches erweitert. Dies resultiert aus Überarbeitungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2013 (BMG 2014b, S. 23).

### 5.3 LKF-Systementwicklung 2016

In Abschnitt 5.3 werden die Maßnahmen im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2016 beschrieben. Zu Beginn werden die allgemeinen Veränderungen der MEL- und HDG-Gruppen sowie die Adaptionen im Bereich der LDF-Pauschalen beschrieben. Abschließend werden essenzielle strukturelle Veränderungen im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2016 dargelegt.

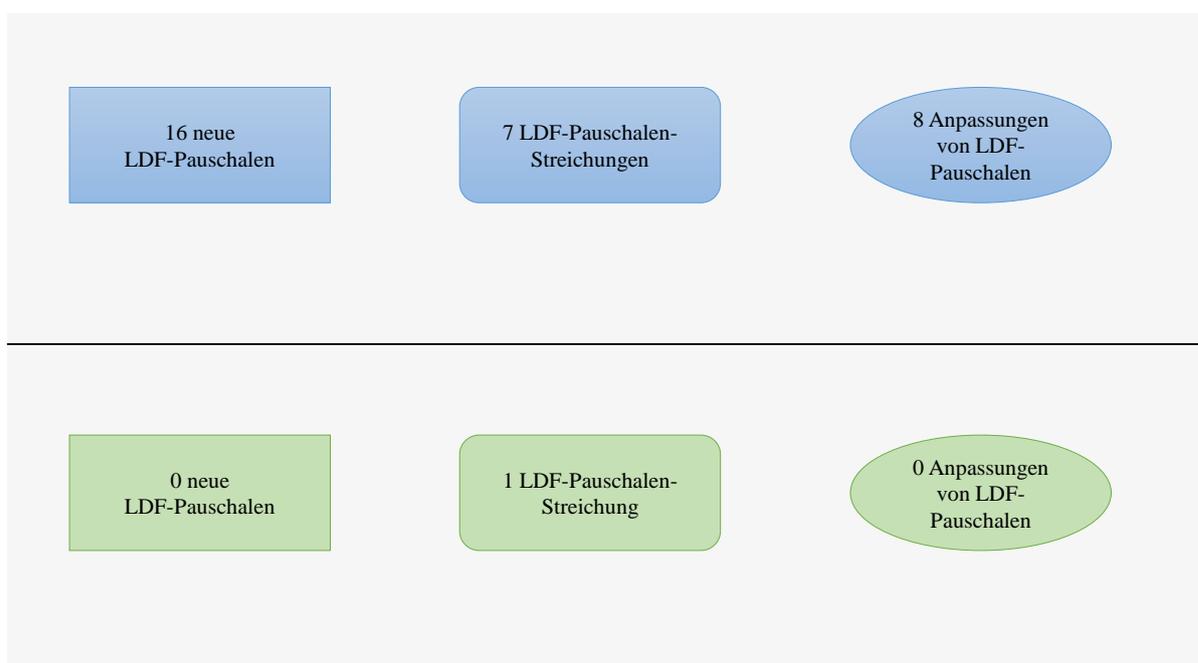
Das LKF-Modell 2016 besteht aus 210 MEL-Gruppen, diese wiederum gruppieren sich in 462 LDF-Pauschalen. Weiters besteht das LKF-Modell aus 218 HDG-Gruppen, welche 554 LDF-Pauschalen beinhalten. Daher beinhaltet das LKF-Modell 2016 1.016 LDF-Pauschalen (BMG 2015a, S. 7f.). Im Zuge der Entwicklung des LKF-Modells 2016 wurden drei MEL-Gruppen mit 10 LDF-Pauschalen aufgenommen. Wie in Abbildung 16 ersichtlich, wurden 2 MEL-Gruppen mit sieben LDF-Pauschalen und eine HDG-Gruppe mit einer LDF-Pauschale aus dem Modell entfernt. Die Streichung der MEL-Gruppen 25.01 und 25.03 sowie die Neuaufnahmen der MEL-Gruppen 25.08, 25.09 und 25.10 sind auf die Überarbeitung des Bereiches strahlentherapeutische Behandlungen zurückzuführen (BMG 2015b, S. 30ff.).



**Abbildung 16:** Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LKF-Modell 2016

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2015b, S. 30ff.)

Abbildung 17 stellt die LKF-Systementwicklung auf Ebene der LDF-Pauschalen grafisch dar. Hier werden die oben erwähnten Entwicklungen ebenfalls sichtbar. Im Bereich der MEL-Gruppen wurden 16 LDF-Pauschalen eingeführt, weiters wurden sieben LDF-Pauschalen aus dem LKF-Modell entfernt. Aufgrund der Neueinführungen wurden acht LDF-Pauschalen angepasst. Eine HDG-Gruppe wurde aus dem LKF-Modell entfernt, dies ist die einzige strukturelle Anpassung des Jahres in diesem Bereich (BMG 2015b, S. 30ff.).



**Abbildung 17:** Änderungen LDF-Pauschalen im LKF-Modell 2016

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2015b, S. 30ff.)

Im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2016 wurde die Abbildung von Strahlentherapien im LKF-Modell überarbeitet. Daher wurden die MEL-Gruppen 25.01 bis 25.10 aus dem LKF-System entfernt, verändert oder neu in das LKF-System aufgenommen (siehe Tabelle 14). Wie bereits in Abbildung 16 erkennbar wurden wurde in diesem Bereich drei MEL-Gruppen in das LKF-Modell aufgenommen (BMG 2015b, S. 30ff.).

<b>Bereich der MEL-Gruppen</b>	
<b>16 neue LDF-Pauschalen</b>	
MEL 01.02 „Eingriffe am Gehirnschädel und oberflächliche intrakranielle Eingriffe, stereotaktische Eingriffe“	LDF-Pauschale C
MEL 15.06 „Eingriffe an der Hornhaut“	LDF-Pauschale B
MEL 22.14 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper“	LDF-Pauschale D
	LDF-Pauschale F
MEL 22.26 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapien - Sonstige“	LDF-Pauschale B
	LDF-Pauschale C
MEL 25.08 „Konventionelle Teletherapie“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschalen A bis C
MEL 25.09 „Intensitätsmodulierte Teletherapie und stereotaktische Radiochirurgie“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschalen A bis C
MEL 25.10 „Ergänzende Verfahren in der Strahlentherapie“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschalen A bis D
<b>7 LDF-Pauschalen-Streichungen</b>	
MEL 25.01 „Teletherapie“	MEL-Gruppen Streichung & Streichung der LDF-Pauschalen A bis D
MEL 25.03 „Konformationsbestrahlung und stereotaktische Strahlentherapie“	MEL-Gruppen Streichung & Streichung der LDF-Pauschalen A bis C
<b>8 Anpassungen von LDF-Pauschalen</b>	
MEL 01.02 „Eingriffe am Gehirnschädel und oberflächliche intrakranielle Eingriffe, stereotaktische Eingriffe“	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale A
	LDF-Pauschale C wird zu LDF-Pauschale B
	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale D
MEL 15.06 „Eingriffe an der Hornhaut“	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C
MEL 22.14 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper“	LDF-Pauschale D wird zu LDF-Pauschale E
	LDF-Pauschale E wird zu LDF-Pauschale G
	LDF-Pauschale F wird zu LDF-Pauschale H
	LDF-Pauschale G wird zu LDF-Pauschale I
<b>Bereich der HDG-Gruppen</b>	
<b>1 LDF-Pauschalen-Streichung</b>	
HDG 23.01 „Check-up“	HDG-Gruppen-Streichung & Streichung der LDF-Pauschale A

**Tabelle 14:** Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen des LKF-Modells 2016

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2015b, S. 30ff.)

	Gesamt	HDG- Gruppen	MEL- Gruppen	Gesamt in %	HDG- Gruppen in %	MEL- Gruppen in %
<b>LDF-Pauschale</b>						
Erhöhung	7	2	5	0,69 %	0,36 %	1,08 %
Senkung	52	13	39	5,12 %	2,35 %	8,44 %
Stagnation	925	538	387	91,04 %	97,11 %	83,77 %
strukturelle Änderungen	32	1	31	3,15 %	0,18 %	6,71 %
<b>LDF-Tageskomponente</b>						
Erhöhung	7	2	5	0,69 %	0,36 %	1,08 %
Senkung	51	13	38	5,02 %	2,35 %	8,23 %
Stagnation	926	538	388	91,14 %	97,11 %	83,98 %
strukturelle Änderungen	32	1	31	3,15 %	0,18 %	6,71 %
<b>LDF-Leistungskomponente</b>						
Erhöhung	22	3	19	2,17 %	0,54 %	4,11 %
Senkung	18	2	16	1,77 %	0,36 %	3,46 %
Stagnation	944	548	396	92,91 %	98,92 %	85,71 %
strukturelle Änderungen	32	1	31	3,15 %	0,18 %	6,71 %
<b>Belagsdaueruntergrenze</b>						
Erhöhung	3	1	2	0,30 %	0,18 %	0,43 %
Senkung	18	7	11	1,77 %	1,26 %	2,38 %
Stagnation	963	545	418	94,78 %	98,38 %	90,48 %
strukturelle Änderungen	32	1	31	3,15 %	0,18 %	6,71 %
<b>Belagsdauerobergrenze</b>						
Erhöhung	6	2	4	0,59 %	0,36 %	0,87 %
Senkung	49	13	36	4,82 %	2,35 %	7,79 %
Stagnation	929	538	391	91,44 %	97,11 %	84,63 %
strukturelle Änderungen	32	1	31	3,15 %	0,18 %	6,71 %
<b>Belagsdauermittelwert</b>						
Erhöhung	6	2	4	0,59 %	0,36 %	0,87 %
Senkung	51	13	38	5,02 %	2,35 %	8,23 %
Stagnation	927	538	389	91,24 %	97,11 %	84,20 %
strukturelle Änderungen	32	1	31	3,15 %	0,18 %	6,71 %
<b>MEL-Zuschlag</b>						
Erhöhung	12	0	12	1,18 %	0,00 %	2,60 %
Senkung	22	0	22	2,17 %	0,00 %	4,76 %
Stagnation	950	553	397	93,50 %	99,82 %	85,93 %
strukturelle Änderungen	32	1	31	3,15 %	0,18 %	6,71 %

**Tabelle 15:** Änderungen des LKF-Systems 2016 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze, -mittelwert und MEL-Zuschlag  
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2015b, S. 30ff.; BMG 2015a, S. 7f.)

Tabelle 15 stellt die Veränderungen in Zahlen dar. Im Bereich der LDF-Pauschalen ist ersichtlich, dass 0,69 % (VJ 0,69 %) der LDF-Pauschalen, im Vergleich zum Vorjahr, erhöht wurden. Andererseits wurden 5,12 % (VJ 5,26 %) der LDF-Pauschalen gesenkt. Ein Anteil von 91,04 % (VJ 93,55 %) der Pauschalen wurde im Zuge der Systementwicklung unverändert weitergeführt. Strukturelle Änderungen aufgrund von Neuaufnahmen ergeben sich bei 3,15 % (VJ 0,50 %) der LDF-Pauschalen (BMG 2015b, S. 30ff.; BMG 2015a, S. 7f.).

Für das LKF-Modell 2016 wurden einige Änderungen im tagesklinischen Bereich geplant. Während der LKF-Systementwicklung wurde auf Grund des Umfangs der notwendigen Adaptierungsmaßnahmen entschieden, diese auf das Folgejahr zu verschieben. Daher beschränkte man sich bei der LKF-Systementwicklung des Jahres 2016 auf notwendige Wartungsmaßnahmen und Vorbereitungstätigkeiten für das LKF-Modell 2017, wie in Abbildung 18 ersichtlich (BMG 2015b, S. 4ff.; BMG 2015c, S. 22).



**Abbildung 18:** Essenzielle Adaptionsmaßnahmen im LKF-Modell 2016

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2015b, S. 4ff.; BMG 2015c, S. 22f.)

## Änderungen der Belagsdauerwerte und Tageskomponenten

Basierend auf Daten der Jahre 2012 bis 2014 wurden bei Notwendigkeit die Belagsdauerwerte entsprechend angepasst. Die Vorgangsweise hat sich im Vergleich zu den Vorjahren nicht verändert (BMG 2015b, S. 22f.).

## Vorbereitungen für die Aufnahme des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-System

Während der Überarbeitung des tagesklinischen Modells zeigte sich die Notwendigkeit, den gesamten spitalsambulanten Bereich in das LKF-Modell aufzunehmen. Da es sich hierbei um eine drastische Veränderung handelte, wurde diese für das Jahr 2017 geplant (BMG 2015c, S. 22).

## 5.4 Zusammenfassung

Die LKF-Systementwicklungen 2014 bis 2016 beinhalten eine Reihe von Adaptionenmaßnahmen. Im Zusammenhang mit diesen ergeben sich Veränderungen in den Bereichen der MEL-, HDG-Gruppen und der LDF-Pauschalen, wie in Tabelle 16 ersichtlich (BMG 2013b, S. 24ff.; BMG 2014b, S. 24ff.; BMG 2015b, S. 30ff.).

	<b>MEL-Gruppen</b>	<b>HDG-Gruppen</b>
<b>2014</b>	3 neue LDF-Pauschalen 11 Anpassungen von LDF-Pauschalen	1 neue LDF-Pauschale 5 Anpassungen von LDF-Pauschalen
<b>2015</b>	1 neue MEL-Gruppe 4 neue LDF-Pauschalen 1 Anpassung der LDF-Pauschale	keine Veränderungen
<b>2016</b>	3 neue MEL-Gruppen 2 MEL-Gruppen-Streichungen 7 LDF-Pauschalen-Streichungen 16 neue LDF-Pauschalen 8 Anpassungen von LDF-Pauschalen	1 HDG-Gruppen-Streichung 1 LDF-Pauschalen-Streichung

**Tabelle 16:** Veränderungen der MEL-, HDG-Gruppen und LDF-Pauschalen in den LKF-Modellen 2014 bis 2016

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2013b, S. 24ff.; BMG 2014b, S. 24ff.; BMG 2015b, S. 30ff.)

Ein wesentlicher Schritt für die Weiterentwicklung des LKF-Systems war die Aufnahme des Katalogs ambulanter Leistungen (KAL) im Modelljahr 2014. Im Rahmen eines Pilotprojektes

wurde der KAL seit dem Jahr 2010 entwickelt und mehrfach überarbeitet. Ziel dieses Projektes war die Erarbeitung eines Berichtswesens für den spitalsambulanten Bereich. Der KAL bildet die erste Grundlage für die spätere Einbettung des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-System ab dem Modell 2017 (BMG 2013d, S. 6ff.; BMG 2013b, S. 22; BMGF 2016a, S. 4ff.).

Die LKF-Systementwicklung 2015 konzentrierte sich hauptsächlich auf jährlich notwendige Wartungsarbeiten, daher ist das Jahr 2015 als Wartungsjahr zu sehen. Darüber hinaus wurde die Regelung betreffend der Pseudonymisierung von personenbezogenen Daten auf den stationären Bereich ausgedehnt (BMG 2014b, S. 19ff.; BMG 2014c, S. 22).

Vorbereitungen zur Aufnahme des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-System kennzeichnen die Systementwicklung des Jahres 2016. Die Einbettung des spitalsambulanten Bereiches reduziert Anreize von medizinisch nicht notwendigen stationären Aufnahmen. Eine solch drastische Erweiterung des Systems erfordert erhebliche Anpassungen deshalb wurde eine Einbettung auf das Jahr 2017 verschoben und das Jahr 2016 hauptsächlich für Vorbereitungstätigkeiten genutzt (BMG 2015b, S. 4ff.; BMG 2015c, S. 22). Als Abschluss dieses Kapitels werden essenzielle Veränderungen der Jahre 2014 bis 2016 in Tabelle 17 dargestellt.

<b>Modelljahr</b>	<b>Essenzielle strukturelle Veränderungen</b>
<b>2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wartung der Dokumentation: Seitenlokationen der Patienten bei MEL-Gruppen, Aktualisierung des ICD-10 BMG 2014, Überarbeitung der Entlassungsdaten</li> <li>○ Aufnahme des Katalogs ambulanter Leistungen</li> <li>○ Pseudonymisierung personenbezogener Daten im ambulanten Bereich</li> </ul>
<b>2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderungen der Belagsdauerwerte &amp; Tageskomponenten</li> <li>○ Pseudonymisierung personenbezogener Daten im stationären Bereich</li> </ul>
<b>2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderungen der Belagsdauerwerte &amp; Tageskomponenten</li> <li>○ Vorbereitungen zur Aufnahme des spitalsambulanten Modelles in das LKF-System</li> </ul>

**Tabelle 17:** Essenzielle strukturelle Veränderungen der LKF-Modelle 2014-2016

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2013b, S. 14ff.; BMG 2013c, S. 21; BMG 2014b, S. 19ff.; BMG 2014c, S. 22; BMG 2015b, S. 4ff.; BMG 2015c, S. 22).

Durch die beschriebenen Adaptionenmaßnahmen wird das LKF-System an neue Entwicklungen und Erkenntnisse angepasst werden. Weiters werden Lücken geschlossen, wie dies beispielsweise im LKF-Modell 2016 durch die Vorbereitung für die Erweiterung des LKF-Modells auf den spitalsambulanten Bereich der Fall ist. Durch Analysen der LKF-Systementwicklungen ist erkennbar, dass kein LKF-Modell eines Jahres dem eines anderen Jahres gleicht. Das LKF-Modell ist ein wachsendes System. Daher sind Analysen in Bezug auf durchgeführte Maßnahmen interessant, um einerseits Unterschiede aufzuzeigen und andererseits Erkenntnisse für zukünftige Entscheidungen zu erlangen (BMG 2015b, S. 4ff.; BMG 2015c, S. 22f.)

## **6     Adaptierung der LKF-Kernbereiche 2017 bis 2019**

Die Abschnitte 6.1 bis 6.3 erläutern die LKF-Systementwicklungen, der Kernbereiche 2017 bis 2019. Inhalt dieser Abschnitte sind Veränderungen der LDF-Pauschalen, MEL- und HDG-Gruppen. Für eine detaillierte Betrachtung wurden im Zuge der Erstellung dieser Masterarbeit, Veränderungen dieser wichtigen Größen berechnet. Darüber hinaus werden essenzielle, strukturelle Adaptionen der einzelnen Jahre beschrieben. Abschnitt 6.4 schließt dieses Kapitel mit einem Resümee der LKF-Systementwicklungen 2017 bis 2019 ab.

Wie bereits im Kapitel 5.3 beschrieben, wird ab dem Modell 2017 das LKF-System erweitert. Ab diesem LKF-Modell wird das LKF-System das bisher stationär erbrachte Leitungen, der Fondkrankenanstalten abrechnete um den spitalsambulanten Bereich der Fondkrankenanstalten erweitert. Mit der Einbettung des spitalsambulanten Bereiches sollen neben einer klaren Abrechnung bzw. Darstellung der Leistungen von Fondkrankenanstalten, Anreize zu medizinisch nicht indizierten Null- oder Ein-Tagesaufenthalten reduziert werden. Diese Erweiterung ist das Ergebnis jahrelanger Planung, da für die Entwicklungen zahlreiche zusätzliche Regelungen und Anpassungen notwendig waren. Für die Einführung des spitalsambulanten Bereiches entschied man sich für eine Übergangsphase vom 01.01.2017 bis zum 01.01.2019 (BMG 2016a, S. 3ff.).

### **6.1   LKF-Systementwicklung 2017**

Das Modelljahr 2017 des LKF-Systems beinhaltet zahlreiche Änderungen. Im Vergleich zu den Vorjahren handelt es sich hierbei um umfangreiche Systemadaptionen. Zu Beginn dieses Abschnittes werden allgemeine Änderungen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen sowie der LDF-Pauschalen dargestellt. In weiterer Folge werden essenzielle LKF-Systementwicklungen beschrieben. Bis zu diesem Jahr konzentriert sich das LKF-System auf die stationäre und tagesklinische Versorgung. Um eine möglichst ganzheitliche Abdeckung gewährleisten zu können, ist die Aufnahme des spitalsambulanten Bereiches notwendig. Dies benötigt zahlreiche Adaptionen im gesamten LKF-Modell, daher konzentrieren sich die LKF-Systementwicklungen des Jahres 2017 auf diese Thematik. Dies spiegelt sich auch in der vorliegenden

Masterarbeit wider. Aufgrund der umfangreichen Veränderungen können keine Vorjahresvergleiche wie in den Kapiteln zuvor erfolgen (BMGF 2016b, S. 23).

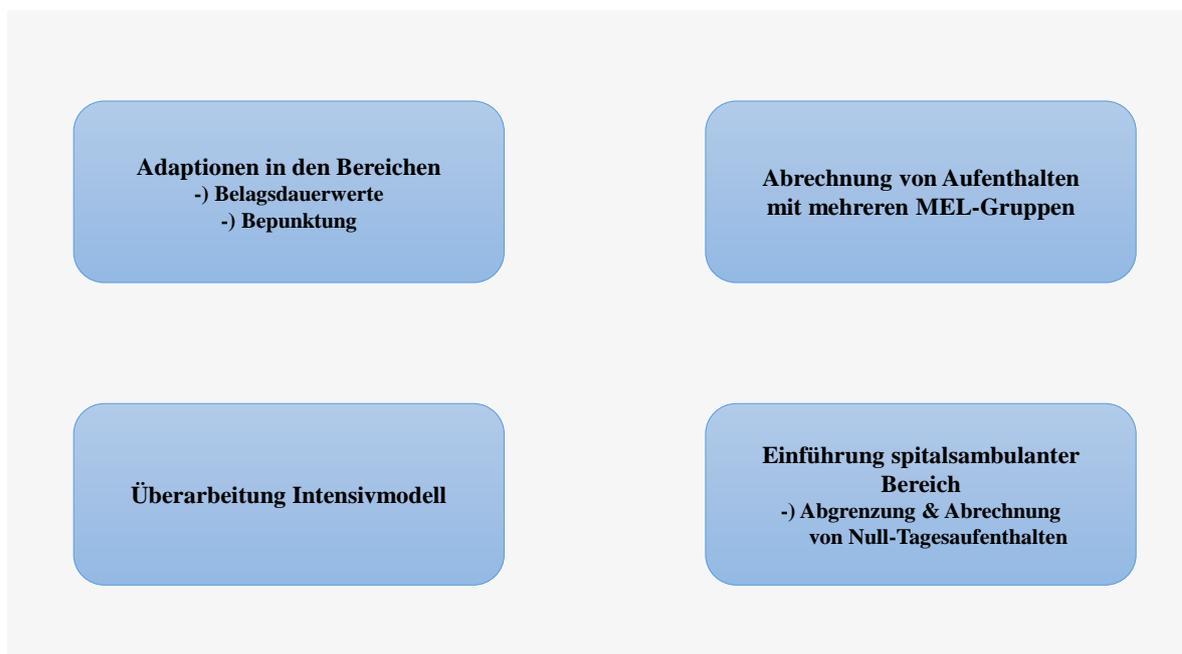
Infolge der Aufnahme des spitalsambulanten Bereiches kann das LKF-System 2017 in zwei LKF-Modelle unterteilt werden. Das stationäre Modell besteht aus 201 MEL-Gruppen mit 445 LDF-Pauschalen sowie aus 220 HDG-Gruppen mit 531 LDF-Pauschalen. Das gesamte stationäre Modell beinhaltet insgesamt 976 LDF-Pauschalen. Der neu eingeführte spitalsambulante Bereich beinhaltet 36 ambulante medizinische Einzelleistungs-Gruppen (AMG) mit 64 Pauschalen und 80 ambulante Pauschalgruppen (APG) mit 85 Pauschalen. Gesamtheitlich besteht dieser Bereich aus 149 Pauschalen. Die Veränderungen zu dem Vorjahresmodell sind in Tabelle 18 dargestellt. Hier zeigt sich vor allem eine Reduzierung der LDF-Pauschalen im stationären LKF-Modell. Andererseits wurde das spitalsambulante LKF-Modell in das LKF-System implementiert, im Zuge dieser Erweiterung des LKF-Modells wurde 149 LDF-Pauschalen in das spitalsambulante LKF-Modell aufgenommen. (BMGF 2016d, S. 8; BMGF 2016e, S. 3ff.).

	<b>LKF-Modell 2016</b>	<b>LKF-Modell 2017</b>	<b>Veränderung</b>
<b>Modell stationär</b>			
MEL-Gruppen	210	201	-9 Gruppen
LDF-Pauschalen in den MEL-Gruppen	462	445	-17 Pauschalen
HDG-Gruppen	218	220	+2 Gruppen
LDF-Pauschalen in den HDG-Gruppen	554	531	-23 Pauschalen
Summe Pauschalen stationär	1.016	976	-40 Pauschalen
<b>Modell spitalsambulant</b>			
Ambulante Einzelleistungs-Gruppen (APG)	-	36	+36 Gruppen
LDF-Pauschalen in den AMG	-	64	+64 Pauschalen
Ambulante Pauschalgruppen	-	80	+80 Gruppen
LDF-Pauschalen in den APG	-	85	+85 Pauschalen
Summe LDF-Pauschalen ambulant	-	149	+149 Pauschalen

**Tabelle 18:** Veränderungen der Anzahl der Gruppen und Pauschalen von LKF-Modell 2016 zu LKF-Modell 2017

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2015a, S. 7f.; BMGF 2016d, S. 8; BMGF 2016e, S. 3ff.)

Strukturellen Veränderungen des LKF-Modells 2017 im Vergleich zum Vorjahresmodell sind in Abbildung 19 übersichtlich dargestellt. Wie bereits beschrieben ist die bedeutendste Veränderung die Aufnahme des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-System (BMGF 2016b, S. 23).



**Abbildung 19:** Essenzielle Adaptionenmaßnahmen im LKF-Modell 2017

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2016f, S. 17ff.)

### **Adaptionen im Bereich der Belagsdauerwerte und Bepunktung**

Wie bereits beschrieben, ist das Ausmaß der Adaptionenmaßnahmen im Jahr 2017, im Vergleich zu den Vorjahren erheblich. Die Änderungen betreffen rund ein Drittel aller HDG- und MEL-Gruppen. Die Belagsdauerwerte aller Bereiche werden einer Neuberechnung unterzogen. Als Preisbasis dient das Jahr 2014. Die Methodik, mit welcher Belagsdauer ausreißer behandelt werden, bleibt im Vergleich zu den Vorjahren unverändert. In Fällen mit einer Belagsdauer unter der definierten Aufenthaltsdauer, wird für die Berechnung der Tageskomponente die Formel dahingehend verändert, dass die Berücksichtigung von Null-Tagesaufenthalten entfällt. Dies führt zur Berücksichtigung der notwendigen Kosten bzw. erhöhtem Aufwand pro Behandlungstag. Ab dem LKF-Modell 2017 werden die Tageskomponenten mit jenen Belagstagen des Patienten multipliziert, die unter der definierten Belagstage der zugeordneten LDF-Pauschale liegen. Dieses Ergebnis wird in weiterer Folge, durch die Belagsdaueruntergrenze der

zugeordneten LDF-Pauschale dividiert. In der Vergangenheit wurden Zähler und Nenner dieser Division, mit dem Faktor eins erhöht, um Fälle von Null-Tagesaufenthalten zu berücksichtigen. Infolge der Aufnahme des spitalsambulanten Modells, entfallen zukünftig Null-Tagesaufenthalte im stationären Bereich (BMG 2016f, S. 22ff.).

Bei der Überarbeitung der LDF-Fallpauschalen konzentrierte man sich darauf ein LKF-Modell zu schaffen, welches für die Folgejahre nur gering verändert werden muss. Weitere Kernthematiken waren die Abstimmung mit dem spitalsambulanten LKF-Modell und die Einarbeitung der Ergebnisse der LKF-Nachkalkulationen. Im Hinblick auf eine möglichst konstante Kontinuität der LKF-Modelle entschied man sich, Änderungen innerhalb der unterschiedlichen Gruppen zu fokussieren und von gruppenübergreifenden Adaptionen abzusehen. Sowohl im Bereich der MEL-Gruppen als auch im Bereich der HDG-Gruppen wurden die Belagsdauerwerte, wie bereits erwähnt, aktualisiert. Darüber hinaus wurde die Gruppierung der Patienten nach ihrem Alter überarbeitet. Ab dem LKF-Modell 2017 steht eine größere Anzahl an Altersgruppen zu Verfügung. Dies führt vor allem im Bereich der HDG-Gruppen zu zahlreichen Veränderungen auf Ebene der Fallpauschalen (BMG 2016f, S. 23f.).

Im LKF-Modell existieren einige wenige Sonderbereiche mit tageweiser Bepunktung, die einer speziellen Abrechnungsmethodik unterliegen. Als Abrechnungsbasis in diesen Bereichen dient eine fixierte Punkteanzahl pro Behandlungstag. Diese Bereiche unterliegen neben dieser eigenen Methodik speziellen Voraussetzung in Bezug auf Ausstattung und Personal. Eines dieser Kriterien ist die Mindestpersonalausstattung. Diese diente bis zum LKF-Modell 2017 als Basis für die Berechnung der LKF-Punkte. Mit der LKF-Systementwicklung 2017 wurde statt einer Mindestquote die tatsächliche Personalausstattung als Basis herangezogen. Aufgrund dieser Veränderung der Berechnung unterliegen LKF-Punkte in diesen Sonderbereichen einer erheblichen Steigerung im Vergleich zum Vorjahr, wie in Tabelle 19 ersichtlich. Der Bereich „Remobilisation/Nachsorge (RNS)“ weist mit 81 % die größte Steigerung auf, daraus kann abgeleitet werden, dass in diesem Fall die Mindestpersonalanzahl erheblich von der tatsächlichen Anzahl abweicht (BMGF 2016f, S. 17ff.; BMASGK 2010a, S.35).

<b>Sonderbereich</b>	<b>LKF-Punkte 2017</b>	<b>Veränderung in % zum LKF-Modell 2016</b>
<b>Palliativmedizinischen Einrichtungen</b>	686	42 %
<b>Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)</b>	385	37 %
<b>Remobilisation/Nachsorge (RNS)</b>	303	81 %
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Behandlungsform I (Intensive Behandlung)</b>	661	30 %
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Behandlungsform A (Allgemeine Behandlung)</b>	619	35 %
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Behandlungsform E (Eltern/Kind)</b>	650	37 %
<b>Akutnachbehandlung neurologischer Patienten, Stufe B</b>	644	27 %
<b>Akutnachbehandlung neurologischer Patienten, Stufe C</b>	423	39 %

**Tabelle 19:** Aufstellung der LKF-Bepunktung in den Sonderbereichen 2017

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: BMG 2016f, S. 18)

Darüber hinaus liegen für die Festsetzung der Bepunktung weiterer Sonderbereiche auf Ebene der MEL-Gruppen empirische Daten vor. Bis zu diesem Modell wurden Daten für die Bepunktung geschätzt bzw. statistisch berechnet. Diese Veränderung in der Basis der Punktfestsetzung führt zu erheblichen Abweichungen der Punkte. Vor allem tagesklinische medizinischen Einzelleistungen, wie beispielsweise tagesklinische Behandlungen in der Abteilung Psychiatrie sind hiervon betroffen. Aufgrund der Berücksichtigung empirischer Daten ist die Basis für die Bepunktung dieses Sonderbereich gleichgesetzt mit der Bepunktung weiterer Sonderbereich, Behandlungen auf Intensivstationen, im Rahmen des LKF-Systems (BMGF 2016f, S. 18ff.).

## **Adaptionen im Bereich Intensivmodell**

Der Bereich Intensivbehandlungen unterliegt speziellen Abrechnungsregelungen. Grundsätzlich gibt es Intensivüberwachungseinheiten und drei unterschiedliche Stufen von Intensivbehandlungseinheiten. Jede dieser Einheiten unterliegt speziellen Anforderungen wie die Minimumanzahl an Betten und erhält für die Erfüllung dieser Anforderungen Zusatzpunkte pro Tag. Im Zuge der Überarbeitung wird die Einteilung der Intensiveinheiten flexibilisiert. Diese wird in der Regel aufgrund der dokumentierten TISS-Werte getroffen. Einzelentscheidungen können durch die Gesundheitsplattform getroffen werden. Ein weiteres Ziel ist es, die Dokumentation innerhalb der Überwachungs- und Behandlungseinheiten gleich zu gestalten. Wird diese spezielle Form der Dokumentation geführt, wird die Bepunktung aufgrund des flexiblen Modells berechnet. Bei Vorliegen keiner vergleichbaren Dokumentation, erfolgt die Bepunktung aufgrund eines eigenen Basiswertes (BMGF 2016f, S. 27f.).

## **Abrechnung von Aufenthalten mit mehreren MEL -Gruppen**

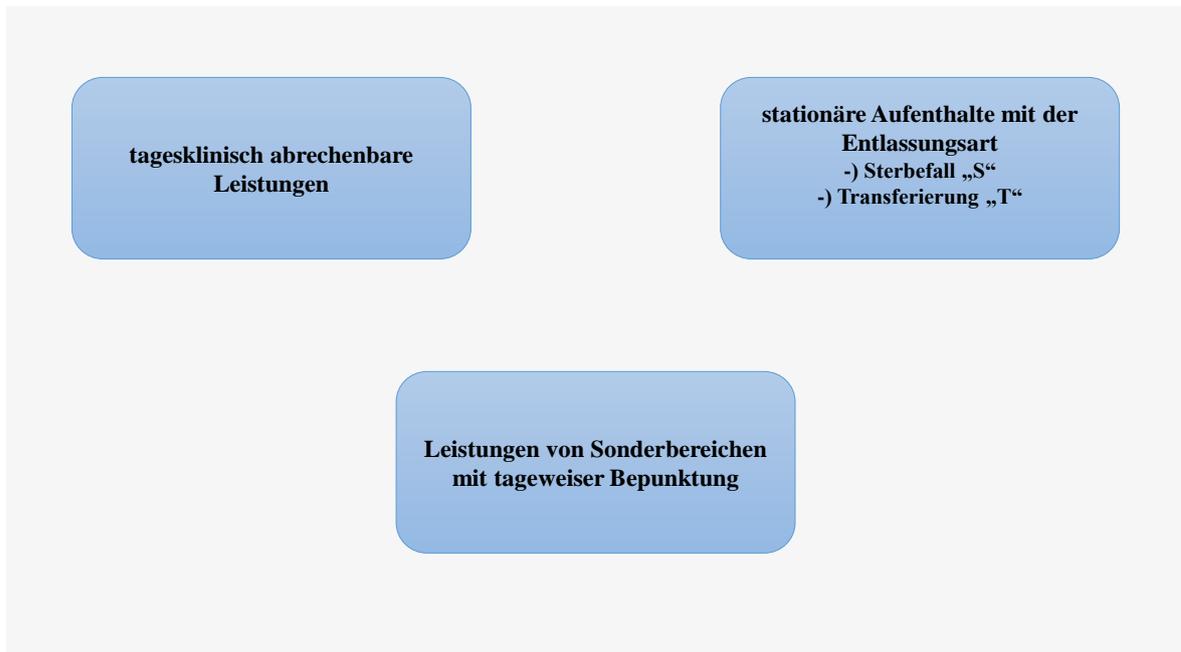
Im Falle von Aufenthalten in Verbindung mit mehreren Leistungen, die unterschiedlichen MEL-Gruppen zugeordnet sind, wurde bis zum LKF-Modell 2017 jene Pauschale ausgewählt, welche die höchsten Gesamtpunkte für diesen stationären Aufenthalt ergibt. Die Auswahl der MEL-Gruppe basierte neben der Leistung auch auf den Belagsdauerwerten. Aufgrund dessen ergaben sich unterschiedliche Ergebnisse für idente Konstellationen von MEL-Gruppen. Um eine bessere Vergleichbarkeit und Transparenz zu gewährleisten, wird ab dem LKF-Modell 2017 jene Fallpauschale gewählt, welche die höchste Leistungskomponente aufweist (BMGF 2016f, S. 32).

## **Erweiterung des LKF-Systems um den spitalsambulanten Bereich**

Der Aufbau des ambulanten LKF-Modells stand unter der Prämisse eine Möglichkeit zu schaffen, die Anzahl von medizinisch nicht notwendigen, Null- und Ein-Tagesaufenthalten zu reduzieren. Aufgrund dessen war es essenziell, die Abrechnung spitalsambulanter Leistungen vergleichbar zu jenen im stationären Bereich zu gestalten (BMGF 2016a, S. 4).

Die Abrechnung von Leistungen für spitalsambulante Behandlungen basiert auf der Größe eines ambulanten Besuches. Ein ambulanter Besuch bedeutet ein Kontakt eines Patienten pro Kalendertag, im spitalsambulanten Bereich und besteht aus Leistungspunkten und Kontaktpunkten. Die Leistungspunkte beinhalten die Bepunktung von Leistungen, die definierten Gruppen zugeordnet werden können. Vergleichbar hierzu, gibt es im stationären Bereich die Leistungskomponente. Leistungen, die keinen Gruppen zugeordnet werden können, werden durch die Kontaktpunkte abgegolten (vergleichbar hierzu im stationären Bereich die Tageskomponente). Wie im stationären Bereich die MEL- und HDG-Gruppen existieren im spitalsambulanten Bereich ebenfalls zwei Typen von Gruppen. Die ambulanten Pauschalgruppen werden pro Besuch einmal verrechnet. Die Abrechnung der ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen basiert auf der Anzahl der erbrachten Leistungen. All diese Gruppen beinhalten die Komponenten der Leistungspunkte und Kontaktpunkte. Darüber hinaus werden zur Erstellung und Untersuchung von Statistiken ambulante Kontakte dokumentiert. Diese Größe beschreibt jeden Kontakt eines spitalsambulanten Patienten mit einer Kostenstelle bzw. einem Funktionsbereich (BMGF 2016a, S. 7ff.; BMG 2010a, S. 16f.).

Ein zentraler Aspekt der Weiterentwicklung des LKF-Modells ist die Zuordnung von Null-Tagesaufenthalten. Ab dem LKF-Modell 2017 werden diese grundsätzlich im spitalsambulanten LKF-Modell abgerechnet. Ausnahmen hiervon sind in Abbildung 20 dargestellt. Hierzu zählen Leistungen des Tagesklinikcataloges, stationäre Aufenthalte mit Entlassungsarten, Sterbefall und alle Patienten mit Transferierung sowie Aufenthalte in Sonderbereichen mit tagesweiser Bepunktung, wie beispielsweise der Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Leistungen werden zukünftig weiterhin stationär abgerechnet. Innerhalb der zweijährigen Übergangsphase von 2017 bis 2018 wird auf Länderebene entschieden, in welchem Bereich halbstationäre Behandlungen welche tagesweiser erfolgen und die die onkologische Pharmakotherapie (MEL 22) abgerechnet werden. Ab 1. Jänner 2019 werden die Bereiche gänzlich im Rahmen des spitalsambulanten LKF-Modells abgerechnet (BMGF 2016a, S. 11ff.; BMGF 2016b, S. 23ff.; BMGF 2016f, S. 29ff).



**Abbildung 20:** Null-Tagesaufenthalte im stationären Bereich des LKF-Systems

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMGF 2016f, S. 29)

Nach Ende der Übergangsphase von 2017 bis 2018 werden die Bereiche der halbstationären Behandlungen und Behandlungen mit Arzneimitteln im Bereich der Onkologie (MEL 22) bundesweit in den spitalsambulanten Bereich integriert. Darüberhinausgehende Null-Tagesaufenthalte fallen zukünftig in den Zuständigkeitsbereich des spitalsambulanten Modells. Hierzu zählen beispielsweise Chemotherapien, Strahlentherapien, Dialyse und Endoskopien. Im Rahmen der Übergangsphase können diese Leistungen sowohl spitalsambulant als auch stationär abrechnet werden. Eine stationäre Abrechnung ist allerdings mit einer Punktereduktion verbunden. Bis auf einzelne Ausnahmen erhalten diese Meldungen eine fixe Tageskomponente von 30 Punkten. Im Bereich der MEL-Gruppen wird zu dieser Tageskomponente die entsprechende Leistungskomponente hinzugerechnet. Im Bereich der HDG-Gruppen erfolgt keine Hinzurechnung. Diese Regelung dient zur Vereinfachung und zur Reduktion von Korrekturmeldungen (BMGF 2016a, S. 11ff.; BMGF 2016b, S. 23ff.; BMGS 2016f, S. 29ff.).

Bei Betrachtung der beiden Bereiche ist die Zielsetzung der möglichst einheitlichen Bepunktung bei Verschiebungen zu beachten. Allerdings ist diese Zielsetzung Grenzen unterlegen, speziell im Falle des LKF-Modells 2017, da dieses LKF-Modell den Beginn der Eingliederung des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-Modell darstellt. Im Bereich der

Diagnosen-Codierung gibt es Abweichungen zwischen den Bereichen. Im spitalsambulanten Bereich wird keine vollständige Codierung der Diagnosen mittels ICD-10 BMGF 2017 durchgeführt. Wobei die Kennzeichnung BMGF 2017 das zuständige Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und die Version des Jahres 2017 kennzeichnet. Die Verschiebungen im Bereich halbstationärer Behandlungen und Behandlungen mit Arzneimitteln im Bereich Onkologie (MEL 22) werden im Rahmen des LKF-Modells 2017 als Wahlmöglichkeit für die Bundesländer festgelegt (BMGF 2016a, S. 7ff.; BMGF 2016b, S. 13ff.; BMGF 2016d, S. 375ff.; BMGS 2016f, S. 29ff.).

## **6.2 LKF-Systementwicklung 2018**

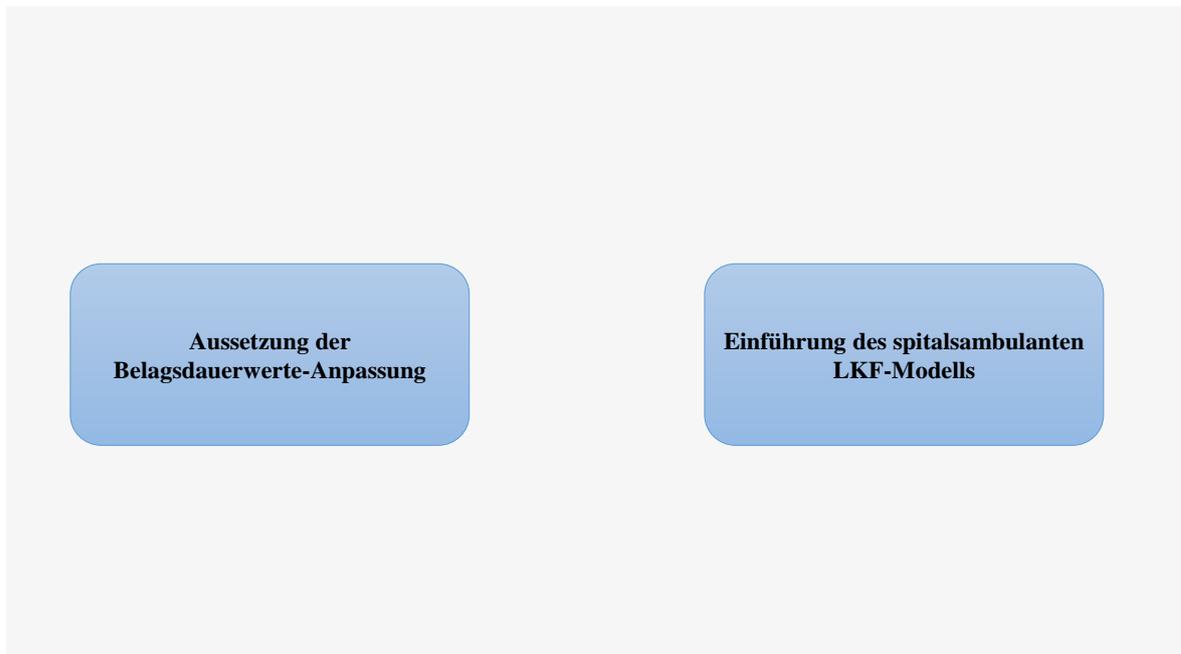
Abschnitt 6.2 beinhaltet die LKF-Systementwicklungen 2018. Zu Beginn dieses Abschnittes werden Änderungen der LDF-Pauschalen in den MEL- und HDG-Gruppen und in den ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen sowie in den ambulanten Pauschalgruppen erörtert.

Das LKF-Modell 2018 beinhaltet sowohl den stationären als auch den spitalsambulanten Bereich. Der stationäre Bereich besteht aus 202 MEL-Gruppen und 220 HDG-Gruppen. Insgesamt beinhalten die Gruppen 979 LDF-Pauschalen, hiervon gehören 448 Pauschalen zu den MEL-Gruppen und 531 zu den HDG-Gruppen. Der spitalsambulante Bereich besteht aus 37 ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen mit 65 Pauschalen und 81 ambulanten Pauschalgruppen mit 87 Pauschalen. Der spitalsambulante Bereich besteht aus insgesamt 152 Pauschalen. Das LKF-Modell 2018 besteht in Summe aus 1.131 Pauschalen. Die Veränderungen der Gruppen und Pauschalen ist in Tabelle 20 ersichtlich (BMGF 2017a, S. 8f.; BMGF 2017b, S. 3ff.).

	<b>LKF-Modell 2017</b>	<b>LKF-Modell 2018</b>	<b>Veränderung</b>
<b>Modell stationär</b>			
MEL-Gruppen	201	202	+1 Gruppe
LDF-Pauschalen in den MEL-Gruppen	445	448	+3 Pauschalen
HDG-Gruppen	220	220	unverändert
LDF-Pauschalen in den HDG-Gruppen	531	531	unverändert
Summe LDF-Pauschalen stationär	976	979	+3 Pauschalen
<b>Modell spitalsambulant</b>			
Ambulante medizinische Einzelleistungs-Gruppen (AMG)	36	37	+1 Gruppe
LDF-Pauschalen in den AMG	64	65	+1 Pauschale
Ambulante Pauschalgruppen (APG)	80	81	+1 Gruppe
LDF-Pauschalen in den APG	85	87	+2 Pauschalen
Summe LDF-Pauschalen ambulant	149	152	+3 Pauschalen

**Tabelle 20:** Veränderungen der Anzahl der Gruppen und Pauschalen von LKF-Modell 2017 zu LKF-Modell 2018  
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMGF 2016c, S. 8f.; BMGF 2016d, S. 3ff.; BMGF 2017a, S. 8f.; BMGF 2017b, S. 3ff.).

Im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2018 wurden im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen durchgeführt. Das Jahr 2018 wird als Wartungsjahr bezeichnet und dient zur Sammlung von Erkenntnissen. Aufgrund dessen wurden nur notwendige Adaptionen durchgeführt (BMGF 2017d, S. 12ff.). Abbildung 21 bildet zwei essenzielle Adaptionenmaßnahmen der LKF-Systementwicklung 2018 ab.



**Abbildung 21:** Essenzielle Adaptionenmaßnahmen im LKF-Modell 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMGF 2017d, S. 12ff.)

### **Aussetzung der Belagsdauerwerte-Anpassung und Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells**

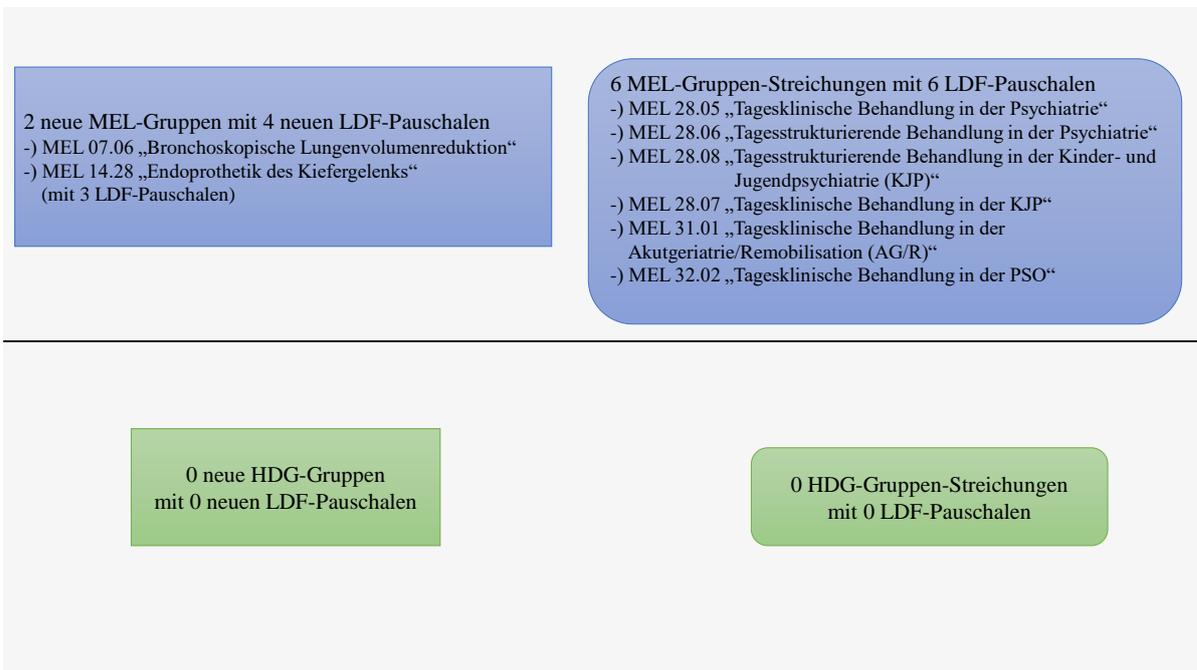
Aufgrund der weitreichenden Änderungen in den LKF-Modellen 2017 und 2019 wurde im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2018 auf eine ansonsten jährlich durchgeführte Wartung der Belagsdauerwerte verzichtet. Dies gilt ebenfalls für das spitalsambulante LKF-Modell, hier wurde bis auf Aufnahmen von Leistungen keine Adaptionen durchgeführt. Bis zur bundesweit einheitlichen Einführung erhalten die Bundesländer weiterhin eine Wahlmöglichkeit in Bezug auf die Einführung. Diese sind dazu verpflichtet, entweder das spitalsambulante LKF-Modell komplett umzusetzen oder Nebenrechnungen zu erstellen. Als einziges Bundesland setzte Kärnten bereits im Jahr 2017 das spitalsambulante LKF-Modell gänzlich um. Alle weiteren Bundesländer führen die Einbettung des spitalsambulanten LKF-Systems schrittweise durch (BMGF 2017d, S. 19ff.).

### **6.3 LKF-Systementwicklung 2019**

In Abschnitt 6.3 werden die Veränderungen des LKF-Modells 2019 im Vergleich zum Vorjahres LKF-Modell 2018 dargestellt. In einem ersten Schritt werden Veränderungen der LDF-Pauschalen in den MEL- und HDG-Gruppen sowie in den ambulanten Pauschalgruppen und den Gruppen der medizinischen Einzelleistungen beschrieben. Abschließend wird auf essenzielle strukturelle Veränderungen im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2019 näher eingegangen.

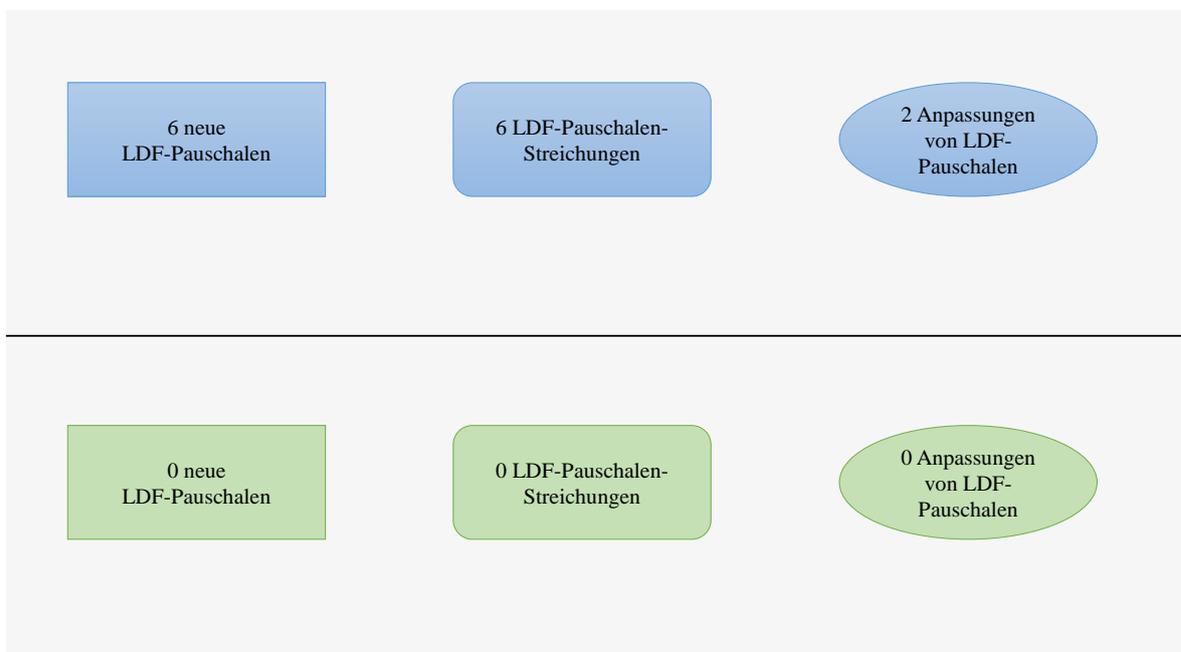
Das LKF-Modell 2019 beinhaltet die Bereiche der stationären und spitalsambulanten Versorgung. Das stationäre LKF-Modell besteht aus 198 MEL-Gruppen mit 448 LDF-Pauschalen und 220 HDG-Gruppen mit 531 LDF-Pauschalen. Insgesamt beinhaltet das stationäre LKF-Modell 979 LDF-Pauschalen. Das spitalsambulante LKF-Modell beinhaltet 156 LDF-Pauschalen. Hiervon werden 67 in 38 ambulante medizinische Einzelleistungs-Gruppen zusammengefasst. Darüber hinaus besteht das Modell aus 83 ambulante Pauschalgruppen mit 89 LDF-Pauschalen (BMASGK 2018b, S. 8; BMASGK 2018c, S. 3ff.).

Im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2019 wurden in beiden Bereichen zahlreiche Adaptierungen durchgeführt. Auf Seite der stationären Behandlungen wurden zwei MEL-Gruppen mit vier LDF-Pauschalen in das Modell aufgenommen. Weiters wurden sechs MEL-Gruppen mit sechs LDF-Pauschalen aus dem System entfernt. Diese Streichungen betreffen geplanten Null-Tagesaufenthalte im Rahmen des stationären LKF-Modells. Zukünftig sollen Null-Tagesaufenthalte von Patienten in den Fondkrankenanstalten über das spitalsambulante LKF-Modell abgerechnet werden. Im Bereich der HDG-Gruppen wurden, wie in Abbildung 22 ersichtlich, keine Veränderungen vorgenommen. Abbildung 23 stellt die Veränderungen der LDF-Pauschalen grafisch dar (BMASGK 2018d, S. 43ff.).



**Abbildung 22:** Änderungen MEL- und HDG-Gruppen im LK-Modell 2019

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 43ff.)



**Abbildung 23:** Änderungen LDF-Pauschalen im stationären LKF-Modell 2019

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 43ff.)

Neben den oben beschriebenen Streichungen und Neuaufnahmen im Bereich der MEL-Gruppen wurden zwei Pauschalen angepasst. Tabelle 21 zeigt die betroffenen Mel-Gruppen und LDF-Pauschalen (BMASGK 2018d, S. 43ff.).

<b>Bereich der MEL-Gruppen</b>	
<b>6 neue LDF-Pauschalen</b>	
MEL 07.06 „Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschale A
MEL 10.02 „Implantation eines Defibrillators“	LDF-Pauschale A
MEL 14.28 „Endoprothetik des Kiefergelenks“	Neue MEL-Gruppe & LDF-Pauschalen A bis C
MEL 22.14 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie – monoklonale Antikörper“	LDF-Pauschale H
<b>6 LDF-Pauschalen-Streichungen</b>	
MEL 28.05 „Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie“	Streichung der MEL-Gruppen & LDF-Pauschale A
MEL 28.06 „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie“	Streichung der MEL-Gruppen & LDF-Pauschale A
MEL 28.07 „Tagesklinische Behandlung in der KJP“	Streichung der MEL-Gruppen & LDF-Pauschale A
MEL 28.08 „Tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)“	Streichung der MEL-Gruppen & LDF-Pauschale A
MEL 31.01 „Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)“	Streichung der MEL-Gruppen & LDF-Pauschale A
MEL 32.02 „Tagesklinische Behandlung in der PSO“	Streichung der MEL-Gruppen & LDF-Pauschale A
<b>2 Anpassungen von LDF-Pauschalen</b>	
MEL 10.02 „Implantation eines Defibrillators“	LDF-Pauschale A wird zu LDF-Pauschale B
	LDF-Pauschale B wird zu LDF-Pauschale C

**Tabelle 21:** Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der MEL- Gruppen des LKF-Modells 2019

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 43ff.)

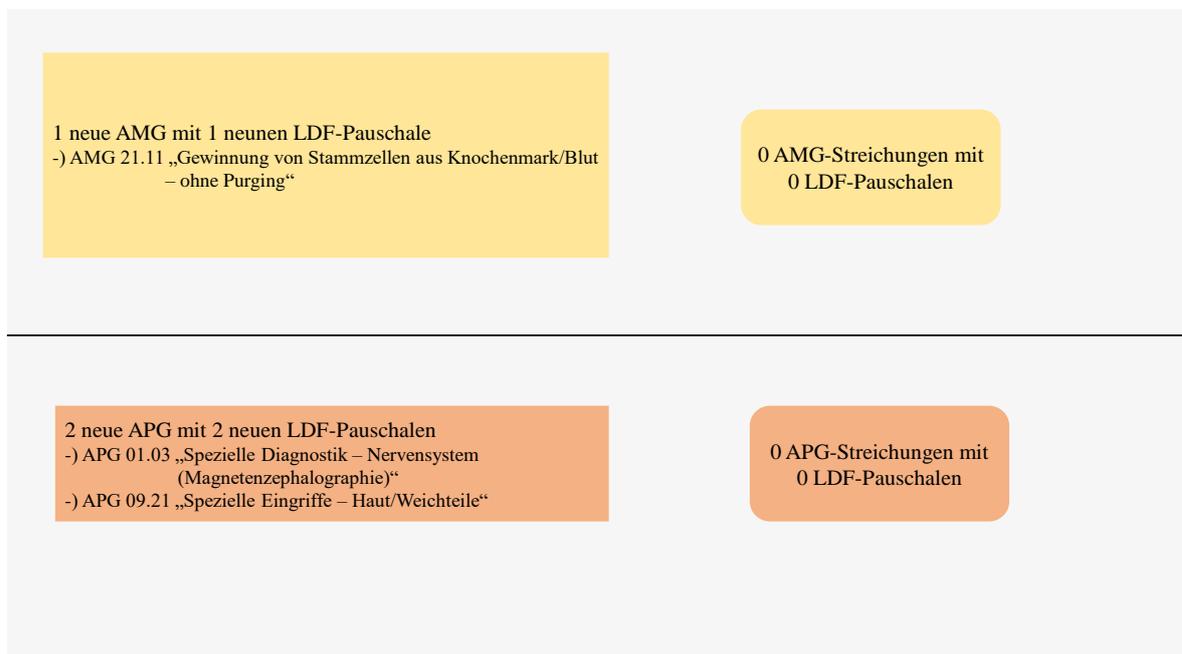
Genauere Betrachtungen der Veränderungen innerhalb des stationären Bereiches sind in Tabelle 22 dargestellt. Auf Ebene der LDF-Pauschalen sticht heraus, dass 93,97 % unverändert zum Vorjahresmodell weitergeführt werden. Weiters zeigt die Aufstellung, dass 2,25 % der Pauschalen erhöht und 2,35 % gesenkt wurden (BMASGK 2018d, S. 43ff.; BMASGK 2018b, S. 8).

	Gesamt	HDG- Gruppen	MEL- Gruppen	Gesamt in %	HDG- Gruppen in %	MEL- Gruppen in %
<b>LDF-Pauschale</b>						
Erhöhung	22	6	16	37,29 %	50,00 %	34,04 %
Senkung	23	6	17	38,98 %	50,00 %	36,17 %
Stagnation	0	0	0	0,00 %	0,00 %	0,00 %
strukturelle Änderungen	14	0	14	23,73 %	0,00 %	29,79 %
<b>LDF-Tageskomponente</b>						
Erhöhung	19	6	13	32,20 %	50,00 %	27,66 %
Senkung	21	6	15	35,59 %	50,00 %	31,91 %
Stagnation	5	0	5	8,47 %	0,00 %	10,64 %
strukturelle Änderungen	14	0	14	23,73 %	0,00 %	29,79 %
<b>LDF-Leistungskomponente</b>						
Erhöhung	3	0	3	5,08 %	0,00 %	6,38 %
Senkung	2	0	2	3,39 %	0,00 %	4,26 %
Stagnation	40	12	28	67,80 %	100,00 %	59,57 %
strukturelle Änderungen	14	0	14	23,73 %	0,00 %	29,79 %
<b>Belagsdaueruntergrenze</b>						
Erhöhung	16	5	11	27,12 %	41,67 %	23,40 %
Senkung	15	4	11	25,42 %	33,33 %	23,40 %
Stagnation	14	3	11	23,73 %	25,00 %	23,40 %
strukturelle Änderungen	14	0	14	23,73 %	0,00 %	29,79 %
<b>Belagsdauerobergrenze</b>						
Erhöhung	19	6	13	32,20 %	50,00 %	27,66 %
Senkung	21	6	15	35,59 %	50,00 %	31,91 %
Stagnation	5	0	5	8,47 %	0,00 %	10,64 %
strukturelle Änderungen	14	0	14	23,73 %	0,00 %	29,79 %
<b>Belagsdauermittelwert</b>						
Erhöhung	19	6	13	32,20 %	50,00 %	27,66 %
Senkung	21	6	15	35,59 %	50,00 %	31,91 %
Stagnation	5	0	5	8,47 %	0,00 %	10,64 %
strukturelle Änderungen	14	0	14	23,73 %	0,00 %	29,79 %
<b>MEL-Zuschlag</b>						
Erhöhung	3	0	3	5,08 %	0,00 %	6,38 %
Senkung	2	0	2	3,39 %	0,00 %	4,26 %
Stagnation	40	12	28	67,80 %	100,00 %	59,57 %
strukturelle Änderungen	14	0	14	23,73 %	0,00 %	29,79 %

**Tabelle 22:** Änderungen des LKF-Systems 2019 - LDF-Pauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze, -mittelwert und MEL-Zuschlag

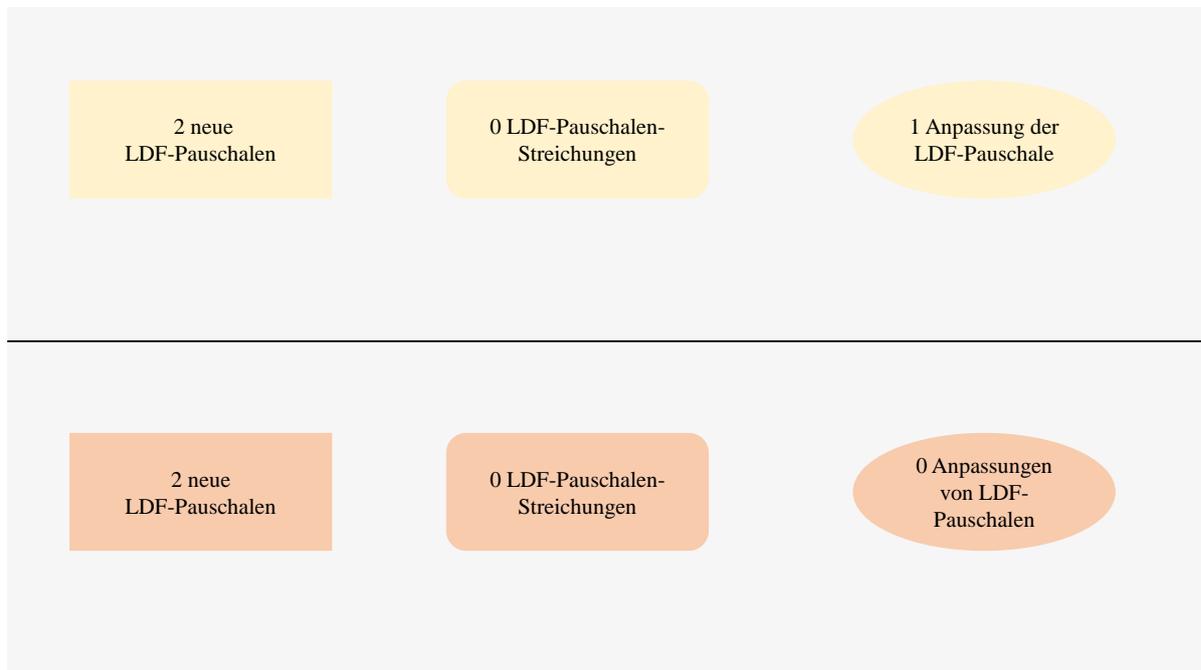
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 43ff.; BMASGK 2018b, S.8)

Das spitalsambulante LKF-Modell 2019 weist im Vergleich zum Vorjahr eine Neuaufnahme im Bereich der ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen (AMG) mit einer LDF-Pauschale und zwei ambulante Pauschalgruppen (APG) mit zwei LDF-Pauschalen auf. Wie in Abbildung 24 grafisch dargestellt wurden bei beiden Gruppen keine Streichungen vorgenommen (BMASGK 2018d, S. 43ff.).



**Abbildung 24:** Änderungen ambulante medizinische Einzelleistungs-Gruppen (AMG) und ambulante Pauschalgruppen (APG) im LKF-Modell 2019  
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 43ff.)

Weiters zeigt Abbildung 25 und Tabelle 23, dass auf Ebene der LDF-Pauschalen im Bereich der ambulanten medizinischen Einzelleistungsgruppen neben den bereits erläuterten Neuaufnahmen eine Anpassung durchgeführt. Im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2019 wurde die ambulante Einzelleistungsgruppe 21.26 „Onkologische Immuntherapie“ samt ihrer LDF-Pauschale A in die ambulante Einzelleistungsgruppe 21.27 „Onkologische Immuntherapie“ verschoben. Im Bereich der ambulanten Pauschalgruppen wurden neben den Neuaufnahmen keine weiteren Anpassungen auf Ebene der LDF-Pauschalen durchgeführt (BMASGK 2018d, S. 43ff.).



**Abbildung 25:** Änderungen LDF-Pauschalen im spitalsambulanten LKF-Modell 2019  
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 43ff.)

<b>Bereich der ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen (AMG)</b>	
<b>2 neue LDF-Pauschalen</b>	
AMG 21.11 „Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut – ohne Purgung“	Neue AMG & LDF-Pauschale A
AMG 21.14 „Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie – monoklonale Antikörper“	LDF-Pauschale H
<b>1 Anpassungen der LDF-Pauschale</b>	
AMG 21.27 „Onkologische Immuntherapie“	AMG 21.26 wird in AMG 21.27 umbenannt & Verschiebung der LDF-Pauschale A
<b>Bereich der ambulanten Pauschalgruppen (APG)</b>	
<b>2 neue LDF-Pauschalen</b>	
APG 01.03 „Spezielle Diagnostik – Nervensystem (Magnetenzephalographie)“	Neue APG & LDF-Pauschale A
APG 09.21 „Spezielle Eingriffe – Haut/Weichteile“	Neue APG & LDF-Pauschale A

**Tabelle 23:** Änderungen der LDF-Pauschalen im Bereich der ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen und der ambulanten Pauschalgruppen des spitalsambulanten LKF-Modells 2019  
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 43ff.)

Bei näherer Betrachtung des spitalsambulanten Bereiches zeigt sich ein ähnliches Bild im stationären Bereich, wie in Tabelle 24 ersichtlich. Bei Betrachtung des laufenden Jahres und des Vorjahres stagnieren 91,67 % der LDF-Pauschalen. Bei 3,21 % der Pauschalen wurde eine

Erhöhung vorgenommen. Eine Senkung liegt bei 1,28 % vor. Aufgrund von Neuaufnahmen wurden 3,85 % der LDF-Pauschalen angepasst (BMASGK 2018d, S. 43ff.; BMASGK 2018c, S. 3ff.).

	<b>Gesamt</b>	<b>AMG</b>	<b>APG</b>	<b>Gesamt %</b>	<b>AMG %</b>	<b>APG %</b>
<b>LDF-Pauschale</b>						
Erhöhung	5	5	0	38,46 %	45,45 %	0,00 %
Senkung	2	2	0	15,38 %	18,18 %	0,00 %
Stagnation	0	0	0	0,00 %	0,00 %	0,00 %
strukturelle Änderungen	6	4	2	46,15 %	36,36 %	100,00 %
<b>LDF-Kontaktpauschale</b>						
Erhöhung	3	3	0	23,08 %	27,27 %	0,00 %
Senkung	0	0	0	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Stagnation	4	4	0	30,77 %	36,36 %	0,00 %
strukturelle Änderungen	6	4	2	46,15 %	36,36 %	100,00 %
<b>LDF-Leistungspauschale</b>						
Erhöhung	2	2	0	15,38 %	18,18 %	0,00 %
Senkung	2	2	0	15,38 %	18,18 %	0,00 %
Stagnation	3	3	0	23,08 %	27,27 %	0,00 %
strukturelle Änderungen	6	4	2	46,15 %	36,36 %	100,00 %
<b>MEL-Zuschlag</b>						
Erhöhung	2	2	0	15,38 %	18,18 %	0,00 %
Senkung	2	2	0	15,38 %	18,18 %	0,00 %
Stagnation	3	3	0	23,08 %	27,27 %	0,00 %
strukturelle Änderungen	6	4	2	46,15 %	36,36 %	100,00 %

**Tabelle 24:** Änderungen des ambulanten LKF-Modells 2019 - LDF-Pauschale, Kontaktpunkte, Leistungspunkte und MEL-Zuschlag

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 43ff.; BMASGK 2018c, S. 3ff.)

Wie in Abbildung 26 ersichtlich, konzentrieren sich weitere Adaptionsmaßnahmen auf zwei Bereiche des spitalsambulanten LKF-Modells. Einer davon ist die Aktualisierung der Belagsdauerwerte. Diese Überarbeit ist notwendig, um aktuelle Entwicklungen im Bereich der Versorgung von stationären Patienten in den Fondkrankenanstalten in den Bereich der Abrechnung berücksichtigen zu können. Darüber hinaus endet mit diesem LKF-Modell die Übergangsphase der Implementierung des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-System. Ab 1. Jänner 2019 ist dieser Bereich bundesweit einheitlich anzuwenden. Dies führt zu einer besseren Basis für österreichweite Analysen. Die Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells hat zur Folge, dass Anreize für nicht medizinisch notwendige Null- und Ein-Tagesaufenthalte reduziert

werden. Da im Rahmen des spitalsambulanten Modells, Leistungen abgerechnet werden können, ohne einer stationären Aufnahme eines Patienten in einer Fondkrankenanstalt. Dies hat zur Folge, dass Ressourcen wie stationäre Betten optimaler genutzt werden (BMASGK 2018d, S. 20ff.).



**Abbildung 26:** Essenzielle Adaptionsmaßnahmen im LKF-Modell 2019

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 20ff.).

Essenzielle Adaptionsmaßnahmen sind einerseits notwendig, um das LKF-Modell an neue Erkenntnisse und Entwicklungen anzupassen. Hierzu dienen beispielsweise die Änderungen von Belagsdauerwerten und Tageskomponenten im stationären Bereich. Andererseits werden hierdurch etwaige Lücken geschlossen. Mit der Erweiterung des LKF-Modells auf den spitalsambulanten Bereich wurde eine große Lücke dahingehend geschlossen, um die Abrechnung Leistungen der Fondkrankenanstalten an Patienten möglichst einheitlich zu regeln. Um notwendige Anpassungen erkennen zu können, sind regelmäßige Überprüfung und Analysen der LKF-Modelle essenziell (BMASGK 2018d, S: 20ff.).

## **Anpassung der Belagsdauerwerte**

Im LKF-Modell 2018 wurde von einer Anpassung der Belagsdauerwerte abgesehen, daher erfolgte im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2019 eine nähere Betrachtung. Für die Berechnung der Tageskomponenten wird ab LKF-Modell 2019 eine veränderte Methodik angewendet. Diese bezieht die Pflage tage als ausschlaggebende Größe mit ein, zuvor basierte die Berechnung auf der Größe von Belagstagen. Bei Berechnung mittels Pflage tage wird zusätzlich zu den Belagstagen der Aufnahme tag miteinberechnet. Aufgrund dessen werden die Punkte auf einen zusätzlichen Tag aufgeteilt. Dies führt zu einer geringeren Veränderung bei Verringerung der Tage. Weiters wird eine lineare Anpassung der LKF-Punkte je Pflage tag angewendet. Zu beachten ist, dass die Anzahl der Pflage tage nur für die Berechnung der Tageskomponente herangezogen wird, für weitere Berechnungen wird wie bisher die Größe Belagstag herangezogen (BMASGK 2018d, S. 20ff.).

Von dieser Adaption der Berechnung sind folgende acht LDF-Pauschalen im Bereich von fünf MEL-Gruppen ausgenommen:

1. MEL 01.12 „Implantation von Elektroden zur Epilepsiediagnostik“  
(LDF-Pauschale A)
2. MEL 01.15 „Implantation eines Impulsgenerators am Nervensystem“  
(LDF-Pauschale A)
3. MEL 08.10 „Implantation eines Systems zur extrakorporalen Membranoxygenierung [ECMO]“ (LDF-Pauschale A)
4. MEL 25.08 „Konventionelle Teletherapie“ (LDF-Pauschale A bis C)
5. MEL 25.09 „Intensitätsmodulierte Teletherapie und stereotaktische Radiochirurgie“  
(LD-Pauschale A und C) (BMASGK 2018d, S. 22).

Diese unterliegen, wie bisher, einer linearen Anpassung mit Belagstage als Basisgröße. Als Basiszahlen für die Anpassung der Belagsdauerwerte und Tageskomponenten dienen die Werte aus den Jahren 2015 bis 2017, bepunktet mit den aktuellen Punkten des LKF-Systems 2017 (BMASGK 2018d, S. 20ff.).

## Bundesweite Umsetzung des spitalsambulanten LKF-Bereiches

Mit dem LKF-Modell 2019 endet die Übergangsphase im Zusammenhang mit der Implementierung des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-System. Dies bedeutet eine bundesweit einheitliche, gänzliche Umsetzung des spitalsambulanten LKF-Bereiches. Wie bereits oben beschrieben ist vor allem die Abrechnungsregelungen von Null-Tagesaufenthalte und halbstationären Leistungen betroffen. Der Bereich der halbstationären Behandlung wird in den spitalsambulanten Bereich übernommen. Hier wird die Bepunktung des stationären Modells übernommen. Der Bereich der Abrechnung von Null-Tagesaufenthalte gestaltet sich hingegen komplizierter. Grundsätzlich fallen Null-Tagesaufenthalte in den spitalsambulanten Bereich. In Ausnahmefällen oder im Zusammenhang mit einer reduzierten Bepunktung können Null-Tagesaufenthalte weiterhin stationär abgerechnet werden, diese sind in Tabelle 25 ersichtlich (BMASGK 2018d, S. 23ff.).

<b>Abrechnung von Null-Tagesaufenthalten im stationären LKF-Modell 2019</b>	
<b>Nach den Tagesklinikmodell</b>	Spezielle Bepunktungsregelungen
<b>NTA mit Entlassungsart „S“ oder „T“</b>	Fixe TK in Höhe von 490 LKF-Punkten
<b>NTA in der Onkologie (MEL22)</b>	Fixe TK in Höhe von 235 LKF-Punkten
<b>NTA in anderen MEL-Gruppen</b>	Fixe TK in Höhe von 30 LKF-Punkten
<b>NTA mit Entlassungsart „gegen Revers“</b>	Fixe TK in Höhe von 30 LKF-Punkten
<b>NTA in Sonderbereichen mit tagesweiser Abrechnung</b>	Spezielle Bepunktungsregelungen
<b>NTA im Zusammenhang mit speziellen Leistungen</b>	TK in Höhe von 30 LKF-Punkten 50 % der entsprechenden Leistungskomponente
<b>Sonstige Null-Tagesaufenthalte</b>	Pauschale von 30 Punkten

**Tabelle 25:** Abrechnung von Null-Tagesaufenthalten im stationären LKF-Modell 2019

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMASGK 2018d, S. 23ff.)

Wird eine Leistungsposition nach dem Tagesklinikatlog erbracht, erfolgt die Abrechnung im stationären Bereich. Eine tagesklinische Behandlung geht in der Regel mit einer Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag einher. Erfolgt lediglich eine tagesklinische Leistung, wird diese nach den speziellen Bepunktungsregelungen als ein Ein-Tagesfall stationär abgerechnet. Eine ähnliche spezielle Regelung gilt für Null-Tagesaufenthalte in Zusammenhang mit Leistungen

von Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung. Hierzu zählen beispielsweise Bereiche wie Onkologie, palliative Versorgung, sowie Nachsorge und Remobilisation. Hier werden spezielle Regelungen, betreffend der Bepunktung angewendet (BMASGK 2018d, S. 23ff.).

Eine weitere Kategorie der stationär abrechenbaren Null-Tagesaufenthalte steht in Verbindung mit fix festgesetzten Tageskomponenten. Hierzu zählen beispielweise Null-Tagesaufenthalte in Verbindung mit der Entlassungsart „S“ für Sterbefall und „T“ für den Transfer eines Patienten in eine andere Krankenanstalt. Diese werden mit einer fixen Tageskomponenten in der Höhe von 490 LKF-Punkten abgerechnet. Die Leistungskomponente wird aufgrund der zugeordneten LDF-Gruppe berücksichtigt. Grundsätzlich gilt diese Regelung ebenso für NTA im Zusammenhang mit Arzneimittelbehandlungen in der Onkologie (MEL 22). Für diese speziellen Null-Tagesaufenthalte wurde eine Tageskomponente von 235 LKF-Punkten festgesetzt. Wird ein Null-Tagesaufenthalt in Zusammenhang mit einer anderen MEL-Gruppe dokumentiert, wird eine Tageskomponente von 30 LKF-Punkten abgerechnet. Gleiches gilt für Null-Tagesaufenthalte mit der Entlassungsart „gegen Reverse“. Einige wenige Leistungen werden mit einer fixen Tageskomponente von 30 LKF-Punkten und einer um 50 % reduzierten Leistungskomponente abgerechnet. Werden Null-Tagesaufenthalte in Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung dokumentiert, werden diese entsprechend der jeweiligen Sonderregelungen abgerechnet. Für einige wenige Leistungen mit einer Leistungseinheit je Sitzung besteht eine Sonderregelung mit einer Abrechnung der Tageskomponente in Höhe von 30 LKF-Punkten und einer um 50 % reduzierten Leistungskomponente (BMASGK 2018d, S. 23ff.).

Hierzu zählen die Leistungen folgende Leistungen:

1. „Photodynamische Therapie der Makula
2. Intravitreale Injektionen mit Anti-VEGF
3. Bronchoskopie
4. Koloskopie mit Polypektomie
5. und Stereotaktische Mammabiopsie“ (BMASGK 2018d, S. 23ff.).

Alle weiteren Null-Tagesaufenthalte fallen unter die Abrechnungsmethodik des spitalsambulanten Bereiches. Aufgrund dessen werden diese bei Dokumentation als stationäre Leistung mit einer Pauschale von 30 LKF-Punkten abgerechnet (BMASGK 2018d, S. 23ff.).

Das spitalsambulante LKF-Modell selbst bleibt bis auf wenige Aufnahmen von Leistungen im Vergleich zu den Vorjahren unverändert. Weitere Adaptionen werden in den nächsten Jahren aufgrund von Erfahrungen erfolgen. Die Vorgangsweise für die Berechnung der LKF-Punkte wurde präziser formuliert. Als Basis für die Abrechnung dient die Basispauschale (APG 00.00) „Ambulanter Kontakt ohne codierte Leistung“. Diese ambulante Pauschalgruppe beinhaltet drei unterschiedliche LDF-Pauschalen. Pauschale A dient zu Abrechnung von spitalsambulanten Leistungen der klinische Fächer wie Radiologie, Labor, Pathologie oder physikalischen Therapien verwendet. Hier werden fünf Kontaktpunkte abgerechnet. Mit 40 Kontaktpunkten berücksichtigt die LDF-Pauschale B den erhöhten Aufwand, der in Zusammenhang mit spitalsambulanten Leistungen an Patienten mit einem Alter zwischen Null und 14 Jahren entsteht. Alle weiteren Fälle ohne codierte Leistung werden unter der LDF-Pauschale C mit 25 Kontaktpunkte abgerechnet. Bei Abrechnung der Basispauschale (APG 00.00) ist die Anzahl der abgerechneten Kontaktpunkte gleich der Anzahl an Gesamtpunkten, das aufgrund der nicht codierten Leistung keine Leitungspunkte abgerechnet werden können. Die Basispauschale (APG 00.00) wird abgerechnet falls keine Leistung dokumentiert wurden, bzw. eine geringere Anzahl an Punkte aufgrund der bereits beschriebenen Vorgangsweise abgerechnet werden würde (BMASGK 2018d, S. 23ff.; BMASGK 2018e, S. 16f.).

## 6.4 Zusammenfassung

Im Zentrum der LKF-Systementwicklungen der Jahre 2017 bis 2019 liegt die Einbettung des spitalsambulanten LKF-Bereiches in die Abrechnung des LKF-Systems. Ab dem LKF-Modell 2017 werden als Basis für die Abrechnung, neben den MEL- und HDG-Gruppen für den stationären Bereich, die ambulante medizinische Einzelleistungs-Gruppe und ambulante Pauschalgruppe für den spitalsambulanten Bereich angewendet. Die Veränderungen der Gruppen und Pauschalen ist in Tabelle 26 dargelegt. Speziell im Jahr 2017 ist eine hohe Anzahl an Streichungen im Bereich der MEL- und HDG-Gruppen festzustellen, diese resultieren aus der Aufnahme der ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen und ambulante Pauschalgruppen (BMG 2016e, S. 29ff.).

	<b>MEL-Gruppen</b>	<b>HDG-Gruppen</b>	<b>Ambulante medizinische Einzelleistungs- Gruppe</b>	<b>Ambulante Pauschalgruppe</b>
<b>2017</b>	9 MEL-Gruppen- Streichungen 17 LDF- Pauschalen- Streichungen	2 neue HDG-Gruppen 23 LDF-Pauschalen- Streichungen	36 neue AMG 64 neue LDF- Pauschalen	80 neue APG 85 neue LDF- Pauschalen
<b>2018</b>	1 neue MEL-Gruppe 3 neue LDF- Pauschalen	keine Veränderungen	1 neue AMG 1 neue LDF- Pauschale	1 neue APG 2 neue LDF- Pauschalen
<b>2019</b>	2 neue MEL-Gruppen 6 MEL-Gruppen- Streichungen 6 neue LDF- Pauschalen 2 Anpassungen von LDF-Pauschalen	keine Veränderungen	1 neue AMG 2 neue LDF- Pauschalen 2 Anpassungen von LDF- Pauschalen	2 neue APG 2 neue LDF- Pauschalen

**Tabelle 26:** Veränderungen der MEL-, HDG-Gruppen und LDF-Pauschalen in den LKF-Modellen 2017 bis 2019

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2015a, S. 7f.; BMGF 2016c, S. 8; BMGF 2016d, S. 3ff.; BMGF 2016c, S. 8f.; BMGF 2016d, S. 3ff.; BMGF 2017a, S. 8f.; BMGF 2017b, S. 3ff.; BMASGK 2018d, S. 43ff.; BMASGK 2018d, S. 43ff.)

Die Systementwicklungen des LKF-Modells 2017 beinhalten die größte Veränderung im Rahmen der in dieser Arbeit untersuchten Jahre. Mit diesem Modell wird das System in Bezug auf spitalsambulante Behandlungen erweitert. Die Berücksichtigung von spitalsambulanten Behandlungen reduziert die Anreize von medizinisch nicht notwendigen stationären Aufenthalten.

Als Basis für die Abrechnung dient ein ambulanter Besuch. Ab dem LKF-Modell 2017 bis zum LKF-Modell 2019 erstreckte sich eine Übergangsphase, während dieser die Bundesländer den spitalsambulanten LKF-Bereich vollständig oder schrittweise einführen konnten. Ab dem LKF-Modell 2019 ist dieser Bereich bundesweit einheitlich umzusetzen (BMGF 2016a, S. 7ff.; BMGF 2016e, S. 29).

Im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2018 wurde auf eine Anpassung der Belagsdauerwerte verzichtet, da im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2017 weitreichende Veränderungen durchgeführt worden sind. Die Sammlung von Erkenntnissen stand im LKF-Modell 2018 im Zentrum. Diese fließen in die Systementwicklung und in weiterer Folge in die bundesweit endgültige Einführung bzw. Umsetzung des spitalsambulanten Bereiches ein. Den Bundesländern wurde wie im Vorjahr eine schrittweise Einführung ermöglicht. Allein das Bundesland Kärnten führte bereits im Jahr 2017 das spitalsambulante Modell gänzlich ein (BMGF 2017d, S. 12ff.).

Mit dem LKF-Modell 2019 wurde der spitalsambulante Bereich gänzlich in das LKF-System eingebunden. Aufgrund dessen und der Tatsache, dass im Jahr 2018 auf keine Anpassung der Belagsdauerwerte erfolgte, beinhaltet die Systementwicklung 2019 erhebliche Veränderungen. Weiters wurde für die Berechnung der TK die Kennzahl Pflage-tag herangezogen. Nur in Ausnahmefällen ist es ab dem LKF-Modell 2019 möglich, Null-Tagesaufenthalte stationär ohne Punkteabzug abzurechnen. Diese Entwicklung reduziert den Anreiz zur Dokumentation von Null-Tagesaufenthalten im stationären Bereich und stärkt daher die Verwendung des spitalsambulanten Bereiches. Abschließend werden die elementarsten Veränderungen der LKF-Modelle 2017 bis 2019 in Tabelle 27 zusammengefasst (BMSGK 2018d, S. 20ff.).

<b>Modelljahr</b>	<b>Essenzielle strukturelle Veränderungen</b>
<b>2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adaptionen der Belagsdauerwerte &amp; Bepunktung</li> <li>○ Überarbeitung des Intensivmodells</li> <li>○ Abrechnung von Aufenthalten mit mehreren MEL-Gruppen</li> <li>○ Einführung des spitalsambulanten Bereichs: Abgrenzung und Abrechnung von Null-Tagesaufenthalte</li> </ul>
<b>2018</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aussetzung der Anpassung der Belagsdauerwerte</li> <li>○ Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells</li> </ul>
<b>2019</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verzicht auf Anpassung der Belagsdauerwerte</li> <li>○ Bundesweite Umsetzung des spitalsambulanten LKF-Bereiches</li> </ul>

**Tabelle 27:** Essenzielle strukturelle Veränderungen der LKF-Modelle 2017 bis 2019

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMGF 2016a, S. 7ff.; BMGF 2016e, S. 29; BMGF 2017d, S. 12ff.; BMASGK 2018d, S. 20ff.)

Basierend auf den beschriebenen Adaptionenmaßnahmen der LKF-Modelle ist erkennbar, dass mit dem LKF-Modell 2017 eine große Veränderung durchgeführt wurde. Durch die Erweiterung des LKF-Modells auf den spitalsambulanten Bereich wurde die Patientenabrechnung der Fondkrankenanstalten einheitlicher gestaltet. Aufgrund dieser weitreichenden LKF-Systementwicklung wurde in den Folgejahren auf Anpassungen soweit dies möglich ist verzichtet. Dennoch gleichen sich die LKF-Systeme der einzelnen Jahre nicht. Aus Analysen der LKF-Modelle können Erkenntnisse für das Verständnis dieses Systems und für zukünftige Entscheidungen gezogen werden.

## **7 Kritische Betrachtung der LKF-Kernbereiche**

In Abschnitt 7.1 wird die Vergleichbarkeit der Kernbereiche der unterschiedlichen LKF-Modelle erörtert. Abschnitt 7.2 schließt dieses Kapitel und die Betrachtung des LKF-Kernbereiches mit einer Beschreibung von offenen Punkten und einen Ausblick ab.

### **7.1 Vergleichbarkeit der LKF-Modelle**

Das LKF-System wird jährlich weiterentwickelt bzw. überarbeitet. Die Notwendigkeit dieser Systementwicklungen, ergeben sich aus Erfahrungen durch die Anwendung des Systems. Aus diesem Grund handelt es sich um ein selbstlernendes und ständig wachsendes System. Dies ist aufgrund ständiger Veränderungen in unterschiedlichen Behandlungsformen und medizinischen Erkenntnissen notwendig. Andererseits resultiert daher ein System, welches über die Jahre nicht vergleichbar ist (BMASGK 2018a, S. 16ff.).

Neben strukturellen Veränderungen werden in Österreich die Fallpauschalen, sowie die Belagsdauerwerte jährlich angepasst. Bei Betrachtung der in dieser Arbeit begutachteten LKF-Kernbereiche Jahre 2011 bis 2019, sind die laufenden Weiterentwicklungen erkennbar. Wird dennoch ein Vergleich der Kernbereiche angestrebt, müssen relevante Daten umgerechnet bzw. für einen Vergleich adaptiert werden. Eine einschneidende Veränderung bildet hierbei die Aufnahme des spitalsambulanten Modells ins LKF-System im Jahr 2017 ab. Die LKF-Kernbereiche 2017 bis 2019 sind kaum vergleichbar mit dem Vorjahresmodellen (BMASGK 2018a, S. 21ff.).

Durch die bereits beschriebenen jährlichen LKF-Modellwartungen ist eine Vergleichbarkeit kaum möglich. Am ehestens können die LKF-Modelle 2017 und 2018 verglichen werden. Da im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2018 kaum Adaptionsmaßnahmen durchgeführt wurden. Auch auf Belagsdaueranpassungen und mit diesen einhergehenden Anpassungen der Tageskomponenten wurde verzichtet. Weiters sind geringe Veränderungen im Bereich der MEL-Gruppen sowie der spitalsambulanten Gruppen erkennbar (BMGF 2017d, S. 12ff.).

Bei Konzentration auf strukturelle Veränderungen und außer Acht lassen der Komponenten Belagsdaueranpassungen, Aufnahmen von neuen Gruppen und Leistungen sowie Anpassungen der Fallpauschalen, sind die LKF-Modelle 2014 bis 2016 und die LKF-Modelle 2017 und 2018 vergleichbar (BMASGK 2018a, S. 21ff.). Die LKF-Systementwicklung 2015 konzentrierte sich auf jährlich notwendige Wartungsarbeiten, wie eine Anpassung der Belagsdauerwerte (BMG 2014b, S. 19ff.; BMG 2014c, S. 22). Dies wurde im LKF-Modelljahr 2016 fortgeführt, da im darauffolgenden Jahr das System essenziell verändert wurde und man sich auf die entsprechenden Vorbereitungstätigkeiten konzentrierte (BMG 2015b, S. 4ff.; BMG 2015c, S. 22). Die Systementwicklungen des LKF-Modells 2018 auf der Gewinnung von Erkenntnissen aus dem LKF-Modell 2017 in Bezug auf die Einbettung des spitalsambulanten Bereiches. Dennoch ist eine Vergleichbarkeit nur unter bestimmten Rahmenbedingungen bzw. Einschränkungen aussagekräftig (BMGF 2017d, S. 12ff.).

## **7.2 Offene Fragen und Ausblick**

Seit Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997 werden laufend Überarbeitungen durchgeführt. Zu Beginn konzentrierte sich ein erheblicher Teil dieser Systementwicklungen vor allem auf die Reduzierung von nicht gewünschten Anreizen, in Verbindung mit der Verwendung eines DRG-Systems (siehe Abschnitt 2.1). Der Drehtüreffekt ist einer dieser Anreize. Hier werden LKF-Zusatzpunkte, durch eine Entlassung und einer Wiederaufnahme eines Patienten zu einem späteren Zeitpunkt geniert. Dies Möglichkeit bietet die Tatsache, dass bei Aufnahme eines Patienten, eine neue Abrechnung begonnen wird. Durch die Einführung des tagesklinischen Kataloges im Jahr 2002, wurden erstmals Behandlungsfälle im Rahmen des LKF-Systems aber außerhalb des stationären Modells definiert. Durch die Aufnahme des spitalsambulanten Modells im Jahr 2017 bzw. durch die vollständige Implementierung mit dem LKF-Modell 2019 wurde diese Entwicklung weitergeführt. Darüber hinaus wurden Kriterien betreffend Unterbrechungen von Behandlungen definiert, wie dies beispielsweise bei halbstationären Behandlungen in der Regel der Fall ist. Diese Überarbeitungen haben die Folge, dass eine Wiederaufnahme bzw. eine weitere Behandlung nicht als neue stationäre Aufnahme in die Abrechnungsmethodik einfließen. Im Vergleich zu Österreich, wählen andere Länder eine exakte Abgrenzung zwischen einer Neuaufnahme und einer Wiederaufnahme. In Deutschland und der

Schweiz beispielsweise wurden genaue Zeiträume als Kriterium eingeführt (BMASGK 2018a, S. 19ff.; § 2 FPV 2019; SwissDRG 2018a, S. 14).

Inwieweit der österreichische Ansatz des LKF-Systems den Drehtüreffekt beseitigt, lässt sich nicht feststellen. Ein Grund hierfür ist die erst kürzliche Einführung des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-System. Vergleiche zwischen dem in Österreich gewählten Ansatz zu anderen gewählten Ansätzen wie in Deutschland oder der Schweiz sind aus Grund erheblicher Unterschiede der DRG-Systeme schwer möglich. Dennoch ist es essenziell tagesklinische, halbstationäre, ambulante und stationäre Behandlungen in der Abrechnungsmethodik, soweit dies möglich ist, vergleichbar zu berücksichtigen, um medizinisch nicht notwendige stationäre Aufnahmen, Entlassungen und Wiederaufnahmen zu vermeiden (Geissler et al. 2012, S. 633ff.; Cypionka und Kronemann 2015, S. 286ff.; BMGF 2016a, S. 11f.; BMASGK 2019, S. 23ff.).

Ein weiterer derzeit offener Punkt in diesem Zusammenhang, ist die Umsetzung und Verwendung des spitalsambulanten Bereiches. Nach bundesweit einheitlicher Einführung im Jahr 2019 benötigt dieser Bereich in den folgenden Jahren Weiterentwicklungen. Zentraler Aspekt hierbei ist die Gleichstellung der beiden Bereiche im Rahmen der Abrechnung, um Verschiebungen aus finanziellen Gründen zu vermeiden. Bereits im LKF-Modell 2020, wird dieser Aspekt bearbeitet und die Weiterentwicklung des spitalsambulanten Bereiches fokussiert (BMASGK 2019, S. 23ff.).

Im LKF-Modell 2020, liegt die Konzentration weiterhin auf einer vollständigen Einbettung des spitalsambulanten Modells in die LKF-Systematik. Daher wird im Rahmen dieser Systementwicklung, die Bepunktung tagesklinischer Leistungen, im stationären und spitalsambulanten Modell angepasst. In den folgenden LKF-Modellen werden weitere Anpassungen folgen, um die leistungsorientierte Finanzierung der Krankenanstalten weiter auszubauen (BMASGK 2019, S. 24ff.).

## 8 LKF-Steuerungsbereich 2018

Neben dem bereits detailliert behandelten LKF-Kernbereich besteht die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung aus einem LKF-Steuerungsbereich. Die Kompetenz der Ausgestaltung dieses Bereiches, liegt bei den neun Bundesländern. Daraus ergeben sich verschiedene Varianten des LKF-Steuerungsbereiches für ein Jahr (BMG 2010a, S. 21ff.). Diese Ausgestaltungsmöglichkeiten der neun Bundesländer, erschweren die Vergleichbarkeit des LKF-Systems im gesamten Bundesgebiet. Andererseits ermöglicht dies die Freiheit einer Anpassung an spezielle Versorgungsfunktionen einzelner Fondskrankenanstalten. Dienesch und Heitzenberger (1997), Rauner und Schaffhauser-Linzatti (1999), Hofmarcher und Riedel (2001), Rauner und Schaffhauser-Linzatti (2008), sowie Schaffhauer-Linzatti et al. (2009) betrachten diese Thematik kritisch.

Die Landesgesundheitsfonds verwalten die LKF-Mittel (Kern- und Steuerungsbereiche) der jeweiligen Fondskrankenanstalten. Wie in Abschnitt 3.3 näher erläutert, werden ebenfalls Leistungen von privaten gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten im Rahmen des LKF-Systems abgegolten. Die Mittelverteilung an diese Krankenanstalten unterliegt dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (BMSGK 2018a, S. 5; PRIKRAF 2019, S. 8ff.; PRIKRAF 2020).

Betrachtet man die unterschiedlichen Ausgestaltungen des LKF-Steuerungsbereiches der Landesgesundheitsfonds und der Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches für private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten durch den PRIKRAF, ergeben sich 10 unterschiedliche Finanzierungssysteme im Rahmen des LKF-Systems (BMSGK 2018a, S. 5; PRIKRAF 2019, S. 8ff.; § 6 Absatz 4 PRKRAF-G; Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 9; Hofmarcher und Riedl 2001, S. 11ff.).

Im Folgenden werden unterschiedliche Vorgehensweisen zur Gruppierung der unterschiedlichen Ausgestaltungen des LKF-Steuerungsbereiches betrachtet und aufgrund dieser die Anwendungen des LKF-Steuerungsbereiches im Jahr 2018 näher erörtert. Dies dient einerseits zur

Darstellung der praktischen Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches und andererseits zur Darlegung inwiefern ein Vergleich Bundesländerübergreifend möglich bzw. nicht möglich ist.

Nach Hofmarcher und Riedel (2001) können die unterschiedlichen Ausgestaltungen der neun Bundesländer in vier Cluster eingeteilt werden. Das erste Cluster beinhaltet die ausschließliche Anwendung des LKF-Kernbereiches bzw. eine marginale Anwendung eines LKF-Steuerungsbereiches. Die Ausgestaltung einer fixen prozentuellen Aufteilung zwischen dem LKF-Kern und Steuerungsbereich beschreibt das zweite Cluster. Inhalt des dritten Clusters ist die ausschließliche Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches unter Anwendungen von Gewichtungsfaktoren. Eine Mischung einer festgelegten Abgrenzung der zwei Bereiche und einer Gewichtung der LKF-Punkte wird in dem vierten Cluster beschrieben (Hofmarcher und Riedl 2001, S. 11f.)

Im Vergleich hierzu, werden die LKF-Steuerungsbereiche laut Rauner und Schaffhauser-Linzatti (2008) in drei Cluster eingeteilt. Das erste Cluster beinhaltet jene Bundesländer, die auf eine Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches verzichten. Die Anwendung einer prozentuellen Aufteilung zwischen dem LKF-Kernbereich und dem LKF-Steuerungsbereich beinhaltet das zweite Cluster. Ein Teil der finanziellen Mittel, wird basierend auf dem LKF-Kernbereich an die Fondskrankenkassen verteilt. Zusätzlich werden im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches die ungewichteten Punkte des LKF-Kernbereiches mit einem definierten Gewichtungsfaktor multipliziert (additive Berechnung). Das dritte Cluster beinhalten jene Bundesländer, die ihre Mittel gänzlich auf Basis des LKF-Steuerungsbereiches aufteilen. Hierbei werden die gesamten erwirtschafteten LKF-Punkte, mit einem definierten Gewichtungsfaktor multipliziert (multiplikative Berechnung) (Schaffhauser-Linzatti 2008, S. S. 9).

Die Abschnitte 8.1 bis 8.3 basieren auf der Clusterung von Rauner und Schaffhauser-Linzatti in Verbindung mit aktuellen Entwicklungen. In Abschnitt 8.1 werden jene Bundesländer betrachtet, die auf eine Berücksichtigung des LKF-Steuerungsbereiches verzichten. Zu dieser Gruppe ist ebenfalls die Mittelverteilung des Privatkrankenkassen-Finanzierungsfonds zu sehen, da diesem die Anwendung eines LKF-Steuerungsbereiches gemäß § 7 Absatz 2

PRIKAF-G untersagt ist. Abschnitt 8.2 beleuchtet jene Bundesländer, die ihre Mittel auf Basis einer teilweisen multiplikativen Gewichtung des LKF-Kernbereiches verteilen. Abschnitt 8.3 beinhaltet jene Bundesländer, die eine gesamte multiplikative Anwendung gewählt haben. Die Gewichtungsfaktoren werden von dem jeweiligen Landesgesundheitsfonds unter Berücksichtigung von Versorgungsfunktionen festgelegt (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008 S. 9; Schaffhauser-Linzatti et al. 2009, S. 299).

Neben der Beschreibung der Mittelzuteilung der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAFs, werden die unterschiedlichen Ausgestaltungen zur Betriebsabgangsdeckungen von Fondskrankenanstalten beschrieben. Dieser Aspekt im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung, wurde beispielsweise in Czypionka et al. (2015) untersucht. In den Abschnitten 8.1 bis 8.4 werden die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen zur Betriebsabgangsdeckung beschrieben.

Der § 34 des Krankenanstalten- und Kuranstalten- Gesetzes (KAKuG) definiert einen Betriebsabgang als Differenz zwischen Betriebs- und Erhaltungskosten auf der einen Seite und Einnahmen auf der anderen Seite. Eine detaillierte Zuordnung der Verpflichtung zur Deckung, liegt in der Kompetenz der jeweiligen Landesgesetzgebung. Betriebsabgänge können durch das Bundesland, die Gemeinde, die Stadt oder durch einen Rechtsträger gedeckt werden. Weiters können für die Deckung, Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel gebildet werden. Das Bundesland, die Bezirke oder vergleichbares, müssen gemäß KAKuG mindestens die Hälfte der Betriebsabgänge decken.

Für die folgenden Untersuchungen wurden durch Erhebungen der Autorin, Daten der neun Landesgesundheitsfonds und des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds, sowie länderspezifische Gesetzgebungen herangezogen.

Abschnitt 8.4 schließt dieses Kapitel mit einem Resümee und einer Darstellung der unterschiedlichen Ausgestaltungen ab.

## **8.1 Keine Berücksichtigung des LKF-Steuerungsbereiches**

Von neun Bundesländern, verzichten Niederösterreich und Oberösterreich im Jahr 2018 zur Gänze auf die Anwendung eines individuellen LKF-Steuerungsbereiches. Die jeweiligen Fondskrankenanstalten werden entsprechend des bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereiches finanziert. Dies bedeutet, dass die Mittel anhand der ungewichteten erwirtschafteten LKF-Punkte zugeteilt werden. Darüber hinaus erfolgt die Mittelzuteilung an die Fondskrankenanstalten im Zuständigkeitsbereich des PRIKRAFS, ebenfalls ausschließlich auf Basis des LKF-Kernbereiches. Da eine Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches für diese Fondskrankenanstalten gesetzlich ausgenommen ist (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 223; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S.9, Schaffhauer-Linzatti et al. 2009, S. 299; Hofmarcher und Riedl 2001, S. 11f.; OÖ. GF 2019, S. 24ff.; § 6 PRIKRAF-G).

### **Niederösterreich**

Die Ausführung und Gestaltung des LKF-Systems in Niederösterreich fällt in den Zuständigkeitsbereich des niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS). Zu diesem zählt, als operative Betriebsführung die Niederösterreichische Landeskliniken Holding (NÖ Landeskliniken Holding). Im Jahr 2018 wurden, wie in Tabelle 28 ersichtlich, 27 Fondskrankenanstalten durch den NÖGUS verwaltet (NÖGUS 2019, S. 19ff.; NÖGUS 2020; NÖ LKH 2020).

Für die Zuteilung der finanziellen Mittel im Rahmen des LKF-Systems 2018 wurde im Bundesland Niederösterreich kein LKF-Steuerungsbereich definiert. Aus diesem Grund beruht die Zuteilung auf dem bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereich. Aufgrund dessen unterbleiben unterschiedliche Berücksichtigungen von einzelnen Fondskrankenanstalten im Jahr 2018 (NÖGUS o.J., S. 2f.).

Betriebsabgänge bzw. Unterdeckungen aus dem Betrieb der Fondskrankenanstalten sind nach § 49e Absatz 3 des niederösterreichischen Krankenanstaltengesetzes (NÖ KAG) zu 100 % vom Rechtsträger zu decken. Rechtsträger der niederösterreichischen Fondskrankenanstalten ist die NÖ Landeskliniken Holding (NÖ LKH), wobei § 2 Absatz 2 des Gesetzes über die Errichtung

der NÖ LKH besagt, dass dem Land Niederösterreich die Rechtsträgerschaft obliegt (NÖGUS o.J., S. 3).

<b>Fondskrankenanstalten in Niederösterreich</b>	
Landeskrankenanstalt Allensteig	Landeskrankenanstalt Mödling
Landeskrankenanstalt Amstetten	Landeskrankenanstalt Mödling-Standort Hinterbrühl
Landeskrankenanstalt Baden	Landeskrankenanstalt Neunkirchen
Landeskrankenanstalt Gmünd	Landeskrankenanstalt Scheibbs
Landeskrankenanstalt Hainburg	Landeskrankenanstalt Stockerau
Landeskrankenanstalt Hohegg	Landeskrankenanstalt Waidhofen/Thaya
Landeskrankenanstalt Hollabrunn	Landeskrankenanstalt Waidhofen/Ybbs
Landeskrankenanstalt Horn	Landeskrankenanstalt Wr. Neustadt
Landeskrankenanstalt Klosterneuburg	Landeskrankenanstalt Zwettl
Landeskrankenanstalt Korneuburg	Medizinisches Zentrum Gänserndorf
Landeskrankenanstalt Lilienfeld	Universitätskrankenanstalt Krems
Landeskrankenanstalt Mauer	Universitätskrankenanstalt St. Pölten
Landeskrankenanstalt Melk	Universitätskrankenanstalt Tulln
Landeskrankenanstalt Mistelbach-Gänserndorf	

**Tabelle 28:** Fondskrankenanstalten in Niederösterreich im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an NÖGUS 2019, S. 19ff.; NÖ LKH 2020)

## **Oberösterreich**

Im Jahr 2018 umfasst der Tätigkeitsbereich des oberösterreichischen Gesundheitsfonds (OÖ.GF) insgesamt 14 Krankenanstalten (siehe Tabelle 29). In Oberösterreich wird auf die Anwendung eines individuellen LKF-Steuerungsbereiches im Jahr 2018 verzichtet. Dies bedeutet, dass ausschließlich der bundesweit einheitliche LKF-Kernbereich angewendet wird. Unterschiedliche Gewichtungen bzw. Abgeltungen der Fondskrankenanstalten unterbleiben (OÖ. GF 2019, S. 24ff.).

<b>Fondskrankenanstalten in Oberösterreich</b>
Kepler Universitätsklinikum
Krankenhaus Braunau
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
Krankenhaus der Elisabethinen Linz
Krankenhaus Freistadt
Krankenhaus Kirchdorf
Krankenhaus Rohrbach
Krankenhaus Schärding
Krankenhaus Sierning
Krankenhaus Steyr
Krankenhaus Wels-Grieskirchen
Salzkammergutklinikum

**Tabelle 29:** Fondskrankenanstalten in Oberösterreich im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OÖ. GF 2019, S. 45)

Regelungen zur Deckung von Betriebsabgängen sind im Oberösterreichischen Krankenanstaltengesetz (OÖ. KAG) verankert. Gemäß § 75 des OÖ. KAG, übernimmt das Land Oberösterreich im Rahmen des Landesbeitrages 85 % der Betriebsabgänge. Laut § 76 Absatz 1 OÖ. KAG übernehmen die Gemeinden im Rahmen des Krankenanstaltenbeitrages wiederum 40 % des Landesbeitrages. Die Rechtsträger selbst sind dazu verpflichtet 15 % der Betriebsabgänge der Fondskrankenanstalten zu decken.

### **Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds**

Der Zuständigkeitsbereich des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) erstreckt sich auf die privaten gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten in Österreich (PRIKRAF 2020). Im Jahr 2018 erfolgte im Rahmen des LKF-Systems, eine Abrechnung mit 29 Fondskrankenanstalten in Österreich (siehe Tabelle 30). Insgesamt erstreckt sich der Zuständigkeitsbereich des PRIKRAFs auf 44 Krankenanstalten österreichweit. Der Aufgabenbereich

des PRIKRAFs unterscheidet sich aufgrund rechtlicher Rahmenbedingungen von jenen der neun Landesgesundheitsfonds, wie in Abschnitt 3.3 erörtert (PRIKRAF 2019, S. 8ff.).

<b>Private Fondskrankenanstalten mit einer Abrechnung im Rahmen des LKF-Systems</b>	
Klinik Diakonissen Linz	Privatklinik Ragnitz
Krankenhaus Altenmarkt	Privatklinik Ritzensee
Krankenhaus Diakonissen Salzburg	Privatklinik Salzburg
Krankenhaus Radstadt	Privatklinik Villach
Krankenhaus Theresienhof	Privatkrankenhaus Rudolfsheim
Lassnitzhöhe	Sanatorium Dr. Rhomberg
Privatklinik Bad Vigaun	Sanatorium Hansa
Privatklinik Confraternität	Sanatorium Hera
Privatklinik Döbling	Sanatorium Hochrum
Privatklinik EMCO	Sanatorium Kettenbrücke
Privatklinik Goldenes Kreuz	Sanatorium Schenk
Privatklinik Kastanienhof	Sanatorium St. Leonhard
Privatklinik Klagenfurt	Sanatorium Wörgl
Privatklinik Kreuzschwestern	Wiener Privatklinik
Privatklinik Leech	

**Tabelle 30:** Private Fondskrankenanstalten mit einer Abrechnung im Rahmen des LKF-Systems im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an PRIKRAF 2019, S. 63f.)

Wie bereits erwähnt, erstreckt sich der Aufgabenbereich über das gesamte Bundesgebiet Österreichs, während die Zuständigkeiten der einzelnen Landesgesundheitsfonds auf Fondskrankenanstalten des jeweiligen Bundeslandes beschränkt sind. Die Finanzierung der Fondskrankenanstalten im Rahmen des LKF-Systems, beschränkt sich für die Fondskrankenanstalten des PRIKRAFs, auf stationäre und tagesklinische Leistungen. Abrechnungen ambulanter Leistungen fallen nicht in die Zuständigkeit des Fonds. Weiters ist nach § 6 Absatz 4 des PRIKRAF-Gesetzes (PRIKRAF-G) die Anwendung eines LKF-Steuerungsbereiches ausgeschlossen. Die Mittel sind zur Gänze nach dem LKF-Kernbereich aufzuteilen. Aufgrund der rechtlichen Gesetzgebung gemäß § 7 Absatz 2 PRIKRAF-G, ist durch die Fondskommission, jährlich ein österreichweit einheitlicher Punktwert zu definieren. Für das Jahr 2018 beträgt dieser € 0,367 je LKF-Punkt (PRIKRAF 2019, S. 8ff.).

Die Regelungen in Bezug auf mögliche Betriebsabgänge bzw. Guthaben aus der Gebarung des PRIKRAFs, finden sich in § 7 Absatz 5 und 6 PRIKRAF-G. Diese gesetzlichen Regelungen besagen, dass bei Vorliegen eines Guthabens, die Mittel an die Fondskrankenanstalten ausbezahlt werden. Ebenso muss ein Betriebsabgang der Fondskrankenanstalten durch den PRKRAF gedeckt werden (PRIKRAF 2019, S. 73f.).

## **8.2 Teilweise Gewichtung des LKF-Kernbereiches**

Die Regelungen der Bundesländer Burgenland, Salzburg und Tirol beruhen zunächst auf einer prozentuellen Trennung zwischen dem LKF- Kernbereich und dem LKF-Steuerungsbereich. Jener Anteil, der unter Anwendung des LKF-Kernbereiches zugeteilt wird, unterliegt der Regelung, dass jede Fondskrankenanstalt den gleichen Punktwert für die erwirtschafteten LKF-Punkte erhält. Im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches werden die Mittel, unter Berücksichtigung von Versorgungsfunktionen, den Fondskrankenanstalten zugeteilt. Hier gilt die Gleichbehandlung der Fondskrankenanstalten nicht, wie bei der Zuteilung der Mittel bei Anwendung des LKF-Kernbereiches. Für die Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches, werden die erwirtschafteten LKF-Punkte, mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert. Daraus ergibt sich eine teilweise Gewichtung des LKF-Kernbereiches (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 223; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 9; Schaffhauser-Linzatti et al. 2009, S. 299; Hofmarcher und Riedl, 2001, S. 11f.; Bgld. Rechnungshof S. 99; SAGES 2019, S.19ff.; § 9 SAGES-G; TGF 2020, S. 37ff.; Tirol Kliniken 2019).

## Burgenland

In den Zuständigkeitsbereich des Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF) fallen, wie in Tabelle 31 dargestellt, fünf Fondskrankenanstalten (BURGEF 2019, S. 26).

<b>Fondskrankenanstalten im Burgenland</b>	<b>Gewichtungsfaktor</b>
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt	2,00
Landeskrankenhaus Güssing	1,00
Landeskrankenhaus Kittsee	1,00
Landeskrankenhaus Oberpullendorf	1,00
Landeskrankenhaus Oberwart	2,00

**Tabelle 31:** Fondskrankenanstalten im Burgenland mit dem jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BURGEF 2019, S. 26)

Für die Aufteilung der generierten Mittel im Rahmen des LKF-Systems, wird eine Gewichtung des Kernbereiches von 65 % und des Steuerungsbereiches von 35 %, im Jahr 2018 angewendet. Die Mittel des LKF-Steuerungsbereiches werden darüber hinaus mit Rücksichtnahme auf Versorgungsfunktionen unter den Fondskrankenanstalten verteilt. Die erwirtschafteten LKF-Punkte der Schwerpunktkrankenanstalten Oberwart und Eisenstadt werden mit einem Faktor von 2,00 multipliziert. Die Krankenanstalten Kittsee, Oberpullendorf und Güssing weisen als Standardkrankenanstalten eine Faktorengewichtung von 1,00 auf (Burgenländischer Landesrechnungshof 2019, S. 99ff.; BURGEF 2019, S. 26).

Die Betriebsabgangsdeckung für Fondskrankenanstalten im Burgenland, ist gem. § 66 des Burgenländischen Krankenanstaltengesetzes (Bgl. KAG) geregelt. § 66 Absatz 2 Bgl. KAG besagt, dass 90 % der Betriebsabgänge durch das Land und 10 % durch die Gemeinden zu decken sind.

## Salzburg

Der Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) ist im Jahr 2018 für neun Krankenanstalten im Bundesland Salzburg zuständig (siehe Tabelle 32 ) (SAGES 2019, S. 71).

<b>Fondskrankenanstalten in Salzburg</b>
Landeslinik und Lehrkrankenhaus Hallein
Krankenhaus Oberndorf
Landeskrankenhaus Salzburg
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg
Christian Doppler-Klinik Salzburg
Landeslinik und Lehrkrankenhaus St. Veit
Kardinal Schwarzenberg Klinikum
Landeslinik Tamsweg
Tauernklinik

**Tabelle 32:** Fondskrankenanstalten in Salzburg im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an SAGES 2019, S. 71)

Die Mittelverteilung an die Fondskrankenanstalten erfolgt im ersten Schritt aufgrund einer prozentuellen Trennung zwischen dem LKF-Kernbereich und dem LKF-Steuerungsbereich. Im Jahr 2018, wurden € 374,68 Millionen im Rahmen des LKF-Kernbereiches, an die Fondskrankenanstalten ausbezahlt. Die Mittel des LKF-Steuerungsbereiches, werden als Strukturbedarf an die Fondskrankenanstalten ausgezahlt, dieser Anteil weist eine Höhe von € 111,00 Millionen auf. Daraus ergibt sich eine prozentuelle Aufteilung der Mittel in Höhe von 70 % im Rahmen des LKF-Kernbereiches und 30% im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches. Im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches, erfolgt die Mittelzuteilung gemäß § 9 Absatz 1 SAGES-G (Salzburger Gesundheitsfondsgesetz) unter Berücksichtigung besonderer Versorgungsfunktionen, wie Krankenanstalten mit fachlicher oder regionaler Versorgungsfunktionen. Weiters werden die um den Strukturbedarf bereinigten Betriebsabgänge in der Mittelverteilung berücksichtigt (SAGES 2019, S. 19ff.; § 9 SAGES-G; E-Mailkorrespondenz Salzburger Gesundheitsfonds, siehe Anhang 4).

Im Rahmen des § 70 Salzburger Krankenanstaltengesetzes (SKAG) ist die Deckung der Betriebsabgänge der Fondskrankenanstalten geregelt. Absatz 2 dieser Regelung besagt, dass 25 % vom Land Salzburg und 25 % von den Gemeinden zu tragen sind. Die verbleibenden 50 % der Betriebsabgänge sind von den Rechtsträgern der Krankenanstalten zu decken.

## Tirol

Der Landesgesundheitsfonds Tirol (TGF) umfasst im Jahr 2018 neun Fondskrankenanstalten (siehe Tabelle 33). Die Abgeltung der Leistungen erfolgt zu 70 % durch den LKF-Kernbereich und zu 30 % durch Anwendung eines definierten LKF-Steuerungsbereiches (TGF 2020, S. 37ff.; Tirol Kliniken 2019; Landesregierung Tirol 2020).

Weiters wird eine Gewichtung der LKF-Punkte im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches durchgeführt, um die zur Verfügung stehenden Mittel, auf die Fondskrankenanstalten aufzuteilen. Als Basis dienen die ungewichteten erwirtschafteten LKF-Punkte des Kernbereiches, diese werden mit einem Gewichtungsfaktor versehen. Für das Universitätsklinikum Innsbruck wurde ein Gewichtungsfaktor von 1,20 beschlossen, für alle anderen Fondskrankenanstalten wurde ein Faktor von 1,00 festgesetzt (TGF 2020, S. 37ff.; Tirol Kliniken 2019).

Fondskrankenanstalten in Tirol	Gewichtungsfaktor
Bezirkskrankenhaus Kufstein	1,00
Bezirkskrankenhaus Lienz	1,00
Bezirkskrankenhaus Reutte	1,00
Bezirkskrankenhaus Schwarz	1,00
Bezirkskrankenhaus St. Johann	1,00
Krankenhaus Zams	1,00
Landeskrankenhaus Hall	1,00
Landeskrankenhaus Hochzirl-Natters	1,00
Universitätsklinikum Innsbruck	1,20

**Tabelle 33:** Fondskrankenanstalten in Tirol mit jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an TGF 2020, S. 37ff.; Tirol Kliniken 2019)

Die Betriebsabgangsdeckung der Fondskrankenanstalten, ist im § 56 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes (Tir. KAG) gesetzlich geregelt. Dieser besagt, dass die Differenz der Erträge und Aufwendungen, welche auch Betriebsabgang genannt werden kann, durch die Träger der Fondskrankenanstalten erfolgen muss. Diese Regelung ist mit dem § 34 Krankenanstalten und Kuranstalten Gesetz (KAKuG) vereinbar, da das Land Tirol neben unterschiedlichen Gemeindeverbänden zu den Rechtsträgern gehört. Der größte Rechtsträger ist die Tiroler Kliniken GmbH, welche das Landeskrankenhaus Innsbruck, Hochzirl-Natters und Hall verwaltet (Landesregierung Tirol 2020).

### **8.3 Gesamte multiplikative Gewichtung des LKF-Kernbereiches**

Die Bundesländer Kärnten, Steiermark, Vorarlberg und Wien nehmen im Jahr 2018, die Wahlmöglichkeit einer Ausgestaltung des LKF-Steuerungsbereiches, gänzlich in Anspruch. Daher werden die gesamten erwirtschafteten LKF-Punkte des Kernbereiches mit einem festgelegten Gewichtungsfaktor multipliziert. Die Gewichtungsfaktoren werden durch die Landesgesundheitsfonds bestimmt und berücksichtigen sowohl strukturelle, als auch regionale Versorgungsfunktionen (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008 S. 9.; Schaffhauser-Linzatti et al. 1999, S. 223; Hofmarcher und Riedl, 2001, S. 11f.; KGF 2019, S. 21ff.; GFST 2019, S. 37ff.; Vlgb. LGF 2018, S. 45ff.; WGF 2018, S. 26ff.).

#### **Kärnten**

Die Zuständigkeit des Kärntner Gesundheitsfonds (KGF) umfasst insgesamt elf Fondskrankenanstalten (siehe Tabelle 34). Diese werden in Landeskrankenanstalten, geistliche Krankenanstalten und die Krankenanstalten Friesach und Spittal unterteilt (KGF 2019, S. 21ff.)

Im Bundesland Kärnten werden die LKF-Mittel gänzlich im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches zugeteilt. Hierfür werden die ungewichteten LKF-Punkte des Kernbereiches, mit einem durch den KGF definierten Gewichtungsfaktor multipliziert (KGF 2019, S. 21ff.).

<b>Fondskrankenanstalten in Kärnten</b>
Gailtal-Klinik
Klinikum Klagenfurt
Krankenhaus Elisabethinen
Krankenhaus Friesach
Krankenhaus Spittal / Drau
Krankenhaus St. Veit / Glan
Krankenhaus Waiern
Landeskrankenhaus Laas
Landeskrankenhaus Villach
Landeskrankenhaus Wolfsberg
Sonderkrankenhaus De La Tour

**Tabelle 34:** Fondskrankenanstalten in Kärnten im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KGF 2019, S. 21ff.)

Als gesetzliche Grundlage für die Betriebsabgangsdeckung, dient die Kärntner Krankenanstaltenordnung (K-KAO). § 68 Absatz 1 K-KAO regelt die Betriebsabgangsdeckung jener Krankenanstalten, die der Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft zugehörig sind. Hierzu zählen die Krankenanstalten Klagenfurt, Villach, Wolfsberg, Laas und Gailtal. Betriebsabgänge dieser Fondskrankenanstalten, werden zu 70 % vom Land Kärnten und zu 30 % von den Gemeinden getragen. § 68 Absatz 2 K-KAO konzentriert sich auf alle weiteren Fondskrankenanstalten im Bundesland Kärnten. Die Betriebsabgänge dieser Fondskrankenanstalten werden zu 98 % durch das Land gedeckt, wobei von diesem Anteil die Hälfte von den Gemeinden getragen wird. Die Rechtsträger selbst, müssen 2 % der Betriebsabgänge übernehmen.

## **Steiermark**

Im Bundesland Steiermark fallen 20 Krankenanstalten in die Zuständigkeit des Gesundheitsfonds Steiermark (GFST), siehe Tabelle 35. Für die Mittelzuteilung im Rahmen des LKF-Systems werden die gesamten erwirtschafteten LKF-Punkte, der steirischen Fondskrankenanstalten mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert. Daher erfolgt die Mittelverteilung zu 100 % im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches. Dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark, als Schwerpunktkrankenanstalt, ist ein Faktor von 1,05 zugewiesen. Für die Zentralkrankenanstalt Graz

wurde ein Faktor von 1,30 gewählt. Für alle anderen Fondskrankenanstalten wurde ein Gewichtungsfaktor von 1,00 beschlossen.

<b>Fondskrankenanstalten in der Steiermark</b>	<b>Gewichtungsfaktor</b>
Albert-Schweizer-Klinik	1,00
Klinik Diakonissen Schladming	1,00
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz	1,00
Landeskrankenhaus / Universitätsklinikum Graz	1,30
Landeskrankenhaus Feldbach-Fürstenfeld	1,00
Landeskrankenhaus Graz Süd-West	1,00
Landeskrankenhaus Hartberg	1,00
Landeskrankenhaus Hochsteiermark	1,05
Landeskrankenhaus Hörgas-Enzenbach	1,00
Landeskrankenhaus Murtal	1,00
Landeskrankenhaus Mürzzuschlag-Mariazell	1,00
Landeskrankenhaus Rottenmann/Bad-Aussee	1,00
Landeskrankenhaus Stolzalpe	1,00
Landeskrankenhaus Süd-Ost Steiermark	1,00
Landeskrankenhaus Weststeiermark	1,00
Marienkrankenhaus Vorau	1,00
Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg	1,00
Psychosomatische Klinik Bad Aussee	1,00

**Tabelle 35:** Fondskrankenanstalten in der Steiermark mit dem jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an GFST 2019, S. 37ff.)

Die Deckung von Betriebsabgängen der Fondskrankenanstalten, ist im § 86 des steirischen Krankenanstaltengesetzes (Stmk. KAG) geregelt. Betriebsabgänge werden bis zu maximal 50 % von den Rechtsträgern und zu mindestens 50 % vom Land, von Beitragsbezirken und Krankenhaussprängeln übernommen.

## Vorarlberg

Der Zuständigkeitsbereich des Landesgesundheitsfonds Vorarlberg, beinhaltet sieben Krankenanstalten. Die Zuteilung der Mittel erfolgt zu 100 % im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches. Hierzu werden die ungewichteten erwirtschafteten LKF-Punkte des Kernbereiches, mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert. Wie in Tabelle 36 ersichtlich, wurde dem Landeskrankenhaus Feldkirch, ein Faktor von 1,07 zugeteilt. Diese besondere Gewichtung wurde festgelegt, da es sich bei dem Landeskrankenhaus Feldkirch um ein Schwerpunktkrankenhaus handelt. Den zwei Standardkrankenanstalten mit erweitertem Versorgungsauftrag Bregenz und Dornbirn, wurde ein Faktor von 1,02 zugeteilt. Die verbleibenden vier Krankenanstalten weisen einen Faktor von 1,00 auf (E-Mailkorrespondenz - Vorarlberger Landesregierung, siehe Anhang 1).

<b>Fondskrankenanstalten in Vorarlberg</b>	<b>Gewichtungsfaktor</b>
Krankenhaus der Stadt Dornbirn	1,02
Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene	1,00
Landeskrankenhaus Bludenz	1,00
Landeskrankenhaus Bregenz	1,02
Landeskrankenhaus Feldkirch	1,07
Landeskrankenhaus Hohenems	1,00
Landeskrankenhaus Rankweil	1,00

**Tabelle 36:** Fondskrankenanstalten in Vorarlberg mit dem jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an E-Mailkorrespondenz - Vorarlberger Landesregierung, siehe Anhang 1)

§ 2 des Spitalsbeitragsgesetz (Vlgb. SpBG) sieht eine Aufteilung der Deckung von Betriebsabgängen, vor. Diese besagt, dass die Gemeinden und das Land Vorarlberg, jeweils zu 40 % Betriebsabgänge der Fondskrankenanstalten decken müssen. Die Rechtsträger selbst, haben 20 % der Betriebsabgänge auszugleichen.

## Wien

Der Wiener Landesgesundheitsfonds (WGF) übernimmt die Zuständigkeiten betreffend des LKF-Steuerungsbereiches für das Bundesland Wien. Diese Zuständigkeit erstreckt sich im Jahr 2018 auf 19 Krankenanstalten, welche in Tabelle 37 aufgelistet sind.

Fondskrankenanstalten in Wien	Gewichtungsfaktor
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien (AKH)	1,17
Evangelisches Krankenhaus Wien	1,00
Franziskus Spital	1,00
Hanusch Krankenhaus	1,00
Herz-Jesu-Krankenhaus	1,00
Krankenanstalt Rudolfstiftung inkl. Standort Semmelweis Frauenklinik	1,00
Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien	1,00
Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien	1,00
Krankenhaus Göttlicher Heiland	1,00
Krankenhaus Hietzing mit dem Neurologischem Zentrum Rosenhügel	1,00
Orthopädisches Krankenhaus Gersthof	1,00
Orthopädisches Spital Speising	1,00
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartnerhöhe Otto-Wagner-Spital	1,00
Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf	1,00
Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital	1,00
Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	1,00
St. Anna Kinderspital	1,17
St. Josef-Krankenhaus	1,00
Wilhelminenspital	1,00

**Tabelle 37:** Fondskrankenanstalten in Wien mit dem jeweiligen spezifischen Gewichtungsfaktor im Jahr 2018

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Telefonnotiz – Wiener Landesgesundheitsfonds vom 14.02.2020, siehe Anhang 2; Telefonnotiz – Wiener Landesgesundheitsfonds vom 05.05.2020, siehe Anhang 3)

Die Mittelverteilung der Wiener Fondskrankenanstalten, beruht ausschließlich auf der Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches. Hierzu werden die erwirtschafteten LKF-Punkte, mit

definierten Gewichtungsfaktoren multipliziert. Das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien (AKH) erhält aufgrund seiner Stellung als Zentralkrankenanstalt einen Faktor von 1,17. Die Sonderkrankenanstalt St.-Anna-Kinderspital erhält seine Mittel, ebenfalls aufgrund eines Faktors von 1,17. Die erwirtschafteten LKF-Punkte aller anderen Fondskrankenanstalten werden mit einem Gewichtungsfaktor von 1,00 multipliziert, siehe Tabelle 37 (Telefonnotiz – Wiener Landesgesundheitsfonds vom 14.02.2020, siehe Anhang 2; Telefonnotiz – Wiener Landesgesundheitsfonds vom 05.05.2020, siehe Anhang 3; § 1 Wiener KAG).

Die Deckung möglicher Betriebsabgänge für öffentliche Krankenanstalten, deren Rechtsträger nicht die Stadt Wien ist, wird in § 56 Absatz 2 des Wiener Krankenanstaltengesetzes (Wr. KAG) geregelt. Aufgrund dieser Regelung übernimmt das Bundesland Wien 50 % der Betriebsabgänge. Das Wr. KAG enthält keine Regelungen zu Betriebsabgangsdeckungen jener Fondskrankenanstalten, deren Rechtsträger die Stadt Wien ist. In diesen Fällen sind die Betriebsabgänge vom Rechtsträger zu 100 % zu decken, wobei in diesem Zusammenhang Zuschüsse durch die Stadt Wien geleistet werden (Czypionka et al. 2015, S. 135).

## **8.4 Kritische Zusammenfassung**

Die Ausgestaltung des LKF-Steuerungsbereiches, im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, liegt laut der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Kompetenzbereich der neun Bundesländer. Darüber hinaus wird die Betriebsabgangsdeckung der Fondskrankenanstalten durch die jeweilige Landesgesetzgebung geregelt (§ 34 KAUKG). Zusätzlich existieren spezielle Regelungen, betreffend der Finanzierung von privatfinanzierten Krankenanstalten, die in den Zuständigkeitsbereich des PRIKRAFs fallen (PRIKRAF 2019, S. 8ff.).

Unter Berücksichtigung der Einteilungen nach Rauner und Schaffhauser-Linzatti (2008), sowie Hofmarcher und Riedl (2001) und aktuellen Ausgestaltungen ergeben sich drei Cluster (siehe Tabelle 38).

<b>Keine Berücksichtigung des LKF-Steuerungsbereichs</b>		
<b>Niederösterreich</b>	100 % Kernbereich	
<b>Oberösterreich</b>	100 % Kernbereich	
<b>PRIKRAF</b>	100 % Kernbereich	
<b>Teilweise multiplikative Gewichtung des LKF-Kernbereiches</b>		
<b>Burgenland</b>	65 % Kernbereich	35 % Steuerungsbereich Gewichtungsfaktoren unter Berücksichtigung von Versorgungsfunktionen: -) Faktor 2,00 für die Schwerpunktkrankenanstalten (Oberwart und Eisenstadt) -) Faktor 1,00 für alle anderen Krankenanstalten
<b>Salzburg</b>	70 % Kernbereich	30 % Steuerungsbereich Gewichtungsfaktoren unter Berücksichtigung von Versorgungsfunktionen und Betriebsabgang
<b>Tirol</b>	70 % Kernbereich	30 % Steuerungsbereich Gewichtungsfaktoren unter Berücksichtigung von Versorgungsfunktionen: -) Faktor 1,20 für das Universitätsklinikum Innsbruck -) Faktor 1,00 für alle anderen Krankenanstalten
<b>Gesamte multiplikative Gewichtung des LKF-Kernbereiches</b>		
<b>Kärnten</b>	Gewichtungsfaktoren unter Berücksichtigung von Versorgungsfunktionen	
<b>Steiermark</b>	Gewichtungsfaktoren unter Berücksichtigung von Versorgungsfunktionen: -) Faktor 1,05 für die Schwerpunktkrankenanstalt Hochsteiermark -) Faktor 1,30 für das Universitätsklinikum Graz -) Faktor 1,00 für alle anderen Krankenanstalten	
<b>Vorarlberg</b>	Gewichtungsfaktoren unter Berücksichtigung von Versorgungsfunktionen: -) Faktor 1,07 für die Schwerpunktkrankenanstalt Feldkirch -) Faktor 1,02 für die Standardkrankenanstalten mit erweitertem Versorgungsauftrag (Bregenz und Dornbirn) -) Faktor 1,00 für alle anderen Krankenanstalten	
<b>Wien</b>	Gewichtungsfaktoren unter Berücksichtigung von Versorgungsfunktionen: -) Faktor 1,17 für die Zentralkrankenanstalt Allgemeines Krankenhaus Wien -) Faktor 1,17 für die Sonderkrankenanstalt St. Anna-Kinderspital -) Faktor 1,00 für alle anderen Krankenanstalten	

**Tabelle 38:** Ausgestaltungen des LKF-Steuerungsbereiches im Jahr 2018

(Quellen: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 223; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008 S.9; Schaffhauser-Linzatti et al. 2009, S. 299; Hofmarcher und Riedel 2001, S. 11f.; Bgld. Rechnungshof S. 99; KGF 2019, S. 21ff.; NÖGUS o.J., S. 2; OÖ. GF 2019, S. 24ff.; SAGES 2019, S. 70ff.; § 9 SAGES-G; E-Mailkorrespondenz - Salzburger Gesundheitsfond, siehe Anhang 4; GFST 2019, S. 37ff.; TGF 2020, S. 37ff.; Vlgb. LGF 2018, S. 45ff.; E-Mailkorrespondenz - Vorarlberger Landesregierung, siehe Anhang 1; WGF 2018, S. 26ff.; Telefonnotiz - Wiener Landesgesundheitsfonds, siehe Anhang 2; § 2 Wr. KAG; PRIKRAF 2019, S. 8ff.; § 6 PRIKRAF-G)

Das erste Cluster beinhaltet jene Bundesländer, die im Jahr 2018 auf die Anwendung eines LKF-Steuerungsbereiches verzichten. Hierzu zählen die Bundesländer Niederösterreich und Oberösterreich. Darüber hinaus erfolgt die Mittelzuteilung an die Fondskrankenanstalten im Zuständigkeitsbereich des PRIKRAFS, aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen, ebenfalls ausschließlich auf Basis des LKF-Kernbereiches (NÖGUS o.J., S. 2f.; OÖ. GF 2019, S. 24ff.; §7 Absatz 2 PRIKRAF-G).

Für das Jahr 2018 wenden die Bundesländer Burgenland, Salzburg und Tirol eine teilweise multiplikative Gewichtung des LKF-Kernbereiches an. Hierfür wird ein Teil der Mittel anhand der ungewichteten LKF-Punkte des Kernbereiches, den Fondskrankenanstalten zugeteilt. Ein weiterer Anteil der Mittel wird unter Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches aufgeteilt. Hierfür werden die LKF-Punkte des Kernbereiches, mit vom jeweiligen Landesgesundheitsfonds definierten Gewichtungsfaktoren multipliziert. Im Jahr 2018, liegt jener Anteil der Mittel, die im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches vergeben wurden, zwischen 30 % und 35 % (Bgl. Rechnungshof S. 99; § 9 SAGES-G; TGF 2020, S. 37ff.).

Eine gesamte multiplikative Gewichtung des LKF-Kernbereiches, erfolgt in den Bundesländern Kärnten, Steiermark, Vorarlberg und Wien. Hierzu werden die ungewichteten erwirtschafteten LKF-Punkte des LKF-Kernbereiches, mit einem definierten Gewichtungsfaktor multipliziert (KGF 2019, S. 21ff.; GFST 2019, S. 37ff.; Vlgb. LGF 2018, S. 45ff.; WGF 2018, S. 26ff.).

Ein weiterer Unterschied liegt in der Regelung zur Deckung von Betriebsabgängen. Auf Bundesebene ist dies durch § 34 KAKuG geregelt. Wobei sich aufgrund landesspezifischer Gesetze unterschiedliche Regelungen zur Deckung von Betriebsabgängen ergeben (siehe Tabelle 39). Diese verpflichten die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten, zumindest einen Teil der Betriebsabgänge zu decken. In Niederösterreich und Tirol, fällt die Deckung zu 100 % in den Zuständigkeitsbereich der Rechtsträger, wobei diese zum Teil die Länder selbst sind. Betriebsabgänge von Krankenanstalten, die in den Zuständigkeitsbereich des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds fallen, sind zu 100 % durch den Rechtsträger der jeweiligen Krankenanstalt zu decken (§ 75 des OÖ. KAG; § 49e Absatz 3 NÖ KAG; § 2 Absatz 2 NÖ KAG; § 66 Absatz

2 Bgld. KAG; § 56 Tir. KAG; § 68 Absatz 2 K-KAO; § 70 SKAG; § 86 St. KAG; § 2 Vlgb. SpBG; § 56 Absatz 2 Wr. KAG; §§ 6 PRIKRAF-G; PRIKRAF 2019, S. 8ff.).

<b>Regelungen zur Betriebsabgangsdeckung der Fondskrankenanstalten</b>	
<b>Burgenland</b>	90 % Land 10 % Gemeinden
<b>Kärnten</b>	Landeskrankenanstalten: 70 % Land & 30 % Gemeinden Weitere Fondskrankenanstalten: 49 % Land, 49 % Gemeinden & 2 % Rechtsträger
<b>Niederösterreich</b>	100 % Land
<b>Oberösterreich</b>	85 % Land (wobei hiervon 40% durch Gemeinden) 15 % Rechtsträger
<b>Salzburg</b>	25 % Land 25 % Gemeinden 50 % Rechtsträger
<b>Steiermark</b>	50 % Land 50 % Gemeinden, Beitragsbezirke, Krankenhaussprängel
<b>Tirol</b>	100 % Rechtsträger
<b>Vorarlberg</b>	40 % Land 40 % Gemeinden 20 % Rechtsträger
<b>Wien</b>	Fondsspitäler, außer jene der Stadt Wien: 50 % Land 50 % Rechtsträger Fondsspitäler der Stadt Wien: 100 % Rechtsträger
<b>PRIKRAF</b>	100 % Rechtsträger

**Tabelle 39:** Regelungen zur Betriebsabgangsdeckung der Fondskrankenanstalten im Jahr 2018

(Quellen: Eigene Darstellung in Anlehnung an Czypionka et al. 2015, S. 135; § 66 Bgld. KAG; § 68 K-KAO; § 49e NÖ KAG; §§ 75 OÖ. KAG; § 70 SKAG; § 86 Stmk. KAG; § 56 Tir. KAG; § 2 Vlgb. SpBG; § 56 Wr. KAG; Telefonnotiz – Wiener Landesgesundheitsfonds vom 05.05.2020, siehe Anhang 3; § 7 PRIKRAF-G)

Im Rahmen der Entwicklung und Überarbeitung zur Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der landesspezifischen Krankenanstaltengesetze, konnte man sich bundesweit nicht auf ein einheitliches System einigen. Daher ergeben sich die in Tabelle 38 dargestellten unterschiedlichen Systeme. Diese wiederum, werden in ein hochkomplexes leistungsorientiertes Finanzierungssystem zusammengefasst. Zusätzlich gibt es unterschiedliche Regelungen in Bezug auf Betriebsabgangsdeckungen der Fondskrankenanstalten. Daraus ergibt sich die Tatsache, dass ein bundesweiter Vergleich bzw. eine Berechnung von Kennzahlen nur erschwert möglich ist. Der österreichische Rechnungshof

empfiehlt, eine einheitliche Umsetzung des LKF-Systems, sowie einheitliche Verrechnungsvorschriften und Rechnungsabschlüsse bzw. Tätigkeitsberichte. Für eine einheitliche Umsetzung empfiehlt der Rechnungshof weiters präzise bundesweit einheitliche Definitionen der Kriterien zur Festsetzung der Gewichtungsfaktoren einzuführen. Diese Komponenten würden zu einem vergleichbaren und transparenten Finanzierungssystem führen. Um dies zu ermöglichen, wird eine Einigung der neun Bundesländer benötigt, ob eine Einigung erreicht werden kann, ist im Moment fraglich. Bei Betrachtung des LKF-Systems im Jahr 2018, sind 10 unterschiedliche Anwendungen erkennbar (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 223; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 9; Schaffhauser-Linzatti et al. 2009, S. 299; Hofmarcher und Riedl 2001, S. 8ff.; Cypionka et al. 2015, S. 123ff.; Rechnungshof Österreich 2010, S. 56ff.; Rechnungshof Österreich 2017a, S. 65f.; Rechnungshof Österreich 2017b, S. 62; Rechnungshof Österreich 2019, S. 34ff.; BMGSK 2018b, S. 5).

## 9 Resümee

Seit der Einführung des LKF-Systems in Österreich im Jahr 1997 wurden jährlich Wartungsmaßnahmen durchgeführt. Bei Betrachtung des LKF-Modells 15 Jahre nach Einführung sind zahlreiche Effekte und Systemänderungen erkennbar. Zur Wahrung und Erweiterung der Qualität im Bereich der medizinischen Versorgung in Krankenanstalten, wird dieses System laufend überarbeitet. Daher kann ein direkter Vergleich zweier Jahre ohne Berücksichtigung der Veränderungen bzw. Unterschiede nicht sinnvoll durchgeführt werden. Aus diesem Grund sind Analysen der Adaptionmaßnahmen für die Wissenschaft und für Entscheidungsträger interessant (BMAGSK 2018a, S. ff.).

Auf Basis von Erhebungen der Autorin, kann eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Jahre durchgeführt werden. Neben jährlich durchgeführten Wartungsarbeiten, Neuberechnung der Belagsdauerwerte und Anpassung der Tageskomponenten, weisen die LKF-Systementwicklungen essenzielle Veränderungen auf. Im Jahr 2011 lag die Konzentration auf den Bereich der Dokumentation von Patientenaufnahmen und auf der Abrechnungsmethodik im Bereich psychosomatischer und psychotherapeutischen stationären Behandlungen. Der Bereich Dokumentation von Intensivbehandlungen und Unterbrechungen, lag im Fokus der LKF-Systementwicklung 2012. Die Abrechnung von stationären Behandlungen in den Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden im Rahmen der LKF-Modellentwicklung 2013 überarbeitet (BMG 2010c, S. 18ff.; BMG 2011b, S. 15ff.; BMG 2012b, S. 16ff.).

Im Rahmen der LKF-Systementwicklung 2014 wurde der Grundstein für die Aufnahme des spitalsambulanten Bereiches, in das LKF-System gelegt. Hierfür wurde der Katalog ambulanter Leistungen in das LKF-Modell aufgenommen. Datenschutzrechtliche Veränderungen betreffend der Dokumentation von personenbezogenen Daten, prägen die LKF-Systementwicklungen der Jahre 2015 und 2016 (BMG 2013b, S. 14ff.; BMG 2013c, S. 21.; BMG 2014b, S. 19ff.; BMG 2014c, S. 22; BMG 2015b, S. 4ff.; BMG 2015c, S. 22; BMG 2015b, S. 4ff.; BMG 2015c, S. 22).

Die LKF-Systementwicklung im Jahr 2017 fokussierte sich auf die Implementierung des spitalsambulanten Modells in das LKF-System. Aus diesem Grund mussten zahlreiche Adaptionsmaßnahmen durchgeführt werden. Dies begründete die Entscheidung im Jahr 2018, nur notwendige Adaptionen durchzuführen. Ab dem LKF-Modell 2019 wurde das spitalsambulante Modell bundesweit einheitlich in das LKF-System eingegliedert (BMG 2016f, S. 17ff.; BMGF 2017d, S. 12ff.; BMASGK 2018d, S. 20ff.).

Auf Basis von Systemänderungen bzw. notwendigen Adaptionen werden die LDF-Pauschalen sowie die dazugehörigen Gruppen laufend überarbeitet. Die Veränderungen des stationären LKF-Modells der Jahre 2011 bis 2019 sind in Tabelle 40 übersichtlich dargestellt (BMG 2010c, S. 29ff.; BMG 2011b, S. 24ff.; BMG 2012b, S. 28ff.; BMG 2013b, S. 24ff.; BMG 2014b, S. 24ff.; BMG 2015b, S. 30ff.; BMGF 2016d, S. 8ff.; BMGF 2017a, S. 8f.; BMASGK 2018d, S. 43ff.).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Bereich der medizinischen Einzelleistungs-Gruppen (MEL)</b>									
MEL-Gruppen	209	209	208	208	209	210	201	202	198
LDF-Pauschalen	438	442	444	449	453	462	445	448	448
<b>Bereich der Hauptdiagnose-Gruppen (HDG)</b>									
HDG-Gruppen	219	219	219	219	219	218	220	220	220
LDF-Pauschalen	553	554	554	555	555	554	531	531	531
<b>Gesamt-LDF-Pauschalen</b>	991	996	998	1.004	1.008	1.016	976	979	979

**Tabelle 40:** Veränderungen der HDG- und MEL-Gruppen des LKF-Systems von 2011 bis 2019

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG 2010c, S. 29ff.; BMG 2011b, S. 24ff.; BMG 2012b, S. 28ff.; BMG 2013b, S. 24ff.; BMG 2014b, S. 24ff.; BMG 2015b, S. 30ff.; BMGF 2016d, S. 8ff.; BMGF 2017a, S. 8f.; BMASGK 2018d, S. 43ff.)

Zwischen den Jahren 2016 und 2017 sind enorme Veränderungen im Bereich der LDF-Pauschalen festzustellen. Diese ergeben sich aus der Implementierung des spitalsambulanten Bereiches in das LKF-System. Das spitalsambulante LKF-Modell, mit den dazugehörigen

ambulanten Einzelleistungs-Gruppen, ambulanten Pauschalgruppen und den jeweiligen LDF-Pauschalen der Jahre 2017 bis 2019, werden in Tabelle 41 dargestellt (BMGS 2016e, S. 3ff.; BMGF 2017b, S. 3ff.; BMASGK 2018d, S. 43ff.).

	2017	2018	2019
<b>Bereich der ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen (AMG)</b>			
AMG	36	37	38
LDF-Pauschalen	64	65	67
<b>Bereich der ambulanten Pauschalgruppen (PAG)</b>			
APG	80	81	83
LDF-Pauschalen	85	87	89
<b>Gesamt-LDF-Pauschalen</b>	<b>149</b>	<b>152</b>	<b>156</b>

**Tabelle 41:** Veränderungen der ambulanten medizinischen Einzelleistungs-Gruppen und ambulanten Pauschalgruppen des ambulanten LKF-Modells von 2017 bis 2019

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMGF 2016e, S. 3ff.; BMGF 2017b, S. 3ff.; BMASGK 2018d, S. 43ff.)

Neben dem bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereich besteht das LKF-System aus einem LKF-Steuerungsbereich. Dieser liegt im Kompetenzbereich der Landesgesundheitsfonds. Diese entscheiden, ob und in welcher Ausführung ein LKF-Steuerungsbereich angewendet wird. Bei Betrachtung der LKF-Steuerungsbereiche im Jahr 2018 ergeben sich drei Cluster (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 223; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 9; Hofmacher, Riedel 2001, S. 11f.; Czypionka et al. 2015, S. 121ff.; PRIKRAF 2019, S. 8.).

Das erste Cluster beinhaltet jene Bundesländer, welche auf eine Ausgestaltung eines LKF-Steuerungsbereiches verzichten. Aus diesem Grund werden die Mittel auf Basis der ungewichteten erwirtschafteten LKF-Punkte an die jeweiligen Fondskrankenanstalten verteilt. Hierzu zählen die Bundesländer Niederösterreich und Oberösterreich. Weiters existieren für die Fondskrankenanstalten des PRIKRAFs, gesonderte Regelungen, welche eine Anwendung eines LKF-Steuerungsbereiches untersagt (OÖ. GF 2019, S. 24ff.; NÖGUS o.J., S. 2f.; § 7 Absatz 2 PRIKRAF-G).

Jene, die das zur Verfügung stehende Budget, prozentuell zwischen dem bundesweit einheitlich LKF-Kernbereich und einem individuell gestalteten LKF-Steuerungsbereich aufteilen, gehören dem zweiten Cluster an. Die Bundesländer wenden eine teilweise multiplikative Gewichtung des LKF-Kernbereiches an. Da in diesen Fällen im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches die ungewichteten LKF-Punkte mit Gewichtungsfaktoren multipliziert werden. Hierzu zählen die Bundesländer Burgenland, Salzburg und Tirol (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 223; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 9; Bgld. Rechnungshof S. 99; § 9 SAGES-G; TGF 2020, S. 37ff.).

Das dritte Cluster beinhaltet die Bundesländer Kärnten, Steiermark, Vorarlberg und Wien. Diese Bundesländer verteilen die LKF-Mittel gänzlich durch Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches. Hierfür werden die erwirtschafteten ungewichteten LKF-Punkte aus dem LKF-Kernbereich mit einem definierten Gewichtungsfaktor multipliziert (gesamte multiplikative Gewichtung des LKF-Kernbereiches) (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 223; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2008, S. 9; KGF 2019, S. 21ff.; GFST 2019, S. 37ff.; Vlgb. LGF 2018, S. 45ff.; WGF 2018, S. 26ff.).

Weiters werden Regelungen, betreffend Betriebsabgangsdeckungen, im Rahmen der KAG (Krankenanstaltengesetze) der Bundesländer geregelt. Für Fondskrankenanstalten des PRI-KRAFs existieren gesonderte Regelungen. Auf Basis der unterschiedlichen Ausgestaltungen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, sind 10 Anwendungsformen des LKF-Systems in Österreich erkennbar (Hofmacher, Riedel 2001, S. 11f.; Czypionka et al. 2015, S. 121ff.; PRI-KRAF 2019, S. 8.).

Die jährlichen LKF-Systementwicklungen einerseits und die unterschiedlichen Anwendungen des LKF-Steuerungsbereiches andererseits, ergeben ein hoch komplexes System, welches laufend Änderungen unterlegen ist. Aufgrund dessen sind Vergleiche von LKF-Modellen unterschiedlicher Jahre kaum, bzw. nur eingeschränkt möglich. Dies wiederum begründet die Relevanz von Analysen der Adaptionmaßnahmen für die Wissenschaft, Ministerien und Entscheidungsträgern in Krankenanstalten.

## Literaturverzeichnis

**Amt der Tiroler Landesregierung (Landesregierung Tirol 2020):** Tiroler Krankenanstalten:  
<https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/krankenanstalten/tirolerkrankenanstalten/>  
(Zugriff: 18.01.2020).

**Bundesamt für Gesundheit (BAG 2019):** Tarifsysteem SwissDRG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/Tarifsysteem-SwissDRG.html> (Zugriff am 02.02.2020).

**Bundesamt für Statistik (BFS 2018):** Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz, Neuchâtel.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2010a):** LKF Broschüre. Das österreichische LKF-System, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2010b):** LKF Modell 2011, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2010c):** LKF Änderungen und Neuerungen im Modell 2011, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2010d):** LKF Systembeschreibung 2011, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2011a):** LKF Modell 2012, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2011b):** LKF Änderungen und Neuerungen im Modell 2012, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2011c):** LKF Systembeschreibung 2012, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2012a):** LKF Modell 2013, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2012b):** LKF Änderungen und Neuerungen im Modell 2013, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2012c):** LKF Systembeschreibung 2013, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2013a):** LKF Modell 2014, Wien.

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2013b):** LKF Änderungen und Neuerungen im Modell 2014, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2013c):** LKF Systembeschreibung 2014, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2013d):** Bericht zum Projekt „Dokumentation im ambulanten Bereich“, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2014a):** LKF Modell 2015, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2014b):** LKF Änderungen und Neuerungen im Modell 2015, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2014c):** LKF Systembeschreibung 2015, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2015a):** LKF Modell 2016, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2015b):** LKF Änderungen und Neuerungen im Modell 2016, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2015c):** LKF Systembeschreibung 2016, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2016a):** Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich 2017, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2016b):** Systembeschreibung 2017, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2016c):** Baumdarstellung der AMG- und APG-Fallpauschalen 2017, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2016d):** LKF Modell 2017, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2016e):** Bezeichnung und Punkte der AMG- und APG-Fallpauschalen 2017, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2016f):** Änderungen und Neuerungen im Modell 2017, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2017a):** LKF Modell 2018, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2017b):** Bezeichnung und Punkte der AMG- und PAG-Fallpauschalen 2018, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2017c):** LKF Systembeschreibung 2018, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2017d):** LKF Änderungen und Neuerungen im Modell 2018, Wien.

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK 2018a):** LKF Systembeschreibung 2019, Wien.

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK 2018b):** LKF Modell 2019, Wien.

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK 2018c):** Bezeichnung und Punkte der AMG- und APG-Fallpauschalen 2019, Wien.

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK 2018d):** Änderungen und Neuerungen in den LKF-Modellen 2019 für den stationären und ambulanten Bereich, Wien.

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK 2018e):** Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich 2019, Wien.

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK 2019):** LKF Systembeschreibung 2020, Wien.

**Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK 2019):** Die Landesgesundheitsfonds. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Institutionen/Die-Landesgesundheitsfonds.html> (Zugriff am 07.02.2020).

**Bundes-Verfassungsgesetz:** In: BGBl. Nr. 1/1930 idF BGBl. I NR. 100/2003.

**Burgenländischer Gesundheitsfonds (BURGEF 2019):** Jahresbericht 2018, Eisenstadt.

- Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 (Bgl. KAG):** In: LGBl. Nr. 52/2000 idF LGBl. Nr. 25/2018.
- Burgenländischer Landes-Rechnungshof (2019):** Prüfbericht. Allgemeine Krankenanstalten im Burgenland, Eisenstadt.
- Busse, R. et al. (2013):** Diagnosis related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? In: BMJ: British Medical Journal, 346(7916), F3197.
- Czypionka, T., Röhrling, G., Kronemann, F., & Reiss, M. (2015):** Schwerpunkt Spitalsfinanzierung: Woher kommt das Geld? In: Health System Watch 1/2015, S. 121-136.
- Czypionka, T., Kronemann, F. (2015):** Bezahlungssysteme von Spitälern im internationalen Vergleich. In: Health System Watch II/2015, S. 285-300.
- Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (2020):** Krankenhausfinanzierung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html#c2621> (Zugriff am: 20.01.2020).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DMDI 2019a):** Klassifikationen. ICD. ICD-10-GM: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/> (Zugriff am 02.02.2020).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DMDI 2019b):** Klassifikationen. OPS. Anwendung und Zweck. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/anwendung/zweck/#gdrgr> (Zugriff am 02.02.2020).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DMDI 2019c):** <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/> (Zugriff am 02.02.2020).
- Dienesch S.; Heitzenberger G. (1997):** Krankenanstaltenfinanzierung 9 mal anders. In: österreichische Krankenhauszeitung 38, 12/1997, 5-8.
- Fischer, W. (2007):** Die DRG-Familie. <https://fischer-zim.ch/textk-pcs/index.htm> (Zugriff am 02.02.2020).

- GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausesellschaft (FPV 2019):** Fallpauschalenvereinbarung 2019
- Gesundheitsfonds Steiermark (GFST 2019):** Jahresbericht 2018, Graz.
- Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D., Quentin, W., & Busse, R. (2012):** DRG-Systeme in Europa. In: Bundesgesundheitsblatt, 55 (5), 633-642.
- Herndl, S. (2010):** Die Evolution des österreichischen leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungssystems, Magisterarbeit Uni Wien, Wien.
- Hofmarcher, M.M.; Riedel, M. (2001):** Gesundheitsausgaben in der EU: Ohne Privat kein Staat. Schwerpunktthema: Das österreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neuen Systeme? Health System Watch, 1/Frühjahr, Institute for Advanced Studies Vienna, Austria
- Kärntner Gesundheitsfonds (KGF 2019):** Tätigkeitsbericht 2018, Klagenfurt.
- Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K-KAO):** In: LGBl. Nr. 26/1999 idF LGBl. Nr. 71/2018.
- Krankenanstaltengesetz Tirol (Tir. KAG):** In: LGBl. Nr. 77/1992 idF LGBl. Nr. 144/2018.
- Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG):** In: BGBl. Nr. 1/1957 idF BGBl. I Nr. 14/2019.
- Leonard, K., Rauner, M.S., Schaffhauser-Linzatti, M.M. et al. (2003):** The effect of funding policy on day week admission and discharges in hospitals: the cases of Canada and Austria. Health Policy 63, 239-257.
- NÖ Landeskliniken Holding (NÖ LKH 2020):** Niederösterreichische Klinikstandorte. <https://www.lknoe.at/kliniken.html> (Zugriff am: 27.01.2020)
- Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS o.J.):** Richtlinie für die LF-Voranschlagserstellung für das Jahr 2018, St. Pölten.
- Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS 2019):** Tätigkeitsbericht 2018, St. Pölten.

- Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS 2020):** Über uns. Die Geschichte des NÖGUS. <https://www.noegus.at/ueber-uns/> (Zugriff am: 27.01.2020).
- Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG):** In: LBGI. 944-0 idF LGBl. Nr. 37/2018.
- Oberösterreichischer Gesundheitsfonds (OÖ. GF 2019):** Geschäftsbericht 2018. Tätigkeit und Gebarung, Linz.
- Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1997 (OÖ. KAG):** In: LGBl. NR. 132/1997 idF LBGI. Nr. 73/2018.
- Österreichisches Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin (ADI 2019):** Datensatz für Intensivmedizin. [https://www.asdi.ac.at/de\\_AT/allgemeines/datensatz-intensivmedizin/](https://www.asdi.ac.at/de_AT/allgemeines/datensatz-intensivmedizin/) (Zugriff: 22.11.2019).
- Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF 2019):** Jahresbericht 2018, Wien.
- Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF 2020):** Startseite. <http://www.prikraf.info/index.php> (Zugriff:18.01.2020).
- Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz (PRIKRAF-G):** In: BGBl. NR. 165/2004 idF BGBl. I Nr. 100/2018.
- Rauner, M.S., & Schaffhauser-Linzatti, M.M. (2002):** Impact of the new Austrian inpatient payment strategy on hospital behaviour: a system-dynamics model. In: Socio-Economic Planning Sciences 36, 161-182.
- Rauner, M.S., & Schaffhauser-Linzatti, M.M. (1999):** Evaluation of the new Austrian Inpatient Reimbursement System. In: Monitoring, Evaluating, Planning Health Services (pp. 221-233). World Scientific Publishing Pte.
- Rauner, M.S., & Schaffhauser-Linzatti, M.M. (2008):** Quo vadis Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung? Österreichische Erfahrungen und Perspektiven. In: Schauer, R., Helmig, B., Putschert, R., Wirt, D. (Hrsg.) Steuerung und Kontrolle in Nonprofit-Organisationen, 8. Colloquium der NPO-Forscher im deutschsprachigen Raum. Johannes Kepler Universität Linz, 17.-18. April 2008, 335-364.

- Rechnungshof Österreich (2010):** Teilbereiche der Gesundheitsreform 2004 mit Länderaspekt in Tirol und Wien, Wien.
- Rechnungshof Österreich (2017a):** Bericht des Rechnungshofes. Landesgesundheitsfonds Kärnten und Vorarlberg, Wien.
- Rechnungshof Österreich (2017b):** Bericht des Rechnungshofes. Landesgesundheitsfonds Burgenland und Steiermark, Wien.
- Rechnungshof Österreich (2019):** Bericht des Rechnungshofes. System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen.
- Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES 2019):** Bericht 2018, Salzburg.
- Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG):** In: LGBl. Nr. 24/2000 idF LGBl. Nr. 82/2018.
- Salzburger Gesundheitsfondsgesetz (SAGES-G):** In: LGBl. Nr. 121/2015 idF LGBl. Nr. 100/2018.
- Schaffhauser-Linzatti, M. M., Zeileis, A., & Rauner, M. S. (2009):** Effects of the Austrian performance-oriented inpatient reimbursement system on treatment patterns: illustrated on cases with knee-joint problems. Central European Journal of Operations Research, Nr. 17(3), 293-314.
- Spitalsbeitragsgesetz Vorarlberg (Vlg. SpBG):** In: LGBl. Nr. 8/1987 idF LGBl. Nr. 52/2016.
- Steirisches Krankenanstaltengesetz 2012 (Stmk. KAG 2012):** In: LGBl. NR. 111/2012 idF LGBl. NR. 63/2018.
- SwissDRG AG (2018a):** Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, Bern.
- SwissDRG AG (2018b):** Fallpauschalen-Katalog. SwissDRG-Version 8.0, Bern.
- Tirol Kliniken GmbH (Tirol Kliniken GmbH 2020):** Über Uns. Unternehmen Gesundheit. <https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=ueber-uns> (Zugriff: 18.01.2020).

**Tiroler Gesundheitsfonds (TGF 2020):** Tätigkeitsbericht und Rechnungsabschluss 2018, Innsbruck.

**Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens:** In: BGBl. I 105/2008 i.d.F. BGBl. I Nr. 98/2017.

**Weltgesundheitsorganisation (WHO 1999):** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) in Occupational Health, Geneva.

**Weltgesundheitsorganisation (WHO 2020) Classifications:** <https://www.who.int/classifications/icd/en/> (Zugriff am 02.05.2020)

**Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG):** In: LGBl. Nr. 19/1988 idF. LGBl. NR. 49/2018.

## **Abstract**

Seit dem Jahr 1997 wird in Österreich das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) als Patientenabrechnungssystem verwendet. Hierbei handelt es sich um ein eigens gestaltetes DRG-System (Diagnosis-Related-Groups). Bei Anwendung eines DRG-Systems, werden Patienten in möglichst homogene Gruppen eingeteilt. Dies ermöglicht, die Transparenz und Effizienz eines Patientenabrechnungssystems zu steigern. Im Rahmen des LKF-Systems, wurden zunächst ausschließlich stationäre Behandlungen in den Fondskrankenanstalten abgerechnet. Ab dem LKF-Modell 2017 wurde das System auf den spitalsambulanten Bereich erweitert. Zu den Fondskrankenanstalten zählen öffentliche Sonder- und Allgemeinkrankenanstalten und private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten. Das LKF-System beinhaltet zwei Bereiche. Einen bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereich und einen LKF-Steuerungsbereich, dessen Gestaltungskompetenz bei den neun Bundesländern, sowie dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) liegt. Im Rahmen dieser Masterarbeit, werden die LKF-Systementwicklungen des Kernbereiches der Jahre 2011 bis 2019 analysiert. Für diese Analysen wurden Daten des zuständigen Ministeriums erhoben und aufbereitet, um die LKF-Systementwicklungen der Jahre 2011 bis 2019 zu beschreiben. Weiters konzentriert sich die Masterarbeit auf die unterschiedlichen Ausgestaltungen des LKF-Steuerungsbereiches, der neun Bundesländer und des PRIKRAF in Österreich. Hierfür wurden Daten für das Jahr 2018 erhoben und analysiert. Die Gestaltungsspielräume der Landesgesundheitsfonds und die Regelungen des PRIKRAF, ergeben 10 unterschiedliche Formen für die Abrechnung von stationären und spitalsambulanten Leistungen von Fondskrankenanstalten, an Patienten im Rahmen des LKF-Systems in Österreich. Aufgrund der laufenden Adaptierungen und unterschiedlichen Ausgestaltungen zur Anwendung des LKF-Steuerungsbereiches, ergibt sich ein hoch komplexes System.

## **Anhang 1: E-Mailkorrespondenz – Vorarlberger Landesregierung**

E-Mailverkehr betreffend des Tätigkeitsberichtes des Landesgesundheitsfonds 2018, Mitarbeiter der Abteilung Gesundheit und Sport der Vorarlberger Landesregierung, Fachbereich Recht, 10.02.2020 & 11.02.2020.

**Von:** Welte Stefan

**Gesendet:** Montag, 10. Februar 2020 16:43

**An:** j.aigner@live.at

**Betreff:** Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds 2018

Sehr geehrte Frau Aigner,

leider kann ich Ihnen den Tätigkeitsbericht 2018 des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds (noch) nicht zusenden. Bei der Landtagssitzung am 5.2.2020 wurde nämlich erst die formelle Zuweisung an den Landtag bzw zur Beratung in den einschlägigen Ausschüssen durchgeführt. Die tatsächliche Behandlung des Berichtes im Vorarlberger Landtag erfolgt somit erst bei der nächsten Sitzung, die am 11.3.2020 stattfinden wird.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Welte

**Stefan Welte**

Fachbereich Recht

Abteilung Gesundheit und Sport (IVb)

Amt der Vorarlberger Landesregierung

Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

T +43 5574 511 24213

M +43 664 6255882

stefan.welte@vorarlberg.at

www.vorarlberg.at

www.vorarlberg.at/datenschutz

Rechtsverbindlichen Schriftverkehr

(z. B. Anträge, Rechtsmittel) richten Sie an:

Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

land@vorarlberg.at

F +43 5574 511 920095

**Von:** Julia Aigner <j.aigner@live.at>

**Gesendet:** Montag, 10. Februar 2020 16:54

**An:** Welte Stefan <Stefan.Welte@vorarlberg.at>

**Betreff:** AW: Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds 2018

Sehr geehrte Herr Welte,

vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Gibt es eventuell die Möglichkeit, mir Informationen in Bezug auf die Ausgestaltung des LKF-Steuerungsbereiches zu zusenden?

Konkret untersuche ich im Rahmen meiner Masterarbeit die unterschiedlichen Steuerungsbe-  
reiche in Österreich.

Laut dem Tätigkeitsbericht 2017, wird für die Fondkrankenanstalten in Vorarlberg eine Fak-  
torengewichtung angewendet. Wobei zwei Krankenanstalten (Dornbirn und Bregenz) einen  
Faktor von 1,02 aufweisen und Feldkirch einen Faktor von 1,07. Gibt es öffentlich zugängli-  
che Informationen, in Bezug auf Änderungen der Ausgestaltung des Steuerungsgebietes  
2018 im Vergleich zum Jahr 2017.

Mit freundlichen Grüßen

Julia Aigner

**Von:** Welte Stefan <Stefan.Welte@vorarlberg.at>

**Gesendet:** Montag, 10. Februar 2020 17:08

**An:** Julia Aigner <j.aigner@live.at>

**Betreff:** AW: Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds 2018

Sehr geehrte Frau Aigner,

da die Agenden des Landesgesundheitsfonds nicht zu meinem Tätigkeitsbereich gehören,  
kann ich Ihre Fragen heute nicht mehr beantworten. Morgen kann ich aber eine Kollegin vom  
Fonds dazu befragen und werde Ihnen dann eine Rückmeldung geben.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Welte

**Stefan Welte**

Fachbereich Recht

Abteilung Gesundheit und Sport (IVb)

Amt der Vorarlberger Landesregierung

Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

T +43 5574 511 24213

M +43 664 6255882

stefan.welte@vorarlberg.at

www.vorarlberg.at

www.vorarlberg.at/datenschutz

Rechtsverbindlichen Schriftverkehr

(z. B. Anträge, Rechtsmittel) richten Sie an:

Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

land@vorarlberg.at

F +43 5574 511 920095

**Von:** Welte Stefan <Stefan.Welte@vorarlberg.at>

**Gesendet:** Dienstag, 11. Februar 2020 09:40

**An:** Julia Aigner <j.aigner@live.at>

**Betreff:** AW: Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds 2018

Sehr geehrte Frau Aigner,

zu Ihrer konkreten Frage können wir mitteilen, dass sich an der Gewichtung der Leistungen im LKF-Steuerungsbereich in der Richtlinie über das leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierungssystem in Vorarlberg – Stammfassung (LKF-Modell), die mit 1.1.2020 in Kraft getreten ist, gegenüber 2017 keine Änderung ergibt. Die ungewichteten fondsrelevanten LDF-Punkte der einzelnen Fondskrankenanstalten werden nach wie vor wie folgt ermittelt:

Das Landeskrankenhaus Feldkirch als Schwerpunktkrankenhaus erhält einen Gewichtungsfaktor von 1,07 (Gewichtung sämtlicher Punkte mit 107 %);

Das Landeskrankenhaus Bregenz und das Krankenhaus der Stadt Dornbirn als Standardkrankenhäuser mit erweitertem Versorgungsauftrag erhalten einen Gewichtungsfaktor von 1,02 (Gewichtung sämtlicher Punkte mit 102 %);

Die restlichen Fondskrankenanstalten erhalten einen Gewichtungsfaktor von 1,0 (Gewichtung sämtlicher Punkte mit 100 %).

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Welte

**Stefan Welte**

Fachbereich Recht

Abteilung Gesundheit und Sport (IVb)

Amt der Vorarlberger Landesregierung

Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

T +43 5574 511 24213

M +43 664 6255882

stefan.welte@vorarlberg.at

www.vorarlberg.at

www.vorarlberg.at/datenschutz

Rechtsverbindlichen Schriftverkehr

(z. B. Anträge, Rechtsmittel) richten Sie an:

Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

land@vorarlberg.at

F +43 5574 511 920095

**Von:** Julia Aigner <j.aigner@live.at>

**Gesendet:** Dienstag, 11. Februar 2020 16:34

**An:** Welte Stefan <Stefan.Welte@vorarlberg.at>

**Betreff:** AW: Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds 2018

Sehr geehrte Herr Welte,

vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Die Daten aus Ihrer heutigen E-Mail, helfen mir sehr weiter. Dürfte ich diese E-Mail als Quell, zur Erläuterung des Steuerungsberreiches 2018, in meine Masterarbeit aufnehmen?

Weiters habe ich noch eine Frage. Im Tätigkeitsbericht 2017 werden 7 Fondkrankenanstalten angeführt. Ist diese Anzahl 2018 gleichgeblieben?

Mit freundlichen Grüßen

Julia Aigner

**Von:** Welte Stefan <Stefan.Welte@vorarlberg.at>

**Gesendet:** Dienstag, 11. Februar 2020 16:51

**An:** Julia Aigner <j.aigner@live.at>

**Betreff:** AW: Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds 2018

Guten Tag Frau Aigner,

Sie können das E-Mail gerne als Quellangabe verwenden.

Die Zahl der Fondskrankenanstalten ist unverändert geblieben (7 KA: LKH Bludenz, LKH Bregenz, KH der Stadt Dornbirn, LKH Hohenems, LKH Rankweil, Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene, LKH Feldkirch).

Alles Gute für Ihre Masterarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Welte

**Stefan Welte**

Fachbereich Recht

Abteilung Gesundheit und Sport (IVb)

Amt der Vorarlberger Landesregierung

Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

T +43 5574 511 24213

M +43 664 6255882

stefan.welte@vorarlberg.at

[www.vorarlberg.at](http://www.vorarlberg.at)

[www.vorarlberg.at/datenschutz](http://www.vorarlberg.at/datenschutz)

Rechtsverbindlichen Schriftverkehr

(z. B. Anträge, Rechtsmittel) richten Sie an:

Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

land@vorarlberg.at

## **Anhang 2: Telefonnotiz – Wiener Landesgesundheitsfonds vom 14.02.2020**

Telefonat betreffend Ausgestaltung Steuerungsbereich Wien für das Jahr 2018, Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Wiener Landesgesundheitsfonds, Wien, 14.02.2020.

Datum: 14.02.2020      Uhrzeit: 10:15

- Faktorengewichtung von 2017 wird weitergeführt (auch 2018)
  - St.-Anna-Kinderspital: 1,17
  - AKH: 1,17
- ambulanter Bereich
  - Faktorengewichtung ident
  - Strukturpauschale + leistungsbezogene Abrechnung
    - Man entschied sich für eine Strukturpauschale, die sich in den nächsten Jahren verringert, um starke Verschiebungen zwischen den Fondskrankenanstalten zu vermeiden bzw. auszugleichen.
    - Strukturpauschalen
      - 2018: 60 Mio.
      - 2019: 30 Mio.
      - 2020: 24 Mio.

Kontaktdaten:

Herr Alexander Swoboda  
Wiener Gesundheitsfonds  
Geschäftsstelle  
01/4000 84 225

## **Anhang 3: Telefonnotiz – Wiener Landesgesundheitsfonds vom 05.05.2020**

Telefonat betreffend Wiener Fondkrankenanstalten im LKF-System 2018, Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Wiener Landesgesundheitsfonds, Wien, 05.05.2020.

Auflistung der Fondkrankenanstalten Wien im Rahmen des LKF-Systems 2018:

- **Krankenanstalten der Stadt Wien:**
  - Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien (AKH)
  - SMZ Floridsdorf
  - SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital
  - Krankenhaus Hietzing mit Neurologischen Zentrum Rosenhügel
  - Krankenanstalt Rudolfstiftung
  - Wilhelminenspital
  - Orthopädisches Krankenhaus Gersthof
  - St. Anna Kinderspital
  - SMZ Ost – Donauspital
  - SMZ Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital
  
- **weitere Krankenanstalten**
  - Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien
  - Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien
  - Herz-Jesu-Krankenhaus
  - Franziskus Spital
  - St. Josef-Krankenhaus

- Orthopädisches Spital Speising
- Krankenhaus Göttlicher Heiland
- Evangelischer Krankenhaus Wien
- Hanusch-Krankenhaus

**Kontaktdaten:**

Herr Alexander Swoboda  
Weiner Gesundheitsfonds  
Geschäftsstelle  
01/4000 84 225

## **Anhang 4: E-Mailkorrespondenz – Salzburger Gesundheitsfonds**

E-Mailverkehr betreffend, der Ausgestaltung des LKF-Steuerungsbereiches 2018 in Salzburg, Geschäftsführerin des Salzburger Gesundheitsfonds, von 05.05.2020 bis 14.05.2020.

**Von:** Julia Aigner <j.aigner@LIVE.AT>

**Gesendet:** Dienstag, 5. Mai 2020 13:22

**An:** Stolzlechner Beate <beate.stolzlechner@salzburg.gv.at>

**Betreff:** Masterarbeit zur Evaluation des österreichischen LKF-Systems - LKF-Steuerungsbereich Salzburg

Sehr geehrte Frau Dr. Stolzlechner,

vielen Dank für das nette Telefonat und die Erlaubnis Ihnen meine Fragen zu schicken.

Im Rahmen meiner Masterarbeit, mit der Spezialisierung Public and Non-Profit Management an der Universität Wien, beschäftige ich mich mit der Evaluation des österreichischen LKF-Systems. Ein Teil dieser Arbeit konzentriert sich auf die Beschreibung der unterschiedlichen Ausgestaltungen der LKF-Steuerbereiche für 2018 in den Bundesländern. Um diese Ausgestaltungen analysieren zu können, benötige ich Unterlagen bzw. Informationen bezüglich der Systematik für die Fondskrankenanstalten in Salzburg.

Als Basisliteratur hierzu dienen mir die Tätigkeitsberichte der einzelnen Bundesländer. In Ihrem Tätigkeitsbericht finde ich leider keine konkreten Aussagen, wie der Steuerungsbereich im Jahr 2018 ausgestaltet wurde. Daher bitte ich Sie um Informationen betreffend, der Ausgestaltung des LKF-Systems in Ihrem Bundesland.

Im Rahmen meiner Masterarbeit beschreibe ich, welche Bundesländer aufgrund welcher Regelungen die Mittel an die unterschiedlichen Fondskrankenanstalten verteilen. Konkret untersuche ich ob eine prozentuelle Trennung zwischen dem LKF-Kernbereich und dem LKF-Steuerungsbereich angewendet wird und mit welchen Faktorengewichtungen die Mittel an die Fondskrankenanstalten aufgeteilt werden.

Über Ihre Unterstützung würde ich mich herzlich freuen und möchte mich hiermit bei Ihnen bedanken. Die Beschreibung der unterschiedlichen Ausgestaltungen, ist für mich ein essenzieller Bestandteil, um meine Masterarbeit schreiben zu können.

Ich bin unter meiner Telefonnummer: 0664/ 2387 288 oder meiner E-Mail-Adresse j.aigner@live.at erreichbar.

Mit freundlichen Grüßen

Julia Aigner

**Von:** Stolzlechner Beate <beate.stolzlechner@salzburg.gv.at>

**Gesendet:** Dienstag, 12. Mai 2020 14:52

**An:** Julia Aigner <j.aigner@live.at>

**Betreff:** AW: Masterarbeit zur Evaluation des österreichischen LKF-Systems - LKF-Steuerungsbereich Salzburg

Sehr geehrte Frau Aigner:

Der Steuerungsbereich des Salzburger Fonds ist in § 9 des SAGES-G 2016 geregelt. Dieser wird ausschließlich aus Mitteln des Landes und der Gemeinden bezahlt.

Die Berechnungsgrundlage des Strukturbedarfes ergibt sich aus dem Schnitt des um den Finanzbedarf (§ 14 SAGES-G) bereinigten Betriebsabganges der Jahre drei letzten Jahre.

Zusätzlich können auch gem. § 9 Abs 1 c) Vorweganteile nach den angeführten Kriterien genehmigt werden.

Es werden in etwa 25-30% sämtlicher, für stationäre LKF-Leistungen zur Verfügung stehende Mittel nach diesem Finanzierungsbedarf in vierteljährlichen Teilbeträgen ausbezahlt.

Im Bericht 2018 ist unter 1.4. bei der Mittelverwendung ein Teil als „Strukturbedarf“ – angeführt.

Mit besten Grüßen

Beate Stolzlechner

Dr. Beate Stolzlechner

Geschäftsführerin

Salzburger Gesundheitsfonds

Sebastian-Stief-Gasse 2, 5020 Salzburg

Tel.: +43 662 8042-2074

Fax: +43 662 8042-2840

<mailto:beate.stolzlechner@salzburg.gv.at>

<mailto:sages@salzburg.gv.at>

<http://www.salzburg.gv.at>

**Von:** Julia Aigner <[j.aigner@live.at](mailto:j.aigner@live.at)>

**Gesendet:** Mittwoch, 13. Mai 2020 15:25

**An:** Stolzlechner Beate <[beate.stolzlechner@salzburg.gv.at](mailto:beate.stolzlechner@salzburg.gv.at)>

**Betreff:** AW: Masterarbeit zur Evaluation des österreichischen LKF-Systems - LKF-Steuerungsbereich Salzburg

Sehr geehrte Frau Dr. Stolzlechner,

vielen Dank für Ihre E-Mail.

Nach Durchsicht der von Ihnen erwähnten Unterlagen habe ich noch weitere Fragen.

Ist meine Schlussfolgerung korrekt, dass im Jahr 2018 ein additives Verfahren angewendet wurde. Also ein Teil der Mittel im Rahmen des LKF-Kernbereiches und des LKF-Steuerungsbereich an die Fondkrankenanstalten verteilt wurde?

Gemäß §9 Abs 1 lit b und c werden im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches unter Berücksichtigung der Betriebsabgänge der Fondkrankenanstalten und besonderen Erfordernisse, wie eine Zentralversorgung, berücksichtigt. Ist die Annahme richtig, dass die unter 1.4 angegebenen Stationärleistungen in Höhe von € 374,68 Mio. Zahlungen aus dem LKF-System darstellen und so wie von Ihnen beschrieben der Strukturbedarf 2018 Zahlungen in Höhe von € 111,00 Mio. Zahlungen aus dem LKF-Steuerungsbereich darstellen? Werden diese Beträge prozentuell betrachtet ergibt dies einen Anteil von 29,62% für den LKF-Steuerungsbereich.

Unter den oben beschriebenen Annahmen ergäbe sich für mich, dass rund 30% der Mittel aufgrund des Steuerungsbereiches unter Berücksichtigung Betriebsabgänge und besonderen Erfordernissen (§9 Abs 1 lit b und lit c) an die Fondkrankenanstalten verteilt werden. Die übrigen 70% der Mittel werden im Rahmen des bundeseinheitlichen LKF-Kernbereiches verteilt.

Über eine Rückmeldung würde ich mich sehr freuen, da ein wesentlicher Teil meiner Masterarbeit die Beschreibung der Ausgestaltung der Mittelverteilung an die Fondkrankenanstalten darstellt.

Mit freundlichen Grüßen

Julia Aigner

**Von:** Stolzlechner Beate <beate.stolzlechner@salzburg.gv.at>

**Gesendet:** Donnerstag, 14. Mai 2020 09:49

**An:** Julia Aigner <j.aigner@live.at>

**Betreff:** AW: Masterarbeit zur Evaluation des österreichischen LKF-Systems - LKF-Steuerungsbereich Salzburg

Sehr geehrte Frau Aigner!

Im Jahr 2018 wurden alle Mittel der SV/Bund/Ust-Anteile Bund/Land/Gemeinde (LKF-Kernbereich) nach Abzug der Mittel gem. § 10, 11, 13 u 14 SAGES-G 2016 und ein Teil der Mittel gemäß § 8, nach Abzug des Verwaltungsaufwandes (§ 16 leg cit) nach ungewichteten LKF-Punkten für stationäre Leistungen an die KH ausbezahlt (374,68 Mio). Ein Teil der Mittel gem § 8 – Landes- und Gemeindemittel, wurden nach dem LKF-Steuerungsbereich (111 Mio) ausbezahlt.

Mit freundlichen Grüßen

Beate Stolzlechner