



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Die Evolution des österreichischen leistungsorientierten
Krankenhausfinanzierungssystems“

Verfasserin

Bakk. rer. soc. oec. Sabrina Herndl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
(Mag. rer. soc. oec.)

Wien, im Dezember 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 915

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Magisterstudium Betriebswirtschaft

Betreuerin / Betreuer:

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis.....	X
1 Einleitung	1
1.1 Die Bedeutung des österreichischen Gesundheitswesens	1
1.2 Ziel der Arbeit	2
1.3 Aufbau der Arbeit.....	2
2 Allgemein.....	3
2.1 Entwicklung des österreichischen LKF-Systems unter Berücksichtigung anderer leistungsfähiger Krankenanstaltenfinanzierungssysteme.....	3
2.2 Vor- und Nachteile vier verschiedener Krankenanstaltenfinanzierungssysteme	5
2.3 Aufbau des LKF-Systems in Österreich.....	10
2.4 Einführung des österreichischen LKF-Systems im Jahr 1997	15
3 Adaptierung des LKF-Systems von 1998 bis 2001	22
3.1 Systementwicklung für das Jahr 1998	22
3.2 Systementwicklung für das Jahr 1999	30
3.3 Systementwicklung für das Jahr 2000	37
3.4 Systementwicklung für das Jahr 2001	43
3.5 Resümee	47
4 Adaptierung des LKF-Systems von 2002 bis 2008	51
4.1 Systementwicklung für das Jahr 2002	51
4.2 Systementwicklung für das Jahr 2003	65
4.3 Systementwicklung für das Jahr 2004	71
4.4 Systementwicklung für das Jahr 2005	79
4.5 Systementwicklung für das Jahr 2006	84
4.6 Systementwicklung für das Jahr 2007	91
4.7 Systementwicklung für das Jahr 2008	98
4.8 Resümee	103

5	Adaptierung des LKF-Systems für die Jahre 2009 und 2010	108
5.1	Systementwicklung für das Jahr 2009	108
5.2	Systementwicklung für das Jahr 2010	118
5.3	Resümee	125
6	Schlussfolgerung	129
	Literaturverzeichnis.....	133
	Anhang 1: Deutsche Zusammenfassung	139
	Anhang 2: Englische Zusammenfassung	141
	Anhang 3: Curriculum Vitae	143
	Anhang 4: Eidesstattliche Erklärung.....	144

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Elemente eines rationalen Krankenhausvergütungssystems – Wirkungshypothesen alternativer Leistungseinheiten.....	5
Tabelle 2:	Typen von Gliederungsmerkmalen	17
Tabelle 3:	Änderungen 1998 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	25
Tabelle 4:	Änderungen 1999 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	32
Tabelle 5:	Änderungen 2000 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	39
Tabelle 6:	Änderungen 2001 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	45
Tabelle 7:	Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Chirurgie/Orthopädie, Geriatrie, Pathologie und Gynäkologie/Urologie von 1998 bis 2001	47
Tabelle 8:	Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Kardiologie, Interne/Nephrologie/Pulmologie, Onkologie/Hämatologie und Strahlentherapie/Nuklearmedizin/Radiologie von 1998 bis 2001	48
Tabelle 9:	Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie und Augenheilkunde von 1998 bis 2001	49
Tabelle 10:	Änderungen 2002 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	54
Tabelle 11:	Änderungen 2003 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	67

Tabelle 12: Änderungen 2004 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	73
Tabelle 13: Änderungen 2005 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	81
Tabelle 14: Änderungen 2006 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	86
Tabelle 15: Änderungen 2007 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	92
Tabelle 16: Änderungen 2008 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	100
Tabelle 17: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Chirurgie/Orthopädie, Geriatrie, Pathologie und Gynäkologie/Urologie von 2002 bis 2008	105
Tabelle 18: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Kardiologie, Interne/Nephrologie/Pulmologie, Onkologie/Hämatologie und Strahlentherapie/Nuklearmedizin/Radiologie von 1998 bis 2001	106
Tabelle 19: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie und Augenheilkunde von 2002 bis 2008....	107
Tabelle 20: Änderungen 2009 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert	111
Tabelle 21: Änderungen 2010 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Leistungszuschlag, Belagsdauerzuschlag, -untergrenze, -obergrenze und -mittelwert.....	119
Tabelle 22: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Chirurgie/Orthopädie, Geriatrie, Pathologie und Gynäkologie/Urologie von 2009 und 2010.....	125

Tabelle 23: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Kardiologie, Interne/Nephrologie/Pulmologie, Onkologie/Hämatologie und Strahlentherapie/Nuklearmedizin/Radiologie von 2009 und 2010	126
Tabelle 24: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie und Augenheilkunde von 2009 und 2010	127
Tabelle 25: Überblick über die Änderungen von HDG-Gruppen, MEL-Gruppen und LDF-Gruppen von 1997 - 2010	131

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	LKF-System	10
Abbildung 2:	Zuordnung der Patienten im LKF-Modell.....	12
Abbildung 3:	Zuordnung der HDG- & MEL-Gruppen zu Abteilungen/Stationen 1997.....	15
Abbildung 4:	Zuordnung der LDF-Gruppen zu den Abteilungen/Stationen 1997.....	16
Abbildung 5:	Allgemeine Abrechnungsvoraussetzungen 1997.....	18
Abbildung 6:	Sonderbereiche 1997	19
Abbildung 7:	Änderungen der HDG- & MEL-Gruppen 1998	23
Abbildung 8:	Änderungen der LDF-Gruppen 1998	24
Abbildung 9:	Allgemeine Abrechnungsänderungen 1998.....	26
Abbildung 10:	Änderungen der Sonderbereiche 1998.....	27
Abbildung 11:	Änderungen HDG- & MEL-Gruppen 1999	30
Abbildung 12:	Änderungen der LDF-Gruppen 1999.....	31
Abbildung 13:	Allgemeine Abrechnungsänderungen 1999	33
Abbildung 14:	Änderungen der Sonderbereiche 1999.....	34
Abbildung 15:	Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2000.....	37
Abbildung 16:	Änderungen der LDF-Gruppen 2000.....	38
Abbildung 17:	Allgemeine Abrechnungsänderungen 2000.....	40
Abbildung 18:	Änderungen der Sonderbereiche 2000.....	41
Abbildung 19:	Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2001	43
Abbildung 20:	Änderungen der LDF-Gruppen 2001	44
Abbildung 21:	Allgemeine Abrechnungsänderungen 2001	46
Abbildung 22:	Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2002.....	52
Abbildung 23:	Änderungen der LDF-Gruppen 2002.....	53
Abbildung 24:	Allgemeine Abrechnungsänderungen 2002.....	55
Abbildung 25:	Änderungen der Sonderbereiche 2002.....	56
Abbildung 26:	Tagesklinikmodell 2002.....	61
Abbildung 27:	Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2003	65
Abbildung 28:	Änderungen der LDF-Gruppen 2003	66
Abbildung 29:	Allgemeine Abrechnungsänderungen 2003	68
Abbildung 30:	Änderungen der Sonderbereiche 2003	69

Abbildung 31: Änderungen des Tagesklinikmodells 2003	70
Abbildung 32: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2004	71
Abbildung 33: Änderungen der LDF-Gruppen 2004	72
Abbildung 34: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2004	74
Abbildung 35: Änderungen der Sonderbereiche 2004	75
Abbildung 36: Änderungen des Tagesklinikmodells 2004	77
Abbildung 37: Änderungen des HDG- und MEL-Gruppen 2005	79
Abbildung 38: Änderungen der LDF-Gruppen 2005	80
Abbildung 39: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2005	82
Abbildung 40: Änderungen der Sonderbereiche 2005	83
Abbildung 41: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2006	84
Abbildung 42: Änderungen der LDF-Gruppen 2006	85
Abbildung 43: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2006	87
Abbildung 44: Änderungen der Sonderbereiche	88
Abbildung 45: Änderungen des Tagesklinikmodells 2006	89
Abbildung 46: Änderungen der LDF-Punkte 2007	91
Abbildung 47: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2007	93
Abbildung 48: Änderungen der Sonderbereiche 2007	94
Abbildung 49: Änderungen des Tagesklinikmodells 2007	97
Abbildung 50: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2008	98
Abbildung 51: Änderungen der LDF-Gruppen 2008	99
Abbildung 52: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2008	101
Abbildung 53: Änderungen des Tagesklinikmodells 2008	102
Abbildung 54: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2009	109
Abbildung 55: Änderungen der LDF-Gruppen 2009	110
Abbildung 56: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2009	112
Abbildung 57: Änderungen der Sonderbereiche 2009	114
Abbildung 58: Änderungen des Tagesklinikmodells 2009	117
Abbildung 59: Änderungen der LDF-Gruppen 2010	118
Abbildung 60: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2010	120
Abbildung 61: Änderungen der Sonderbereiche 2010	122
Abbildung 62: Änderungen des Tagesklinikmodells 2010	124

Abkürzungsverzeichnis

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
allg.	allgemein
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
bzw.	beziehungsweise
CGI	Clinical Global Impression Scale
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- & Krankenpflegepersonal
DRG	Diagnosis-Related-Groups
et al.	und andere
etc.	et cetera
FC	Funktionscode
HDG	Hauptdiagnosegruppe
HTA	Health Technology Assessment
HÜST	Herzüberwachungsstation
IMCU	Intermediäre Überwachungsstation
ICD-Code	International Classification of Diseases Code
inkl.	inklusive
KDok	LDF-Bepunktungsprogramm
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
LDF	Leistungsorientierte Diagnose-Fallgruppe
LK	Leistungskomponente
LKF	leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
max.	maximal
med.	medizinische
MEL	medizinische Einzelleistung
mind.	mindestens
NTISS	Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System
ÖKAP	österreichische Krankenanstalten und Großgeräteplan
ÖSG	österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAL	palliativmedizinische Einrichtung

PedTISS	Pediatric Therapeutic Intervention Scoring System
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PSO	Psychosomatik/Psychotherapie
RNS	Remobilisation/Nachsorge
S.	Seite
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
TK	Tageskomponente
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent

1 Einleitung

Der Abschnitt 1.1 befasst sich mit dem hohen Stellenwert des österreichischen Gesundheitswesens in der Welt und der Schwierigkeit diesen unter Kosteneinsparung zu halten. Die zwei darauffolgenden Abschnitte 1.2 und 1.3 beschreiben das Ziel und den Aufbau dieser Arbeit.

1.1 Die Bedeutung des österreichischen Gesundheitswesens

„Das österreichische Gesundheitswesen zählt zu den sozial ausgewogensten und qualitativ hochwertigsten der Welt. In der World-Health-Organization-Reihung (WHO-Reihung) der Gesundheitssysteme rangiert Österreich unter den besten acht überhaupt“ (Forum Land 2010, S. 5 [Anm. d. Verf.]). Dieses hohe Niveau aufrecht zu erhalten wird von Jahr zu Jahr schwieriger. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung aufgrund von medizinischen Fortschritten, kontinuierlich verbesserten Behandlungsmethoden und einem besseren Gesundheitsbewusstsein immer höher wird und folglich auch die Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen immer mehr steigen (vgl. Forum Land 2010, S. 5f.). Zum anderen kommt es aufgrund der immer höheren Lebenserwartung der Menschen zu stärker steigenden Behandlungs- und Medikamentenkosten (vgl. Forum Land 2010, S. 6). Durch den Einsatz von modernen Informations- & Kommunikationstechnologien und neuen medizinischen Technologien wird dieser Kostensteigerung entgegenwirkt und die Qualität der Behandlung und des Services für die Patienten verbessert. Eine Kosteneinsparung wurde bereits mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung im Jahr 1997 erreicht. Ziel des Gesundheitswesens ist es nun, Kosten dementsprechend einzusparen, dass dies nicht die Qualität der Behandlung von Patienten beeinträchtigt.

1.2 Ziel der Arbeit

Das Hauptziel dieser Arbeit ist es, dem Leser einen Überblick über die Entwicklung und Änderungen der österreichischen leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung von 1997 bis 2010 zu verschaffen. Des Weiteren wird auf die Notwendigkeit der laufenden Weiterentwicklung und Anpassung an den medizinischen und technischen Fortschritt des Systems aufmerksam gemacht.

1.3 Aufbau der Arbeit

Einleitend wird im **ersten Kapitel** das österreichische Gesundheitswesen, sowie den Aufbau und das Ziel dieser Arbeit erklärt.

Im **zweiten Kapitel** wird die Entwicklung des österreichischen leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungssystems (LKF-Systems) unter Einfluss von vier anderen leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungssystemen beschrieben. Unter **Abschnitt 2.3** werden die Vor- und Nachteile von vier verschiedenen Krankenanstaltenfinanzierungssysteme diskutiert. Unter **Abschnitt 2.3** wird der Aufbau des LKF-Systems grob erläutert. Aufbauend auf **Abschnitt 2.3.** wird unter **Abschnitt 2.4** die Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997 näher erklärt.

Das **dritte Kapitel** beschreibt die Systementwicklungen des LKF-Kernbereiches von 1998 bis 2001. Die Entwicklungen des Kernbereiches des LKF-Systems von 2002 bis 2008 werden unter dem **vierten Kapitel** näher erläutert. Das **fünfte Kapitel** erklärt die Systementwicklungen des Kernbereiches des LKF-Systems für die beiden Jahre 2009 und 2010. Abschließend zu den Kapiteln drei bis fünf wird jeweils ein Resümee die wichtigsten Änderungen bzw. Entwicklungen zusammenfassen.

Das **sechste Kapitel** liefert abschließend eine kurze Zusammenfassung.

2 Allgemein

Die folgenden Abschnitte geben eine Einführung in das österreichische LKF-System. Im Abschnitt 2.1 wird die Entwicklung des LKF-Systems in Österreich beschrieben. Der Abschnitt 2.2 diskutiert die Vor- und Nachteile vier verschiedener Krankenanstaltenfinanzierungssysteme mit dem Hauptaugenmerk auf die leistungsorientierte Finanzierung. Der Abschnitt 2.3 erklärt das Grundprinzip des Systems und im Abschnitt 2.4 wird näher auf die Besonderheiten des LKF-Systems im Jahr der Einführung 1997 eingegangen.

2.1 Entwicklung des österreichischen LKF-Systems unter Berücksichtigung anderer leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierungssysteme

Bereits im Jahr 1978 wurde über eine Reformierung der österreichischen Krankenanstaltenfinanzierung nachgedacht. Zu diesem Zeitpunkt erfolgte die Finanzierung der Krankenanstalten über den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) mittels pauschaler Tagesfinanzierung (vgl. BMGFJ 1997b, S. 3). Die zweite und dritte KRAZAF-Vereinbarung beinhalteten bereits leistungsorientierte Kriterien wie beispielsweise Sonderzuschüsse für in Ausbildung befindliches Ärzte- und Pflegepersonal, Ambulanzleistungen, Belagsdauerverkürzung etc..

Von 1985 bis 1987 wurden vier leistungsorientierte Finanzierungssysteme: das amerikanische Diagnosis-Related-Groups-System (DRG-System), das DRG-Vorbereitungssystem, das Normalkostensystem und das Kostenvorgabesystem (Globalbudgetsystem) erprobt (vgl. BMGFJ 1997b, S. 3). Keines dieser Systeme konnte als Grundlage für die österreichische Krankenanstaltenfinanzierung herangezogen werden, da die Systeme erstens sehr länderspezifisch waren und zweitens in österreichischen Krankenanstalten noch kein geeignetes, bundesweit einheitliches Diagnose- und Leistungsdokumentationssystem vorhanden war (vgl. BMGFJ 1997b, S. 3).

Von 1988 bis 1990 wurde ein erstes Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erarbeitet, welches über die Jahre weiterentwickelt wurde (vgl. BMGFJ 1997b, S. 3f.). Um weitere Verbesserungen vornehmen zu können, erfolgte 1993 gleichzeitig zur laufenden Krankenanstaltenfinanzierung eine LKF-Abrechnung (vgl. BMGFJ 1997b, S. 4). Das überarbeitete LKF-Modell wurde 1995 in Vorarlberg und 1996 in Niederösterreich erprobt (vgl. BMGFH 1997b, S. 4 und Sebek 2009, S. 2). Bereits damals wurde festgestellt, dass ein deutlicher Rückgang der Belagsdauer der Patienten in Krankenanstalten, eine Zunahme der Entlassung am Freitag, eine Zunahme kurzer Krankenhausaufenthalte und eine deutliche Verbesserung der Datenqualität in der Diagnose- und Leistungsdokumentation erfolgten.

Mit 1.1.1997 trat das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem in ganz Österreich in Kraft und löste die bisher geltende pauschale Tagesfinanzierung ab, das „Pflegetagsvergütungssystem“, (vgl. BMGFJ 2004c, S. 9 und Sebek 2009, S. 2). „Wesentliche Voraussetzung für die Durchführung und laufende Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems ist die bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation in den österreichischen Krankenanstalten“ (BMGFJ 1997b, S. 5).

Ziele des LKF-Systems sind eine Reduktion stationärer (stat.) Aufnahmen zugunsten tagesklinischer und ambulanter Behandlungen, eine Verkürzung der Belagsdauer, Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen, ein Abbau von Akutbetten, Strukturänderungen, eine Eindämmung der Kostensteigerung, Optimierung des Ressourceneinsatzes und eine Anreizschaffung zu internen Rationalisierungsmaßnahmen (vgl. Schaffhauser-Linzatti und Rauner 1999, S. 231, Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 13 und Sebek 2009, S. 1). Um diese Ziele erreichen zu können und diese über die Jahre auch halten zu können, muss das System kontinuierlich an den medizinischen Fortschritt, die Bedürfnisse der Patienten und auch den budgetären Mittel angepasst werden (vgl. BMGFJ 2004c, S. 5). Diese kontinuierliche Anpassung soll Schwächen und Unplausibilitäten des Systems bereinigen (vgl. BMGFJ 2002b, S. 11).

2.2 Vor- und Nachteile vier verschiedener Krankenanstaltenfinanzierungssysteme

In Folge werden vier unterschiedliche Arten von Krankenanstaltenfinanzierungssystemen erklärt und ihre Vor- und Nachteile diskutiert: die Finanzierung nach Einzelleistungen, nach Tagespauschalen, nach Fallpauschalen und nach Budget bzw. Periodengesamtleistung. Die Vor- und Nachteile werden anhand von vier Aktionsparametern beschrieben: Faktorebene, Einzelleistungsebene, Patiententag und Fallebene), wie in Tabelle 1 dargestellt (vgl. Rauner 2009, S. 16 nach Neugebauer und Demmler 1991).

Preisbezugsbasis (Zahlungseinheit)	Aktionsparameter			
	Faktorebene *Faktoreinsatz bei der Erstellung der Einzelleistung *Faktorpreise	Einzelleistungsebene *Einzelleistungs- intensität pro Patiententag *Einzelleistungs- struktur	Patiententag *Verweildauer *Verweildauer- struktur	Fallebene *Fallebene *Fallstruktur
Einzelleistungs- vergütung	Kostenbestandteile ↓	↑	Leistungsseite (Erlöse) ↑	↑
Tagespauschale	↓	Kostenbestandteile ↓	Leistungsseite (Erlöse) ↑	↑
Fallpauschale	↓	↓	↓	Leistungsseite ↑ (Erlöse)
Budget (Perioden- gesamtleistung)	↓	Kostenbestandteile ↓	↓	↓

↑ Expansion

↓ Kontraktion

Tabelle 1: Elemente eines rationalen Krankenhausvergütungssystems – Wirkungshypothesen alternativer Leistungseinheiten

(Quelle: Rauner 2009, S. 13 nach Neugebauer und Demmler 1991)

Krankenhausfinanzierung nach Einzelleistungen

Bei dieser Krankenhausfinanzierung wird jede einzelne erbrachte Leistung vergütet. Wie schon Leonard et al. (2003) aufzeigte, werden zwar der Faktoreinsatz bei der Erstellung der Einzelleistungen und die Faktorpreise minimiert, jedoch besteht ein großer Anreiz der Krankenanstalten ihren Erlös zu maximieren. Diese Erlösmaximierung wird u. a. durch eine

Erhöhung der Einzelleistungen, der Belagsdauer und der Anzahl von Fällen erzielt. Zusätzlich versuchen sie durch eine Änderung der Einzelleistungsstrukturen und der Verweildauerstruktur einen höheren Erlös zu erhalten (vgl. Leonard et al. 2003, S. 241). Daher wird diese Krankenhausfinanzierung in der Literatur als sehr kritisch erachtet und sehr selten angewandt.

Krankenhausfinanzierung nach Tagespauschalen

Bis zur Einführung des LKF-Systems im Jahre 1997 kam in Österreich die Vergütung nach Tagespauschalen zur Anwendung. Bei dieser Krankenhausfinanzierung wird eine fixe Pauschale unabhängig von der Krankheit und der erbrachten Leistung vergütet. Die Krankenhäuser haben somit den Anreiz, die Verweildauer zu erhöhen und somit die refundierte Pauschale zu maximieren (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 162). Krankenhäuser versuchen auch Einzelleistungen zu reduzieren und durch günstigere Einzelleistungen zu ersetzen (vgl. Leonard et al. 2003, S. 241). Weiters versuchen Krankenhäuser wie bei der Krankenhausfinanzierung nach Einzelleistungen die Erlösmaximierung durch längere Belagsdauern, durch Steigerung der Anzahl von Fällen und einer Änderung der Fallstruktur zu erreichen. Der österreichischen Krankenhausfinanzierung nach Tagespauschalen mangelte es auch an einem Kostenmanagement und an einem einheitlichen Dokumentationssystem. (Rauner 2009, S. 50)

Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen

Bei der fallbasierten Krankenhausfinanzierung erfolgt die Vergütung entsprechend der erbrachten medizinischen Leistungen bzw. die bei dem Patienten festgestellten Krankheiten (BMGFJ 2004c, S. 10). Die Krankheiten werden derzeit nach dem weltweit anerkannten Verzeichnis der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 nach Fallpauschalen klassifiziert. Beispiele für diese Art von Krankenhausfinanzierung wären das amerikanische DRG-System und das daraus angelehnte österreichische Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem (Leonard et al. 2003, S. 242). Diese Krankenhausfinanzierung bewirkt, dass der Faktoreinsatz bei der Erstellung der Einzelleistung und die

Faktorpreise minimiert werden. Weiters werden sowohl die Einzelleistungen als auch die Verweildauer eines Patienten minimiert.

Die Krankenhäuser versuchen die Anzahl und die Struktur der stationären Patientenfälle dermaßen zu beeinflussen, dass sie einen höheren Betrag refundiert bekommen (Rauner 2007, S. 6). Das wird einerseits dadurch erreicht, dass sich Krankenhäuser auf lukrative Patientengruppen konzentrieren („cream-skimming“ oder „patient dumping“) oder andererseits vermehrt teure statt preiswerte Patientenfallgruppen dokumentieren (DRG-creep) (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2001, S. 19; Hofmarcher und Riedel 2001, S.16; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 231; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 179; Rauner et al. 2003, S. 184f.; Rauner 2007, S. 6; Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 8f.; Rauner 2009, S. 37f.). Wie Rauner und Schaffhauser-Linzatti (1999, 2001) und Hofmarcher und Riedel (2001) aufzeigen, versuchen Krankenhäuser durch rationales Verhalten die Behandlungsfälle mit kurzer Verweildauer zu maximieren. Um zusätzlich eine erhöhte Refundierung der Punkte zu erreichen, werden Patienten vermehrt oder länger auf Sonderstationen wie beispielsweise der Intensivstation betreut oder es werden weitere zusätzliche vergütete Einzelleistungen erbracht („DRG-point gathering“) (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 230f.; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 179; Rauner 2007, S. 6; Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 7). Weitere Möglichkeiten um auf die Refundierung der Punkte Einfluss nehmen zu können, ist einerseits Patienten zu entlassen, um sie danach zur erneuten Abrechnung wieder aufnehmen zu können („Drehtüreffekt“) oder andererseits Teile der Behandlung von stationären Patienten auf andere Krankenhäuser oder den extramuralen Bereich abzuwälzen („unbundling“) (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 231; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2001, S. 19; Rauner 2007, S. 6; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 179; Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 9f.; Rauner 2009, S. 38).

Hinsichtlich der Belagsdauer ist zu berücksichtigen, dass stationäre Patienten nicht zu früh entlassen werden und diese dadurch das Risiko einer Komplikationsrate bis hin zur Wiedereinweisung in die Krankenanstalt tragen müssen (Rauner und Schaffhauser-Linzatti

2001, S. 19; Rauner 2007, S. 6). Eine kürzere Belagsdauer kann aber auch von Vorteil sein, da somit Patienten nicht unnötig lange in Krankenanstalten verweilen müssen und dadurch zusätzliche Ressourcen gebunden werden (Rauner 2007, S. 6).

Die einheitliche Dokumentation von Patientendaten in Krankenanstalten bringt sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich. Durch die einheitliche Dokumentation steigt einerseits der bürokratischer Aufwand, andererseits liefert dieses Datenmaterial eine verbesserte regionale und nationale Planbarkeit von Krankenhausleistungen (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2001, S. 18f.; Rauner 2007, S. 7; Rauner 2009, S. 36). Durch die einheitliche Dokumentation können Krankenanstalten miteinander verglichen und somit Prozesse standardisiert werden.

Die fallbasierte Krankenhausfinanzierung bewirkt ein besseres Kostenbewusstsein und eine effizientere Nutzung der Ressourcen, wodurch die Kosten gesenkt werden können (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2001, S. 18; Rauner 2007, S. 7; Rauner 2009, S. 36, Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 18). Zusätzlich erfolgt eine Kostensenkung durch den Einsatz von verbesserten Technologien und qualitativ hochwertiger Medizin. Das wiederum führt zu einer Kürzung der Verweildauern und daher wiederum zu einer Senkung der Kosten.

Rauner et al. (2003) diskutieren neben den durch die Einführung der fallbasierten Krankenhausfinanzierung Problemen wie beispielsweise DRG-creep, unbundling und cream-skimming auch noch den Effekt auf die Verweildauer in Krankenanstalten. Sommersguter-Reichmann (2000, 2003), Hofmarcher et al. (2002, 2005), Rauner et al. (2005) und Schaffhauser-Linzatti et al. (2009) zeigen die Entwicklung des österreichischen leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungssystems und den daraus resultierenden Effekten auf.

Krankenanstaltenfinanzierung nach Budget bzw. Periodengesamtleistung

Diese Art der Krankenanstaltenfinanzierung findet beispielsweise in Canada Anwendung (vgl. Leonard et al. 2003, S. 242f.). Jede Krankenanstalt erhält für ihre Finanzierung ein fixes Budget pro Jahr, welches aufgrund der erbrachten Leistungen und der Bevölkerungsdichte aus einer bestimmten Region berechnet wird (vgl. Leonard et al. 2003, S. 244). Durch die Krankenhausfinanzierung nach Periodengesamtleistung werden die Krankenanstalten angehalten, die Kosten möglichst gering zu halten (vgl. Leonard et al. 2003, S. 242). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass aufgrund der Kosteminimierung die Qualität der Leistungen nicht leidet. Bei dieser Krankenhausfinanzierung besteht jedoch der Anreiz, Teile der Behandlung von stationären Patienten auf andere Krankenanstalten oder den extramuralen Bereich abzuwälzen, dem sogenannten „unbundling“ (vgl. Leonard et al. 2003, S. 242; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 231; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2001, S. 19; Rauner 2007, S. 6; Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 179; Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 9f.; Rauner 2009, S. 38).

2.3 Aufbau des LKF-Systems in Österreich

Das LKF-System wird in zwei Finanzierungsbereiche unterteilt: den Kernbereich und den Steuerungs-bereich (vgl. BMGFJ 1997a, S. 2), wie in Abbildung 1 dargestellt.

Leistungsbezogenes Krankenanstalten-Finanzierungssystem	
Bundesweit einheitlicher LKF-KERNBEREICH	Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts auf Basis der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen
Länderweise gestaltbarer LKF-STEUERUNGS-BEREICH	Unter Bedachtnahme auf die länderspezifischen Erfordernisse können zusätzliche folgende Kriterien im LKF-System Berücksichtigung finden: - Krankenanstalten-Typ - Apparative Ausstattung - Auslastung - Personalfaktor - Bausubstanz - Hotelkomponente

Abbildung 1: LKF-System

(Quelle: BMGFJ 1997a, S. 2)

LKF-Kernbereich

In diesem Bereich bestimmen weitgehend Krankheit, Therapie und bei bestimmten Erkrankungen auch das Alter des Patienten das zu bezahlende Entgelt (vgl. BMGFJ 2004c, S. 10f.). „Die Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthaltes erfolgt nach bundeseinheitlichen leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen inkl. aller speziellen Bepunktungsregeln“ (BMGFJ 1997a, S. 3 und BMGFJ 1997b, S. 16). Diese leistungsorientierten Diagnose-Fallgruppen (LDF) bilden sich aus Hauptdiagnosegruppen (HDG) und spezifischen medizinischen Einzelleistungsgruppen (MEL) bis 2000 gemäß ICD-9-Diagnoseschlüssel und ab 2001 gemäß ICD-10-Diagnoseschlüssel (vgl. BMGFJ 1997a, S. 4, BMGFJ 1997b, S. 17 und BMGFJ 2001a, S. 4). Für die Zuordnung der LDF-Gruppen können auch Typen von Gliederungsmerkmale, wie beispielsweise: Alter, spezielle medizinische Einzelleistungen, Gruppe von diagnostischen Leistungen, Gruppe von therapeutischen Leistungen etc. ausschlaggebend sein.

Jede Fallgruppe stellt eine gewisse Punkteanzahl dar, welche sich wiederum aus einer Tages- und einer Leistungskomponente zusammensetzt (vgl. BMGFJ 1997a, S. 5; BMGFJ 1997b, S. 18 und BMGFJ 2004c, S. 12). „Mit der Tageskomponente werden neben den Basisleistungen insbesondere jene Aufwendungen abgegolten, die täglich im Rahmen der Versorgung des (der) Patienten (-in) anfallen“ (BMGFJ 2004c, S. 12). Die Leistungskomponente wird einem Patienten als spezielle medizinische Einzelleistung direkt zugeordnet und ist unabhängig von der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer des Patienten (vgl. BMGFJ 1997a, S.5; BMGFJ 1997b, S. 18 und BMGFJ 2004c, S. 12). „Die LDF-Pauschale gilt innerhalb des für dieses definierten Verweildauerintervalles“ (BMGFJ 1997a, S. 6 und BMGFJ 1998a, S. 19). Je nachdem, ob der Aufenthalt eines Patienten kürzer als die Verweildaueruntergrenze oder länger als die Verweildauerobergrenze ist, wird die LDF-Pauschale entsprechend der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes berechnet (vgl. BMGFJ 1997a, S. 6 und BMGFJ 1997b, S. 19). Für jeden weiteren Tag außerhalb der Verweildauerobergrenze fallen je nach tatsächlicher Belagsdauer degressive Zusatzpunkte an (vgl. BMGFJ 1997a, S. 12 und BMGFJ 1997b, S. 25). Für einen kürzeren Aufenthalt als die Verweildaueruntergrenze wird eine reduzierte Fallpauschale entsprechend der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes abgerechnet (vgl. BMGFJ 1997a, S. 14 und BMGFJ 1997b, S. 27).

Um einen Patienten einer bestimmten Pauschale zuordnen zu können, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein. Kriterien sind u. a. die Art der Aufnahme, Erbringung mehrerer medizinischer Einzelleistungen an einem Patienten, Verweildauerintervall. Diese Zuordnung erfolgt über einen Baumbildungsalgorithmus. Abbildung 2 soll dies grafisch veranschaulichen.

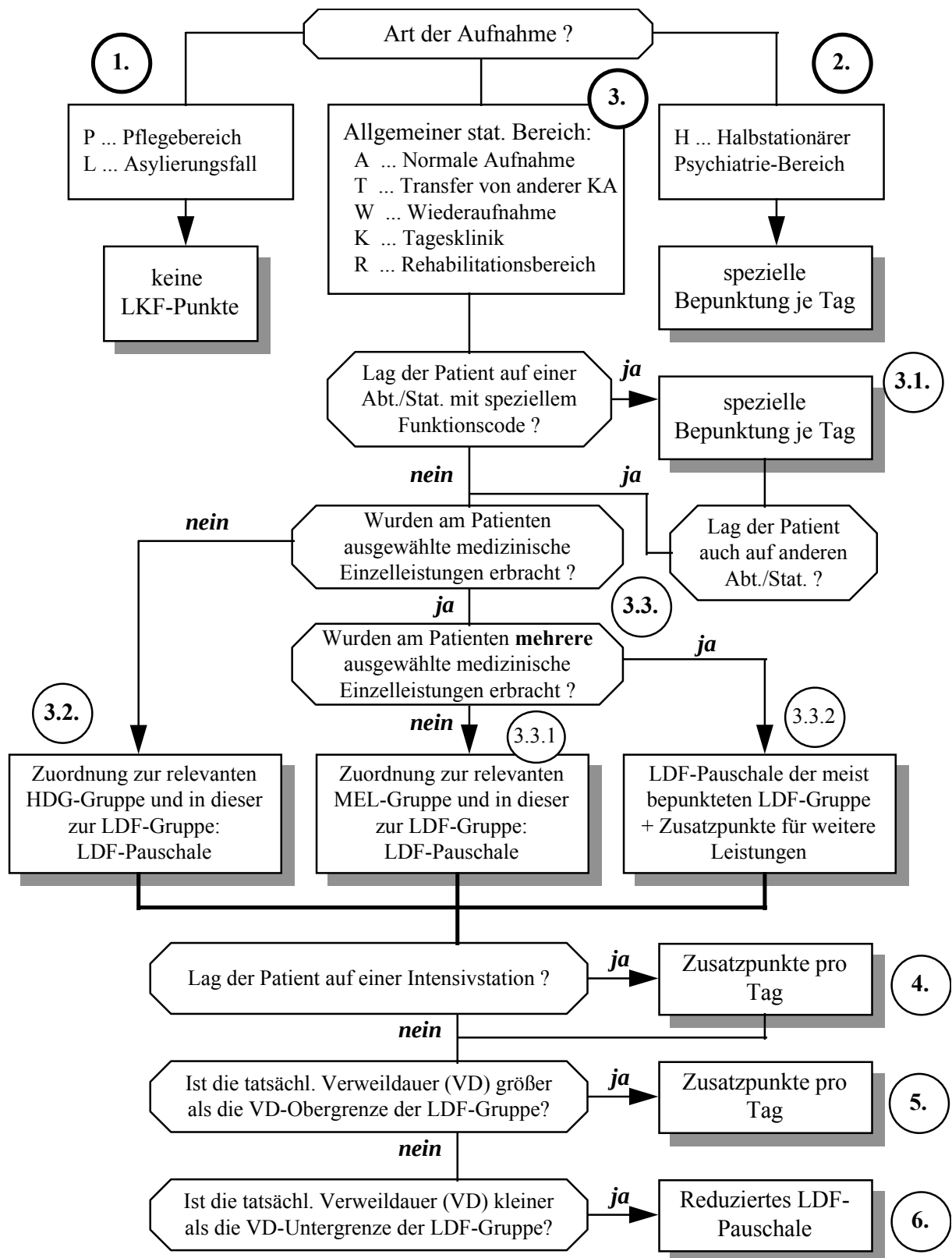


Abbildung 2: Zuordnung der Patienten im LKF-Modell

(Quelle: BMGFJ 1997a, S. 11)

Es ist bei der Aufnahme zu prüfen, welche Aufnahmeart dokumentiert wurde. Handelt es sich beispielsweise um eine normale Aufnahme (Nr. 3), ist weiters zu prüfen, ob der Patient auf einer Station/Abteilung mit einem speziellen Funktionscode lag. Trifft dies nicht zu, ist zu überprüfen, ob an dem Patienten medizinische Einzelleistungen erbracht worden sind. Des Weiteren ist zu beachten, wieviele medizinischen Einzelleistungen erbracht worden sind (Nr. 3.3). Erfolgte lediglich eine medizinische Einzelleistung, ist diese einer MEL-Gruppe und in dieser einer LDF-Gruppe mit einer dementsprechenden LDF-Pauschale zuzuordnen (Nr. 3.3.1). Wurde die Leistung auf der Intensivstation erbracht, werden Zusatzpunkte verrechnet. Abschließend ist zu prüfen, ob der tatsächliche Aufenthalt des Patienten länger oder kürzer als die vorgegebenen Ober- bzw. Untergrenzen der Belagsdauer war. Dementsprechend erhält eine Krankenanstalt bei einem kürzeren Aufenthalt eine reduzierte LDF-Pauschale bzw. bei einem längeren Aufenthalt Zusatzpunkte.

Hinsichtlich der Dokumentation werden die Daten auf ihre Vollständigkeit und ihre Richtigkeit geprüft. Des Weiteren werden die Daten medizinischen Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Diese werden unter Abschnitt 2.3 näher erklärt.

LKF-Steuerungsbereich

Um auf die länderspezifischen Erfordernisse eingehen zu können, kann jedes Bundesland den LKF-Steuerungsbereich selbst gestalten. Somit kann auf folgende strukturspezifischen Kriterien Rücksicht genommen werden: Krankenanstalten-Typ, Personalfaktor, apparative Ausstattung, Bausubstanz, Auslastung, Hotelkomponente (vgl. BMGFJ 1997a, S. 15 und BMGFJ 1997b, S. 28).

Dienesch und Heitzenberger (1998) waren die ersten, die den LKF-Steuerungsbereich behandelt haben.

Nach Hofmarcher und Riedel (2001) obliegt es jedem einzelnen Bundesland innerhalb des Rahmens des LKF-Systems die Finanzierung unterschiedlich zu organisieren. „Diese Unterschiede betreffen die Abgrenzung zwischen Kern- und Steuerungsbereich, die Verteilung der Steuerungsmittel auf die einzelnen Krankenanstalten, die Abgeltung allfälliger Verluste von Krankenhäusern“ (Hofmarcher und Riedel 2001, S. 9). Der Steuerungsbereich findet beispielsweise im Jahre 2000 in dem Bundesland Oberösterreich keine Berücksichtigung und in Niederösterreich lediglich eine geringe Berücksichtigung (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 225f. und Hofmarcher und Riedel 2001, S. 11). Hingegen besteht in den Bundesländern Vorarlberg, Tirol und Burgenland für das Jahr 2000 eine feste prozentuelle Aufteilung der Mittel für Kern- und Steuerungsbereich. In den Bundesländern Wien, Kärnten und Steiermark gibt es für das Jahr 2000 keine feste prozentuelle Aufteilung der Mittel für Kern- und Steuerungsbereich. Es werden die erwirtschafteten Punkte vor der Mittelverteilung mit einem Steuerungsfaktor multipliziert. Das Bundesland Salzburg wendet für das Jahr 2000 eine Mischung von einer festen Abgrenzung und einer Gewichtung an.

Dienesch und Heitzenberger (1997), Rauner und Schaffhauser-Linzatti (1999), Hofmarcher und Riedel (2001) und Rauner (2003) zeigen auf, dass unter der Berücksichtigung oben genannter Details jedes Bundesland ein eigenes Krankenhausfinanzierungssystem aufweist.

Weiters diskutieren sowohl Rauner und Schaffhauser-Linzatti (1999) als auch Hofmarcher und Riedel (2001) in ihren Artikeln u. a. die auftretenden Probleme des LKF-Systems, welche unter dem Abschnitt 2.2 bereits beschrieben wurden.

Diese Magisterarbeit konzentriert sich ausschließlich auf die Entwicklungen des LKF-Kernbereiches von 1997 bis 2010.

2.4 Einführung des österreichischen LKF-Systems im Jahr

1997

Bei der Einführung am 1.1.1997 standen 141 medizinische Einzelleistungsgruppen (MEL-Gruppen) und 253 Hauptdiagnosegruppen (HDG-Gruppen) zur Verfügung (vgl. BMGFJ 1997a, S. 4 und BMGFJ 1997b, S. 17). Aus den MEL-Gruppen wurden 320 LDF-Gruppen und aus den HDG-Gruppen 596 leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF-Gruppen) gebildet (vgl. BMGFJ 1997a, S. 4f. und BMGFJ 1998b, S. 17f.). „Insgesamt stehen somit 916 leistungsorientierte Diagnosefallgruppen für das LKF-System zur Verfügung“ (BMGFJ 1997a, S. 5 und BMGFJ 1997b, S. 18). Die Abbildungen 3 und 4 zeigen die Zuordnung der HDG-, MEL- und LDF-Gruppen zu den jeweiligen Abteilungen/Stationen: Chirurgie, Orthopädie, Kardiologie, Psychiatrie, Neurologie, Interne, Nephrologie, Pulmologie, Hals-Nasen-Ohren, Pathologie, Onkologie, Hämatologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Radiologie, Dermatologie, Augenheilkunde, Gynäkologie und Urologie.

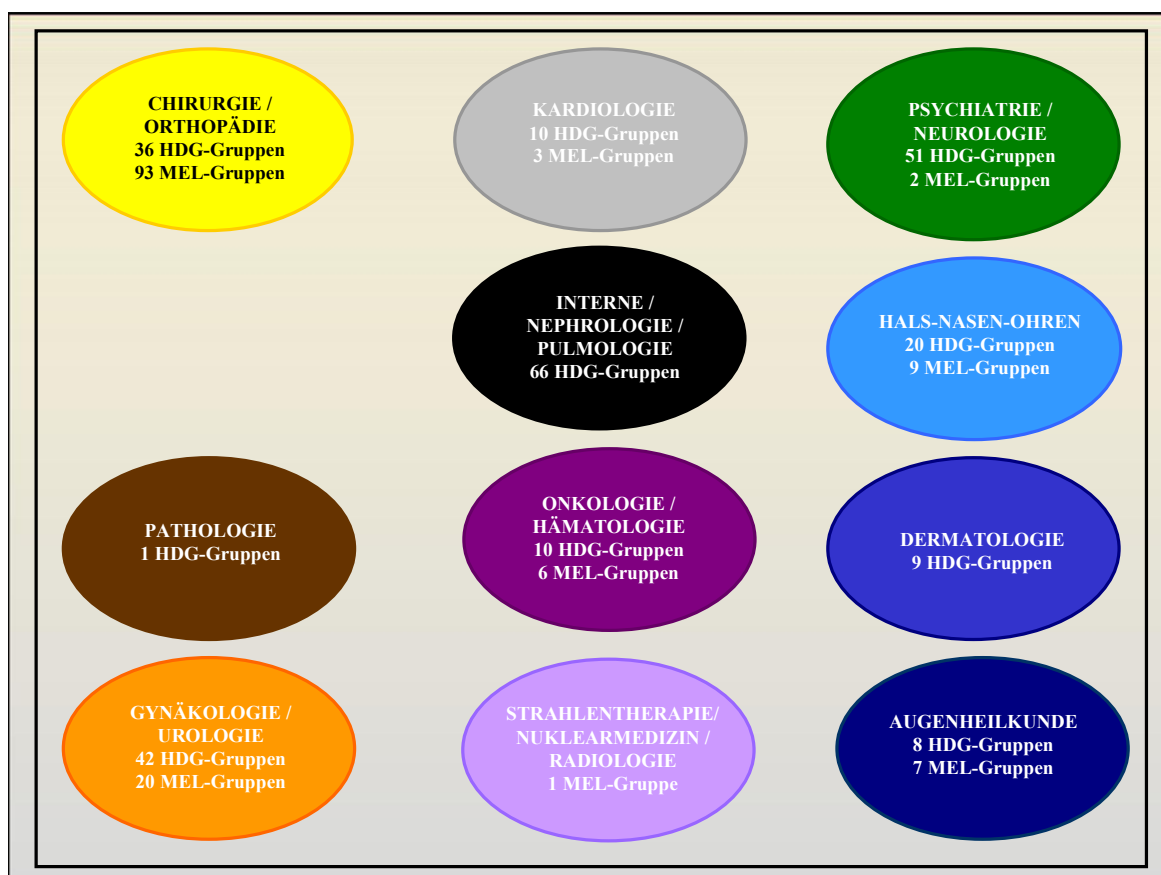


Abbildung 3: Zuordnung der HDG- & MEL-Gruppen zu Abteilungen/Stationen 1997

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)



Abbildung 4: Zuordnung der LDF-Gruppen zu den Abteilungen/Stationen 1997

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Für die Zuordnung von bestimmten LDF-Gruppen stehen folgende Typen von Gliederungsmerkmale (BMGFJ 1997a, S. 5 und BMGFJ 1997b, S. 18) zu Verfügung:

Merkmal	Beschreibung
SPEZMEL	spezielle medizinische Einzelleistung
DGL	Gruppe von diagnostischen Leistungen
THL	Gruppe von therapeutischen Leistungen
DGL&THL	mindestens je eine Leistung aus den Gruppen DGL und THL
DGL/THL	mindestens eine Leistung aus den Gruppen DGL und/oder THL
LGR01	Leistungsgruppe 01 (Angiographie exkl. Herz)
LGR02	Leistungsgruppe 02 (Invasive Röntgendiagnostik)
.....	
LGR14	Leistungsgruppe 14 (Systemische Lyse)
LGR15	Leistungsgruppe 15: individuelle Leistungen je LDF-Gruppe
SPEZHDG	spezielle Hauptdiagnose (3-stellig)
SPEZHDG4	spezielle Hauptdiagnose (4-stellig)
SPEZDG	spezielle Haupt- oder Zusatzdiagnose (3-stellig)
SPEZDG4	spezielle Haupt- oder Zusatzdiagnose (4-stellig)
ALTER	Patientenalter

Tabelle 2: Typen von Gliederungsmerkmalen

(Quelle: BMGFJ 1997a, S. 5 und BMGFJ 1997b, S. 18)

Die Verweildauergränze wurde für die MEL-Gruppen aus einem Intervall von 80% aller Patienten, für die HDG-Gruppen aus einem Intervall von 60% aller Patienten und für die HDG-Gruppen im Bereich der Psychiatrie aus einem Intervall von 30% aller Patienten berechnet (vgl. BMGFJ 1997a, S. 6 und BMGFJ 1997b, 19). Wie schon unter Abschnitt 2.3 erwähnt, werden für einen Aufenthalt welcher länger als die für eine LDF-Gruppe festgelegte Belagsdauerobergränze dauert, degressive Zusatzpunkte je nach tatsächlicher Aufenthaltsdauer berechnet (vgl. BMGFJ 1997a, S. 12 und BMGFJ 1997b, S. 25). Pro Tag erhält eine Station/Bereich mindestens 500 Punkte, im Bereich Psychiatrie mindestens 1500 Punkte pro Tag. Dauert jedoch ein Aufenthalt kürzer als die für eine LDF-Gruppe festgelegte Belagsdaueruntergränze, erfolgt die Ermittlung einer reduzierten Fallpauschale (vgl. BMGFJ 1997a, S. 14 und BMGFJ 1997b, S. 27).

Wurden für einen Patienten mehrere medizinische Einzelleistungen erbracht, wird jene LDF-Pauschale zugeordnet, welche die höchste LDF-Pauschale ergibt (vgl. BMGFJ 1997a, S. 12 und BMGFJ 1997b, S. 25). „Zusätzlich zu dieser Fallpauschale (LDF-Pauschale) werden die Leistungskomponenten aller anderen LDF-Gruppen berechnet, denen der Patient aufgrund dieser Leistungen zugeordnet worden wäre“ (BMGFJ 1997a, S. 12 und BMGFJ 1997b, S. 25).

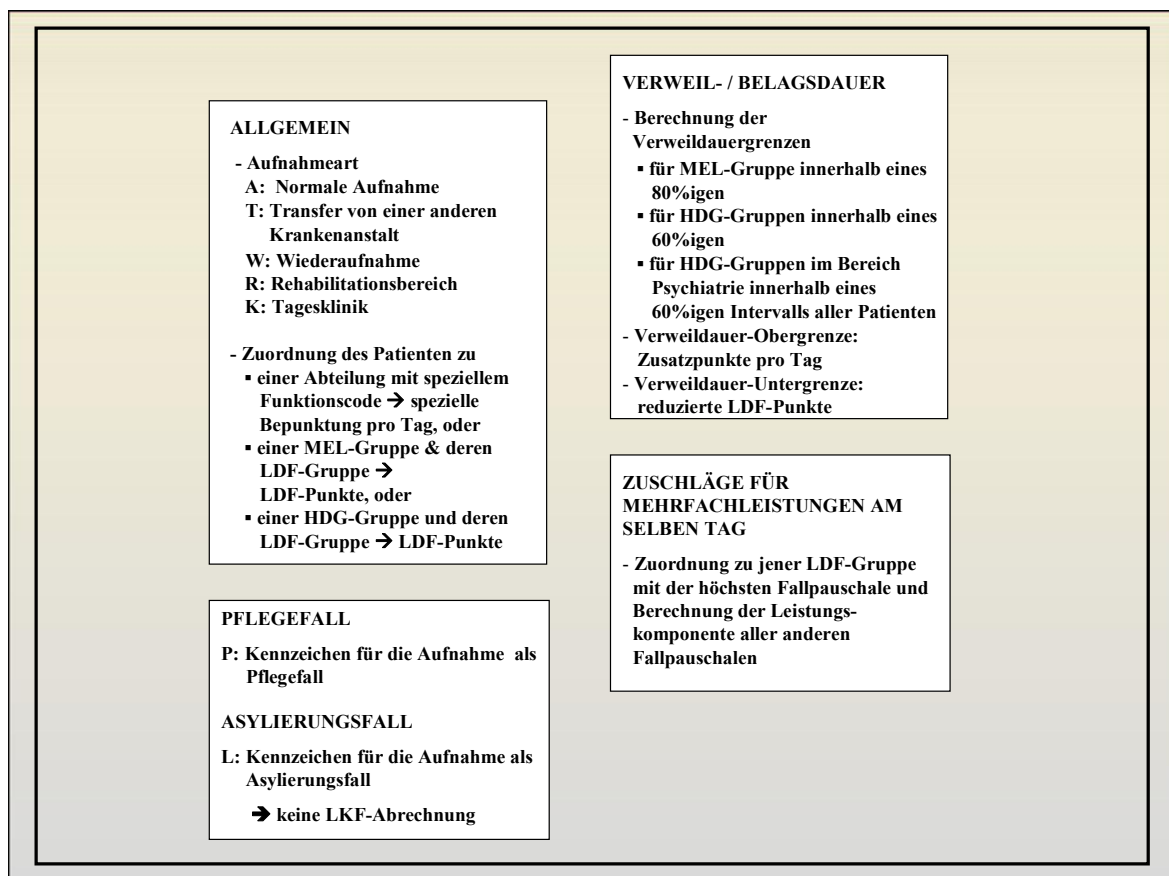


Abbildung 5: Allgemeine Abrechnungsvoraussetzungen 1997

(Quelle: BMGFJ 1997a, S. 6f. und BMGFJ 1997b, S. 19f.)

Wie schon im allgemeinen Teil erwähnt müssen die Daten bei der Dokumentation auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit geprüft werden (vgl. BMGFJ 1997b, S. 8f). Des Weiteren werden die Daten auf folgende Plausibilitäten geprüft (vgl. BMGFJ 1997b, S. 11f.):

- Plausibilität zwischen Diagnose(n) und Alter
- Plausibilität zwischen Diagnose(n) und Geschlecht

- Plausibilität zwischen Diagnose(n) und medizinischer Einzelleistungen
- Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und Alter
- Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und Geschlecht
- Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und Anzahl der medizinischen Einzelleistungen

In Folge werden Abteilungen/Stationen beschrieben, welche einer speziellen Abrechnung unterliegen. Die Abbildung 6 soll einen ersten Überblick zeigen:

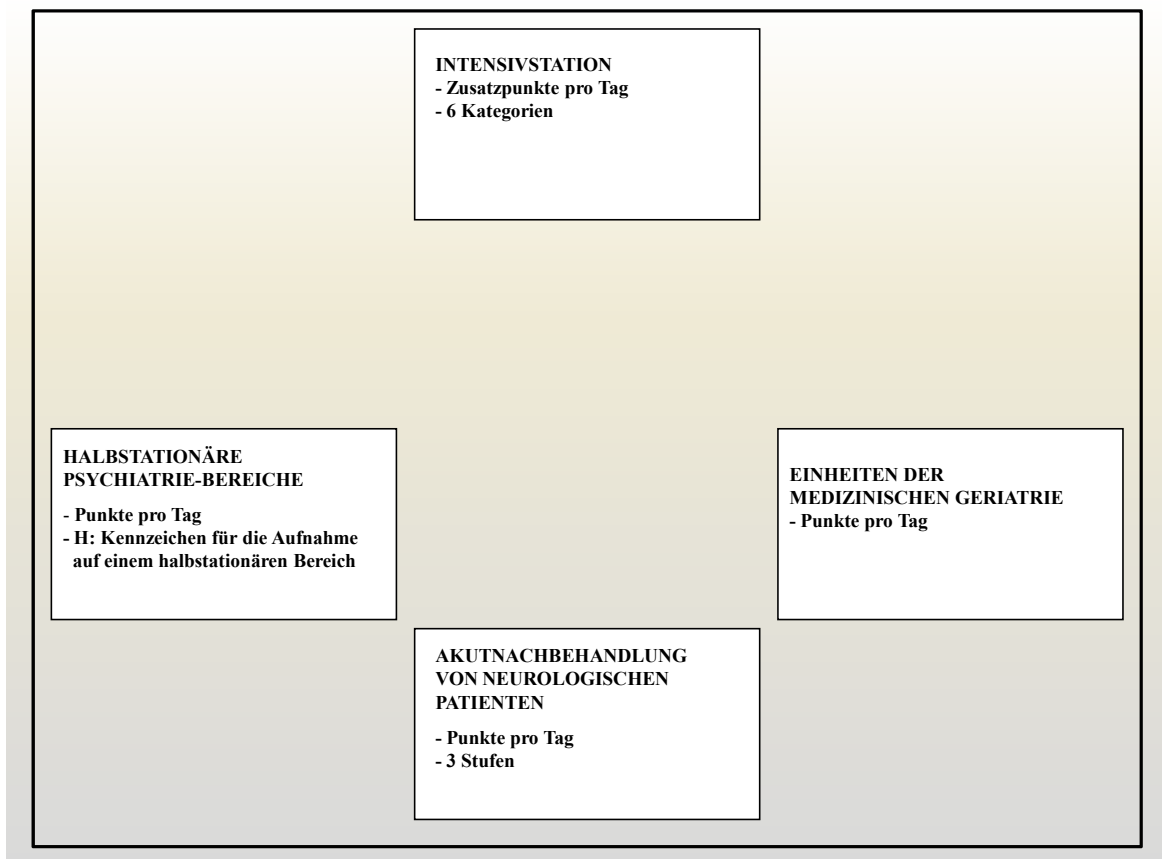


Abbildung 6: Sonderbereiche 1997

(Quelle: BMGFJ 1997a, S. 6f. und BMGFJ 1997b, 19f.)

Halbstationäre Psychiatrie-Bereiche

Bei der Aufnahme ist das Kennzeichen „H“ zu dokumentieren. Danach erfolgt die Abrechnung des halbstationären Psychiatrie-Bereiches mit 750 Punkten pro Tag (vgl. BMGFJ 1997 a, S. 6 und BMGFJ 1997b, 19).

Intensivbehandlungseinheiten

Für die Abrechnung einer Leistung auf einer Intensivbehandlungseinheit werden Punktezuschläge pro Belagstag berechnet (vgl. BMGFJ 1997a, S.6 und BMGFJ 1997b, S. 19). Diese Punktezuschläge werden in sechs Gruppen unterteilt und lassen sich aufgrund des Verhältnisses von Pflegepersonal pro tatsächlich aufgestelltes Bett berechnen (vgl. BMGFJ 1997a, S. 7 und BMGFJ 1997b, S. 20). Je nach Gruppe erhält eine Krankenanstalt von 6.635 bis 26.674 Zusatzpunkte pro Tag.

Für die Abrechnung müssen vier Kriterien erfüllt sein:

- „Vorliegen einer sanitätsbehördlichen Bewilligung
- Führen einer klar abgegrenzten Kostenstelle
- Vorliegen einer Mindestpersonalausstattung
- Anerkennung der Einstufung durch die Landeskommission“ (BMGFJ 1997a, S. 6f. und BMGFJ 1997b, S. 19f.)

Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten

Die Einstufung erfolgt in drei Stufen A, B und C. Je nach Stufe wird eine gewisse Punkteanzahl pro Tag zugeordnet (vgl. BMGFJ 1997a, S. 7 und BMGFJ 1997b, S. 20). Diese beträgt je nach Stufe von 2.373 bis 6.635 Punkte pro Tag. Für die Einstufung sind zwei Kriterien und der Behinderungsgrad eines Patienten ausschlaggebend (BMGFJ 1997a, S. 7 und BMGFJ 1997b, S. 20):

- „Führen einer klar abgegrenzten Kostenstelle“

- „Anerkennung und Einstufung der Abteilungen bzw. Stationen durch die Landeskommission in Entsprechung zu den Stufen B, C und D der Behandlungsphasen eines Patienten (die Stufe A entspricht der Akutbehandlung und wird über die zutreffende LDF-Pauschale abgerechnet)“

Einheiten der medizinischen Geriatrie

Bei Erfüllung nachstehender Kriterien erfolgt die Abrechnung mit einem Tagessatz von 2.564 Punkten (BMGFJ 1997a, S. 9 und BMGFJ 1997b, S. 22).

- „Führen einer klar abgegrenzten Kostenstelle
- Anerkennung dieser Behandlungseinheiten durch die Landeskommission“

Um eine Abrechnung nach dem LKF-Kernbereich vornehmen zu können, müssen die im jeweiligen Bundesland von der Landeskommission festgelegten Voraussetzungen erfüllt sein (vgl. 1997a, S. 6 und vgl. 1997b, S. 19). Der Pflegebereich und der Asylierungsfall fallen nicht in den Bereich des LKF-Systems (vgl. BMGFJ 1997a, S. 10 und BMGFJ 1997b, S. 23). Folgende Aufnahmearten sind je nach Aufnahme zu kennzeichnen (BMGFJ 1997a, S. 10 und BMGFJ 1997b, S. 23):

- „A ... normale Aufnahme (allgem. stat. Bereich)
- T ... Transfer von einer anderen Krankenanstalt (allgem. stat. Bereich)
- W ... Wiederaufnahme (allgem. stat. Bereich)
- K ... Tagesklinik
- R ... Rehabilitationsbereich
- P ... Pflegebereich
- L ... Asylierung“

3 Adaptierung des LKF-Systems von 1998 bis 2001

In den anschließenden Abschnitten werden die Entwicklungen des LKF-Systems für die Jahre 1998 bis 2001 näher beschrieben. Sowohl die allgemeinen Änderungen als auch die Änderungen der HDG-Gruppen, MEL-Gruppen, LDF-Gruppen, LDF-Gesamtpauschalen, Tageskomponenten, Leistungskomponenten und der Belagsdauergrenzen resultieren u. a. aus Reaktionen der Krankenanstalten der letzten Jahren und den Anpassungen an die strukturellen, medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklungen (vgl. BMGFJ 1998b, S. 39; BMGFJ 1999b, S. 47; BMGFJ 2000b, S. 14 und BMGFJ 2001b, S. 14). Werden in den Abschnitten 3.1 bis 3.4 keine expliziten Gründe für die Änderungen der Sonderbereiche angeführt, erfolgten diese um die Erlösmaximierung der Krankenanstalten einzudämmen und das LKF-System besser in der Praxis anwenden zu können.

3.1 Systementwicklung für das Jahr 1998

Nach den ersten Erfahrungen aus dem Jahr 1997, wurde das LKF-System weiterentwickelt und aktualisiert. Die MEL-Gruppen wurden von 141 auf 158 und die dazugehörigen LDF-Gruppen von 320 auf 324 erweitert, die HDG-Gruppen von 253 auf 250 und die dazugehörigen LDF-Gruppen von 596 auf 524 reduziert (vgl. BMGFJ 1998a, S. 4f. und BMGFJ 1998b, S. 17f.). Die leistungsorientierten Diagnosefallgruppen wurden insgesamt um 68 auf 848 LDF-Gruppen reduziert. Die Abbildungen 7 und 8 stellen die Änderungen der HDG-, MEL- und LDF-Gruppen in den jeweiligen Stationen/Abteilungen grafisch dar.

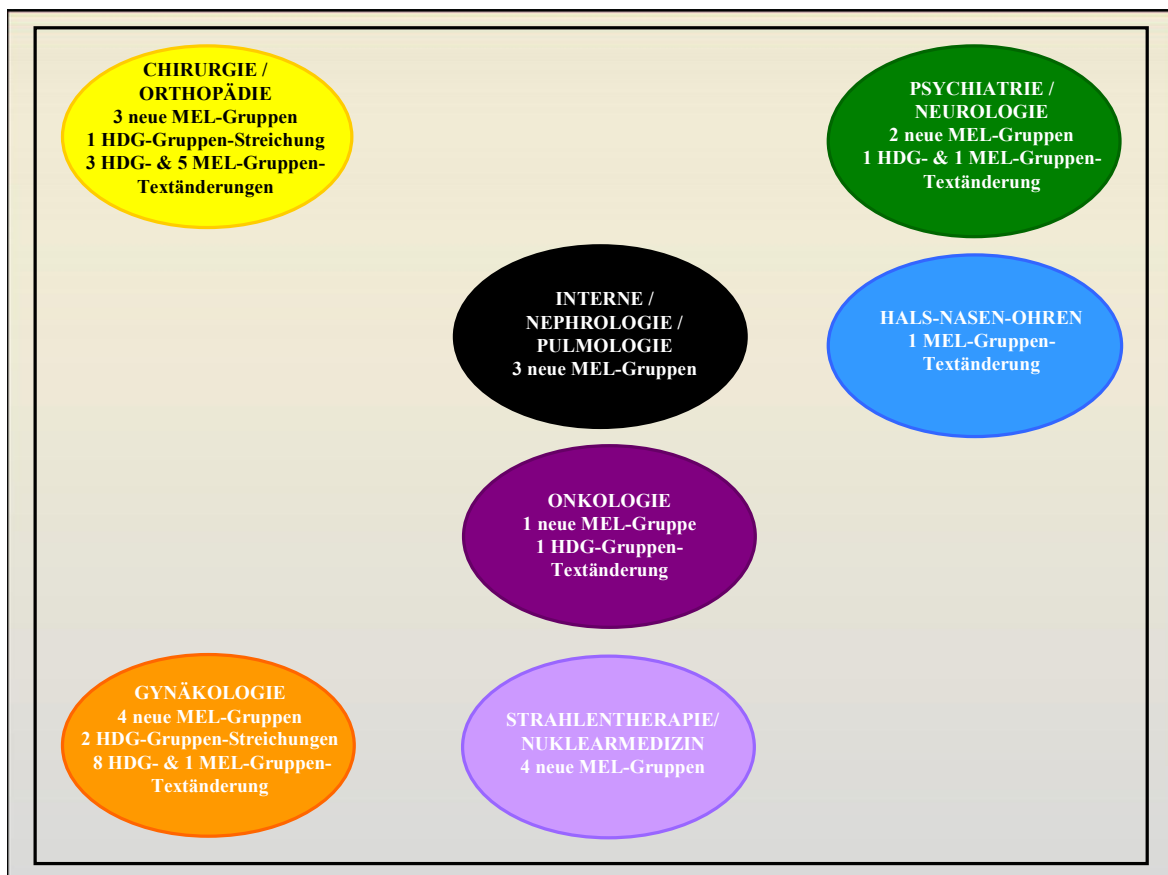


Abbildung 7: Änderungen der HDG- & MEL-Gruppen 1998
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Wie die Abbildung 7 zeigt, wurden beispielsweise in der Chirurgie/Orthopädie drei neue MEL-Gruppen eingeführt und eine HDG-Gruppe gestrichen. Bei drei HDG-Gruppen und fünf MEL-Gruppen wurden Textänderungen vorgenommen. Die LDF-Gruppen wurden in der Chirurgie/Orthopädie um fünf LDF-Gruppen erweitert und um 31 LDF-Gruppen gestrichen, wie auf der nächsten Seite in Abbildung 8 grafisch dargestellt.



Abbildung 8: Änderungen der LDF-Gruppen 1998

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die nachstehende Tabelle 3 zeigt um wieviel Prozent sich die LDF-Gesamtpunkte, LDF-Punkte für die Tageskomponente und Leistungskomponente, Belagsdauerobergrenze, Belagsdaueruntergrenze und Belagsdauermitte, die sich aufgrund der Weiterentwicklung und der Aktualisierung ergaben, verändert haben.

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	381	266	115	44,93%	50,76%	35,49%
Erhöhung	395	229	166	46,58%	43,70%	51,23%
Stagnation	29	13	16	3,42%	2,48%	4,94%
Neueinführung	43	16	27	5,07%	3,05%	8,33%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	379	264	115	44,69%	50,38%	35,49%
Erhöhung	398	232	166	46,93%	44,27%	51,23%
Stagnation	28	12	16	3,30%	2,29%	4,94%
Neueinführung	43	16	27	5,07%	3,05%	8,33%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	403	256	147	47,52%	48,85%	45,37%
Erhöhung	338	204	134	39,86%	38,93%	41,36%
Stagnation	64	48	16	7,55%	9,16%	4,94%
Neueinführung	43	16	27	5,07%	3,05%	8,33%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	235	133	102	27,71%	25,38%	31,48%
Erhöhung	317	186	131	37,38%	35,50%	40,43%
Stagnation	253	189	64	29,83%	36,07%	19,75%
Neueinführung	43	16	27	5,07%	3,05%	8,33%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	544	365	179	64,15%	69,66%	55,25%
Erhöhung	179	95	84	21,11%	18,13%	25,93%
Stagnation	82	48	34	9,67%	9,16%	10,49%
Neueinführung	43	16	27	5,07%	3,05%	8,33%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	371	255	116	43,75%	48,66%	35,80%
Erhöhung	398	237	161	46,93%	45,23%	49,69%
Stagnation	36	16	20	4,25%	3,05%	6,17%
Neueinführung	43	16	27	5,07%	3,05%	8,33%

Tabelle 3: Änderungen 1998 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Wie die Tabelle 3 zeigt, wurden 381 LDF-Gesamtpauschalen gesenkt und 395 LDF-Gesamtpauschalen erhöht. Dementsprechend wurden 44,93% der LDF-Gesamtpauschalen gesenkt und 46,58% erhöht. 3,42% der LDF-Gesamtpauschalen blieben unverändert. Die restlichen 5,07% der Änderungen resultieren aus der Einführung von neuen LDF-Gruppen.

Die Abbildung 9 stellt die allgemeinen Abrechnungsänderungen grafisch dar:

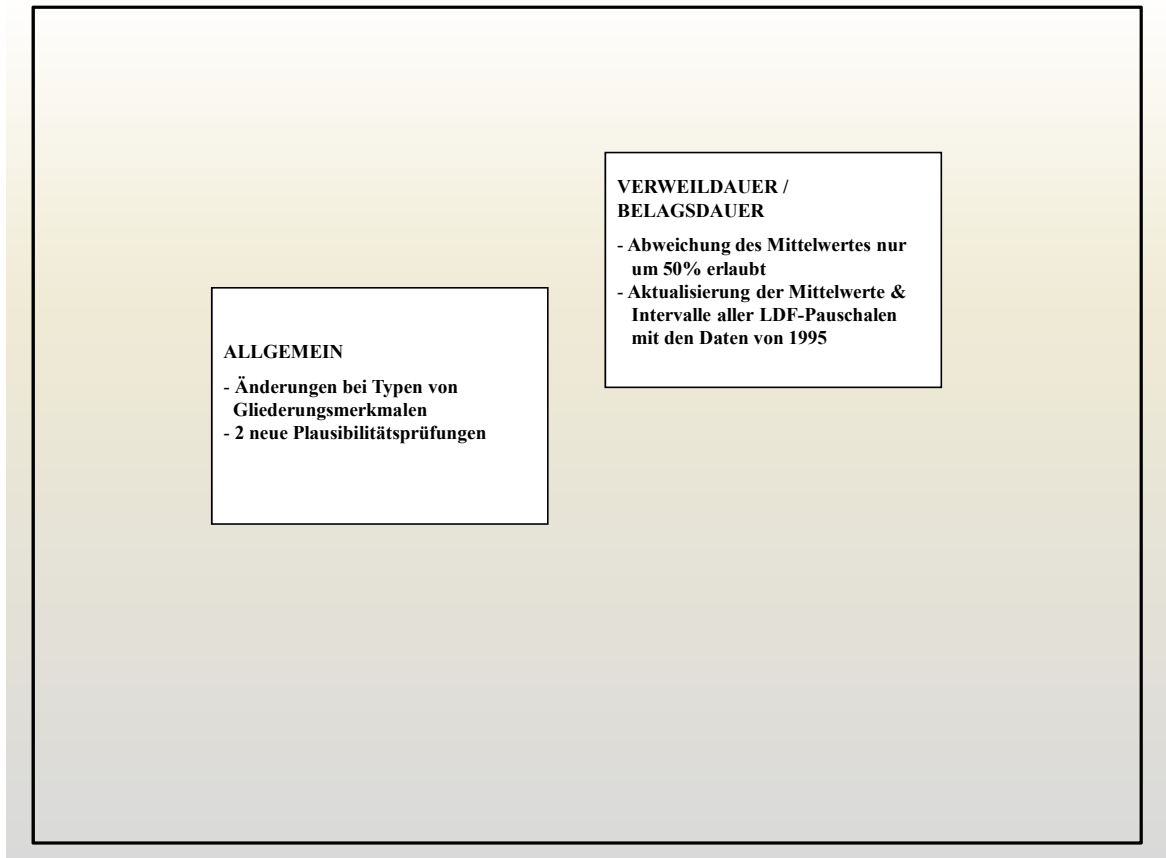


Abbildung 9: Allgemeine Abrechnungsänderungen 1998

(Quelle: BMGFJ 1998a, S. 5f. und BMGFJ 1998b, S. 12f.)

Die **Typen von Gliederungsmerkmalen** wurden um acht Typen reduziert. Im Bereich Leistungsgruppen stehen nun nur mehr sieben Typen zur Verfügung (vgl. BMGFJ 1998a, S. 5 und BMGFJ 1998b, S. 18).

Hinsichtlich der **Verweildauer- ober- und Untergrenzen** wurde als weiteres Kriterium für das Jahr 1998 beschlossen, dass diese nur 50% vom Belagsdauer-mittelwert abweichen dürfen (vgl. BMGFJ 1998a, S. 6 und BMGFJ 1998b, S. 19).

Die **Plausibilitätsprüfungen** wurden um zwei Prüfungen ergänzt: „Plausibilität von Diagnosen“ & „Plausibilität von medizinischen Einzelleistungen in bestimmten Krankenhäusern“ (BMGFJ 1998b, S. 14).

Die nachstehende Abbildung gibt einen ersten Überblick über die Änderungen in den Sonderbereichen.

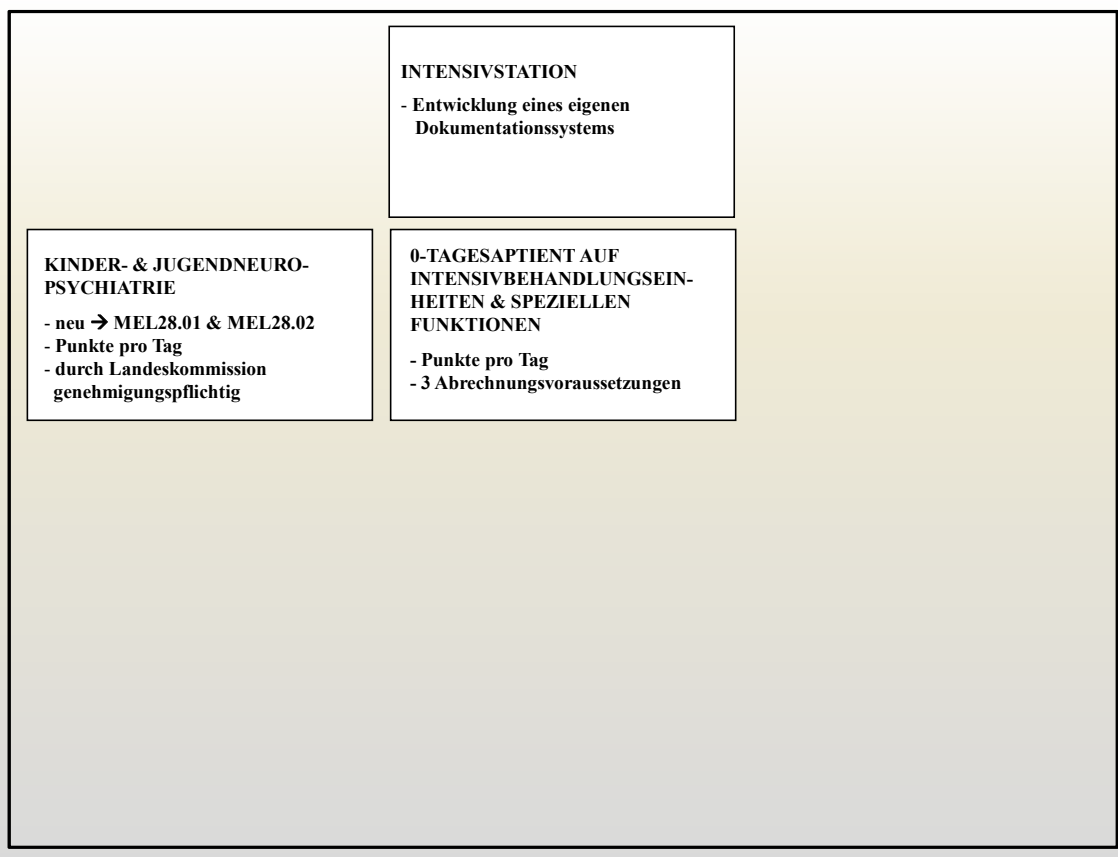


Abbildung 10: Änderungen der Sonderbereiche 1998

(Quelle: BMGFJ 1998a, S. 6f. und BMGFJ S. 19f)

Im Bereich **Intensivbehandlung** wurde vereinbart, dass 1998 noch die Bepunktungsregeln von 1997 zur Anwendung kommen. Es wird ein eigenes Dokumentationssystem für Intensivbehandlungen entwickelt, welches 1999 zur Anwendung kommen soll (vgl. BMGFJ 1998a, S. 7 und BMGFJ 1998b, S. 20).

Im Bereich **Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (KJNP)** wurden zwei neue MEL-Gruppen eingeführt: MEL28.01 „komplexe Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter in der KJNP“ und MEL28.02 „Eltern-Kind-Behandlung in der KJNP“ hinzugefügt (vgl. 1998a, S. 10f. und BMGFJ 1998b, S. 23f.). Für die Abrechnung sind folgende Kriterien und die Erfüllung von drei von sechs Patientenkriterien bei MEL28.01 und MEL28.02 maßgebend:

- „Führung einer eigenen Kostenstelle“ (BMGFJ 1998a, S. 10 und BMGFJ 1998b, S. 23)
- Erfüllung der Strukturkriterien angeführt in den Leistungen MEL28.01 und MEL28.02 (vgl. BMGFJ 1998a, S. 10 und BMGFJ 1998b, S. 23)
- „Die Landeskommision hat die Voraussetzungen zur Durchführung der Leistungen zu prüfen und die Abrechenbarkeit dieser Leistungen auf den speziellen Stationen zu genehmigen.“ (BMGFJ 1998a, S. 10 und BMGFJ 1998b, S. 23)
- Erfüllung von vier Strukturkriterien bei MEL28.01 und fünf Strukturkriterien bei MEL28.02 (vgl. BMGFJ 1998a, S. 10f. und BMGFJ 1998b, S. 23f.)

Des Weiteren wurden die Behandlungsformen „I“ für Intensive Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter und „R“ Rehabilitative Behandlung in der KJNP definiert. In beiden Behandlungsformen müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- „Vorliegen einer Einheit zur Behandlung in der KJNP“ (BMGFJ 1998a, S. 13 und BMGFJ 1998b, S. 26)
- „Führen einer eigenen Kostenstelle“ (BMGFJ 1998a, S. 13 und BMGFJ 1998b, S. 26)
- Erfüllung von vier Strukturkriterien (vgl. BMGFJ 1998a, S. 13 und BMGFJ 1998b, S. 26)
- Erfüllung von drei aus neun Patientenkriterien bei der Behandlungsform „I“ und drei aus sieben Patientenkriterien bei der Behandlungsform „R“ (vgl. BMGFJ 1998a, S. 13f. und BMGFJ 1998b, S. 26f.)

Für die Behandlungsform „Intensive Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter“ wurden 6.635 Punkte und für die Behandlungsform „Rehabilitative Behandlung in der KJNP“ 3.560 Punkte berechnet (vgl. BMGFJ 1998a, S. 15 und BMGFJ 1998b, S.28).

Aufgrund der ersten Erfahrungen mit dem LKF-System aus dem Jahr 1997 wurde festgestellt, dass die Krankenhäuser vermehrt 0-Tagesfälle auf Intensiveinheiten dokumentiert und verrechnet haben (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999 und 2001; Rauner et al. 2003). Die Krankenhäuser versuchten somit ihre Zusatzpunkte zu maximieren. Diese Problematik zeigen Rauner und Schaffhauser-Linzatti (1999, 2001) und Rauner et al. (2003) auf. Als Gegenmaßnahme wurde bei der Abrechnung von **0-Tagespatienten auf Intensivbehandlungseinheiten und speziellen Funktionsbereichen** beschlossen, dass nur unter bestimmten Voraussetzungen eine Tagespauschale verrechnet wird (vgl. BMGFJ 1998a, S. 22 und BMGFJ 1998b, S. 35):

- 0-Tagespatienten auf Intensivbehandlungseinheiten, welche mit der Entlassungseinheit „T“ Transfer in eine andere Krankenanstalt oder „S“ Sterbefall gekennzeichnet sind
- Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von 0 Belagstagen und einem Aufenthalt auf einer Abteilung mit speziellen Funktionscode
- Patienten mit einer gesamten Aufenthaltsdauer von mehr als 0 Belagstagen und einem Aufenthalt auf einer Abteilung mit speziellem Funktionscode

3.2 Systementwicklung für das Jahr 1999

Für das Jahr 1999 wurden 170 medizinische Einzelleistungen, 341 dazugehörige leistungsorientierte Diagnosefallgruppen, 249 Hauptdiagnosefallgruppen und 522 leistungsorientierte Diagnosefallgruppen definiert (vgl. BMGFJ 1999a, S. 4f. und BMGFJ 1999b, S. 19f.). Dies entspricht einer Erhöhung um 13 bei den MEL-Gruppen und um 18 bei deren LDF-Gruppen und jeweils eine minimale Reduzierung der HDG-Gruppen und deren LDF-Gruppen, wie in Abbildung 11 und 12 dargestellt.

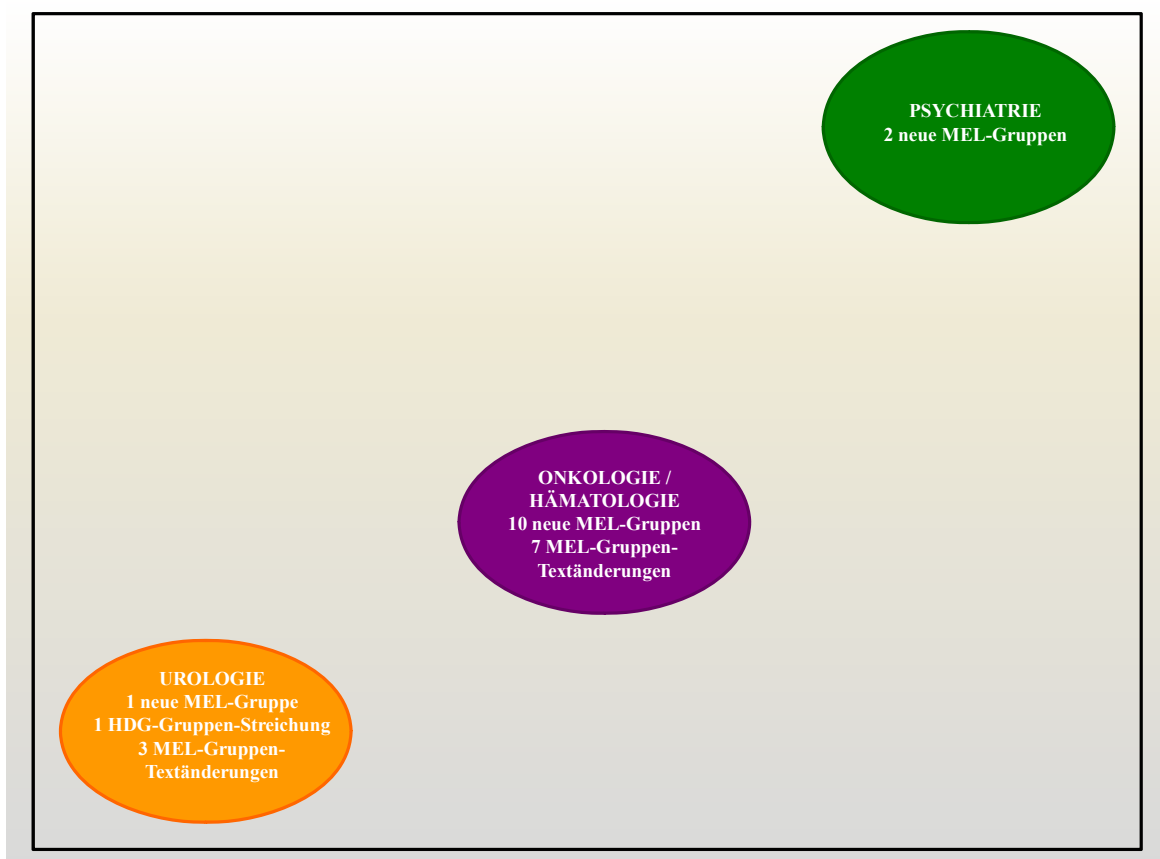


Abbildung 11: Änderungen HDG- & MEL-Gruppen 1999

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)



Abbildung 12: Änderungen der LDF-Gruppen 1999

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Änderungen von MEL-Gruppen, HDG-Gruppen und LDF-Gruppen erfolgten u. a. im Bereich Onkologie/Hämatologie, wie in Abbildungen 11 und 12 dargestellt. Es wurden zehn neue MEL-Gruppen eingeführt und bei sieben MEL-Gruppen erfolgte eine Textänderung. Bei den LDF-Gruppen wurden elf neue LDF-Gruppen eingeführt und eine LDF-Gruppe wurde gestrichen.

Im Bereich LDF-Punkte und Belagsdauerergrenzen ergaben sich folgende Änderungen:

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	636	406	230	73,61%	77,78%	67,25%
Erhöhung	146	75	71	16,90%	14,37%	20,76%
Stagnation	34	18	16	3,94%	3,45%	4,68%
Neueinführung	48	23	25	5,56%	4,41%	7,31%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	636	405	231	73,61%	77,59%	67,54%
Erhöhung	146	76	70	16,90%	14,56%	20,47%
Stagnation	34	18	16	3,94%	3,45%	4,68%
Neueinführung	48	23	25	5,56%	4,41%	7,31%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	383	237	146	44,33%	45,40%	42,69%
Erhöhung	364	209	155	42,13%	40,04%	45,32%
Stagnation	69	53	16	7,99%	10,15%	4,68%
Neueinführung	48	23	25	5,56%	4,41%	7,31%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	353	209	144	40,86%	40,04%	42,11%
Erhöhung	97	51	46	11,23%	9,77%	13,45%
Stagnation	366	239	127	42,36%	45,79%	37,13%
Neueinführung	48	23	25	5,56%	4,41%	7,31%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	579	367	212	67,01%	70,31%	61,99%
Erhöhung	126	63	63	14,58%	12,07%	18,42%
Stagnation	111	69	42	12,85%	13,22%	12,28%
Neueinführung	48	23	25	5,56%	4,41%	7,31%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	632	401	231	73,15%	76,82%	67,54%
Erhöhung	146	78	68	16,90%	14,94%	19,88%
Stagnation	38	20	18	4,40%	3,83%	5,26%
Neueinführung	48	23	25	5,56%	4,41%	7,31%

Tabelle 4: Änderungen 1999 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Im Bereich LDF-Pauschale wurden 405 Tageskomponenten der HDG-Gruppen und 231 Tageskomponenten der MEL-Gruppen gesenkt, wie in Tabelle 4 dargestellt. Diese Änderungen entsprechen einer Senkung von 77,59% der Tageskomponenten bei den HDG-Gruppen und 67,54% der Tageskomponenten bei den MEL-Gruppen. Insgesamt wurden 636 Tageskomponenten gesenkt.

Die folgende Abbildung zeigt die allgemeinen Abrechnungsänderungen für 1999.



Abbildung 13: Allgemeine Abrechnungsänderungen 1999

(Quelle: BMGFJ 1999a, S. 5 und BMGFJ 1999b, S. 13f.)

Die **Typen von Gliederungsmerkmalen** wurden um zwei Leistungsgruppen, LGR06 und LGR07, reduziert und um eine Abteilungsgruppe AGR01 erweitert (vgl. BMGFJ 1999a, S. 5 und BMGFJ 1999b, S. 19).

Bei den **Plausibilitätsprüfungen** wurden zwei neue Plausibilitäten „Fehlerliste 0-Tagespatient“ und „Plausibilitätsliste 0-Tagespatient“ hinzugefügt (vgl. BMGFJ 1999b, S. 13 & 16).

Die Abbildung 14 gibt einen groben Überblick über die Änderungen der Sonderbereiche für das Jahr 1999.

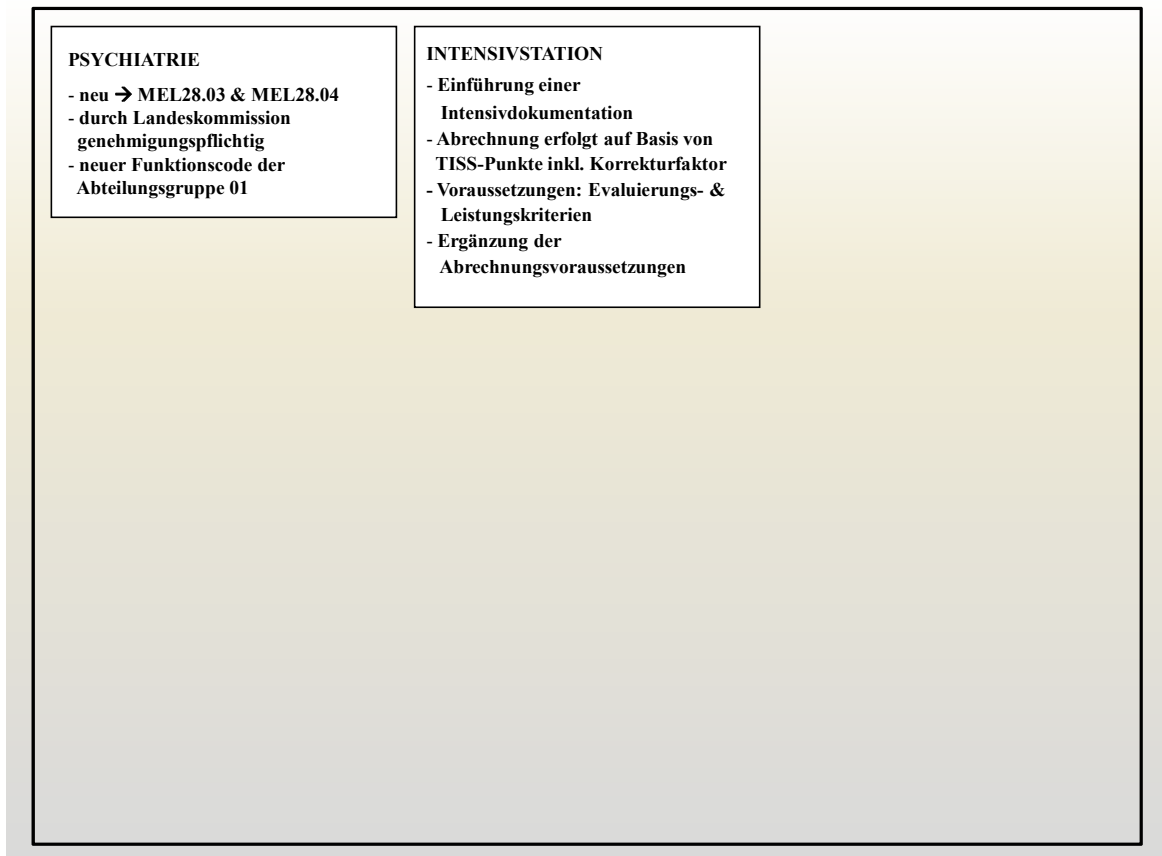


Abbildung 14: Änderungen der Sonderbereiche 1999

(Quelle: BMGFJ 1999a, S. 6 und BMGFJ 1999b, S. 21)

Wesentliche Änderung bzw. Neuerungen wurden im Bereich **Intensivbehandlung** vorgenommen. Das 1998 entwickelte Dokumentationssystem wurde eingeführt und dient als Grundlage für die Einstufung der Intensivstation (vgl. BMGFJ 1999a, S. 6 und BMGFJ 1999b, S. 21). Weiters müssen bestimmte Evaluierungskriterien und Leistungskriterien erfüllt sein, um einen Patienten auf einer der sechs Kategorien einstufen zu können. Die vier Abrechnungskriterien (siehe Kapitel 2.3 Seite 23) wurden um ein Kriterium ergänzt: „grundsätzlich vier tatsächliche Betten Untergrenze“ (vgl. BMGFJ 1999a, S. 8 und BMGFJ 1999b, S. 23).

Die Abrechnung erfolgt nun auf Basis von Therapeutic Intervention Scoring System-Punkte (TISS-Punkten) unter der Berücksichtigung eines Korrekturfaktors (vgl. BMGFJ 1999a, S. 9 und BMGFJ 1999b, S. 24). Je nach Intensivkategorie wird ein Aufwand mit 5.024 bis 19.423 Zusatzpunkten pro Tag ohne Berücksichtigung des Korrekturfaktors abgegolten. Der Korrekturfaktor muss individuell pro Intensivstation separat berechnet werden. Die speziellen Bereiche „Stammzellentransplantationseinheiten“ und „Stroke units“ werden nach der LKF-Pauschale abgegolten und können daher nicht in das LKF-Intensiveinstufungsmodell“ eingestuft und bepunktet werden (vgl. BMGFJ 1999a, S. 7 und BMGFJ 1999b, S. 22).

Weitere Änderungen bzw. Neuerungen im Jahr 1999 erfolgten im Bereich **Psychiatrie**. Als Abrechnungsvoraussetzung wurden sieben Funktionscodes (FC: 1-61xxxx, 1-62xxxx, 1-64xxxx, 1-1168xx, 1-5115xx, 1-5163xx, 1-5168xx) für sieben Spezialbereiche der Psychiatrie (Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Kinder-Neuropsychiatrie, Psychosomatik, Kinder-Psychologie, Kinder-Neuropsychiatrie, Kinder-Psychosomatik) festgelegt (vgl. BMGFJ 1999a, S. 17 und BMGFJ 1999b, S. 32). Ein überwiegender Aufenthalt auf einer dieser Spezialbereiche wird mit einer erhöhten Fallpauschale in der HGD 20.XX angerechnet.

Des Weiteren wurden zwei neue MEL-Gruppen eingeführt: MEL28.03 „Therapie psychisch Schwerstkranker“ und MEL28.04 „Komplexe psychiatrische Therapie“. Als Abrechnungsvoraussetzung gelten folgende Kriterien:

- „Führung einer eigenen Kostenstelle oder auch im Rahmen von Kostenstellen der Funktionscodes 1-62-- (Psychiatrie)“ (BMGFJ 1999a, S. 18 und BMGFJ 1999b, S. 33)
- Erfüllung folgender Bedingung: Definition der Hauptdiagnose nach dem Diagnoseschlüssel ICD-9-BMAGS Kapitel V; Bestimmung des Schweregrads der psychischen Erkrankung, welcher täglich nach dem „brief psychiatric rating scale“ (BPRS) bestimmt werden muss; Bedingungen für die Leistungserbringung; Dokumentationspflicht der Diagnose, Schweregradmerkmale und der jeweiligen erbrachten Leistung (vgl. BMGFJ 1999a, S. 18f. und BMGFJ 1999b, S. 33)

- Die Landeskommission hat die Voraussetzungen zur Durchführung der jeweiligen definierten Funktionseinheit zu genehmigen (vgl. BMGFJ 1999a, S. 18 und BMGFJ 1999b, S. 33).

Für die MEL-Gruppe „Komplexe psychiatrische Therapie“ ist noch das Kriterium „Diagnostische Merkmale“ für die Abrechnung nach dem LKF-System relevant (vgl. BMGFJ 1999a, S. 20f. und BMGFJ 1999b, S. 35f.).

3.3 Systementwicklung für das Jahr 2000

Sowohl im Jahr 2000 als auch im darauffolgenden Jahr 2001 wurden nur notwendige Anpassungen an medizinische Fortschritte in einzelnen Bereichen und Verfeinerungen des Systems vorgenommen. Dies lässt sich auch im Bereich der medizinischen Einzelleistungen erkennen. Es blieben die HDG-Gruppen unverändert und die dazugehörigen LDF-Gruppen wurden nur um eine Gruppe auf 521 reduziert (vgl. BMGFJ 2000a, S.4). Die MEL-Gruppen wurden um zwei Gruppen auf 173 und die dazugehörigen LDF-Gruppen um vier Gruppen auf 346 erhöht. Diese Änderungen werden in den Abbildungen 15 und 16 grafisch dargestellt.

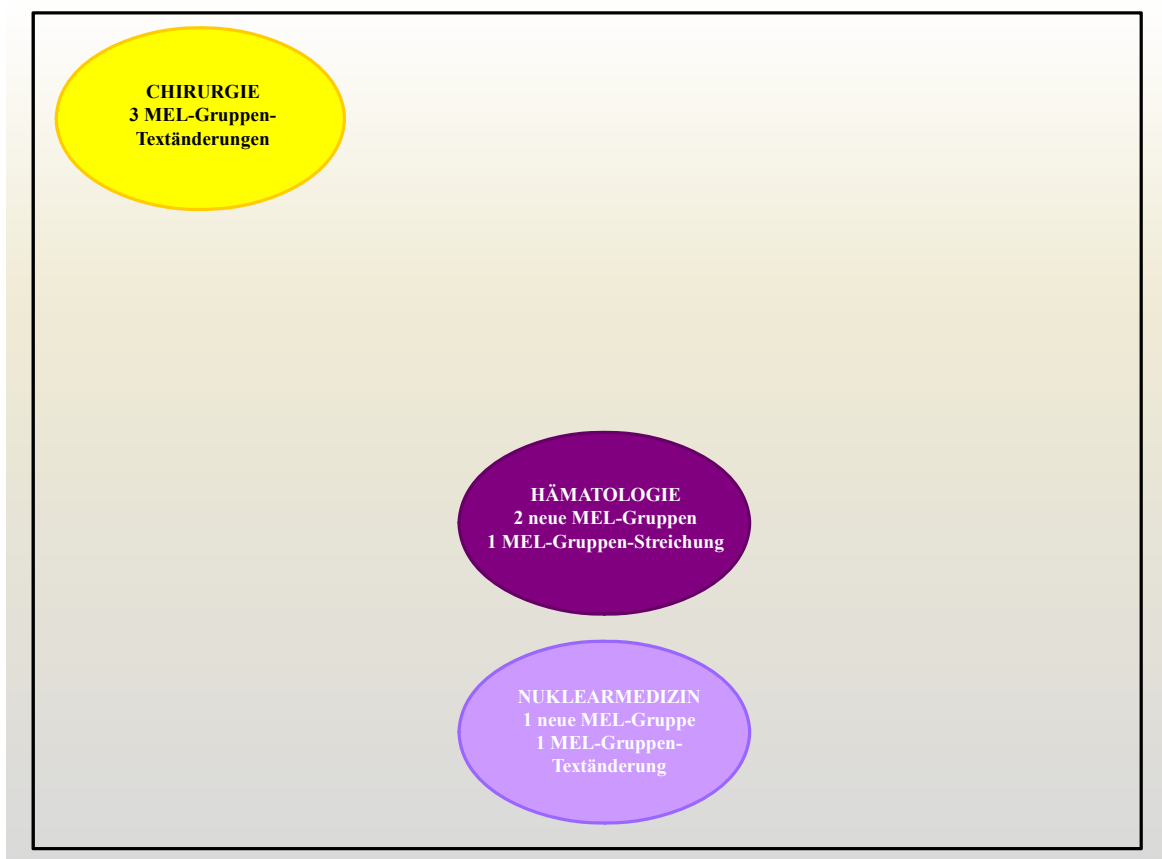


Abbildung 15: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2000

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997-2010)

Für das Jahr 2000 wurden beispielsweise im Bereich Onkologie/Hämatologie zwei neue MEL-Gruppen eingeführt und eine MEL-Gruppe gestrichen, wie in Abbildung 15 dargestellt. Bei den LDF-Gruppen erfolgten sowohl fünf Neueinführungen als auch fünf Streichungen, wie in Abbildung 16 dargestellt.

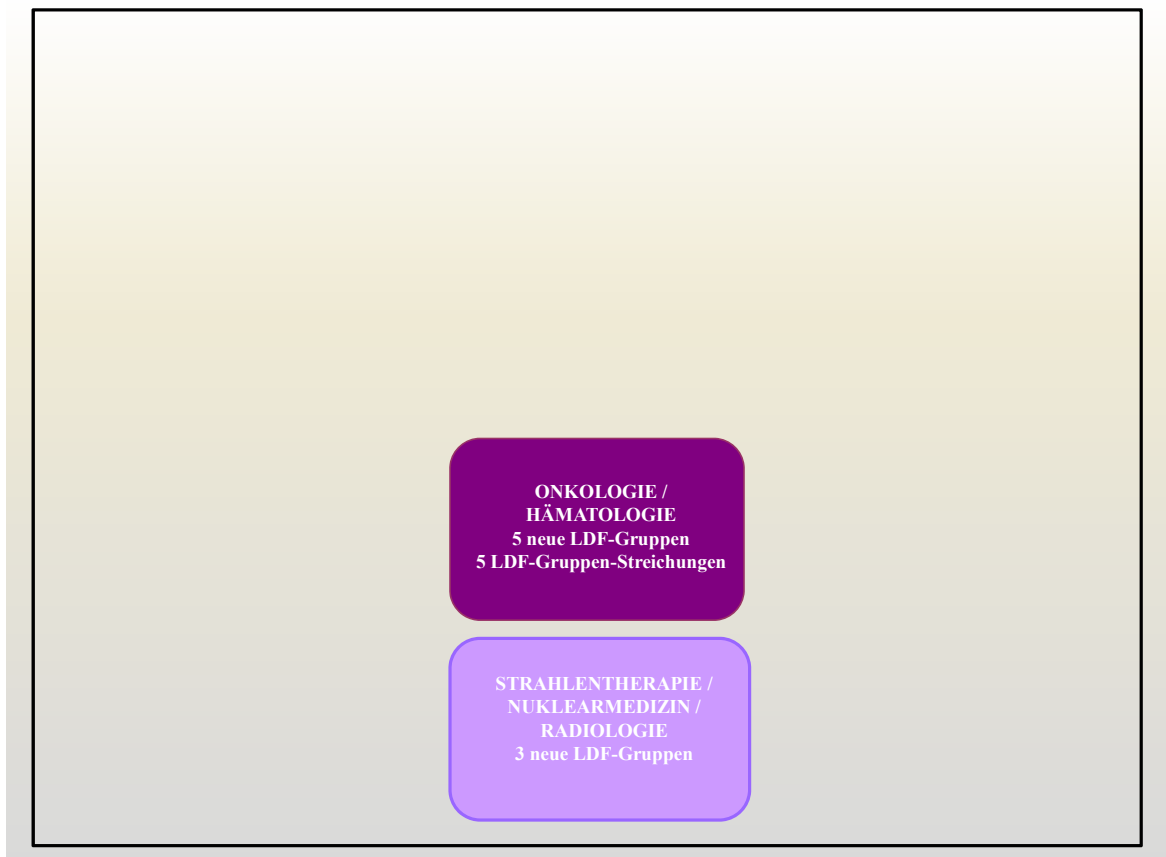


Abbildung 16: Änderungen der LDF-Gruppen 2000

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die geringen Änderungen im LKF-System 2000 spiegeln sich auch in den LDF-Punkten, sowohl Gesamt als auch Tages- und Leistungskomponente und Belagsdauer Grenzen wieder, wie in Tabelle 5 dargestellt. Es blieben beispielsweise sowohl 842 von 867 Tageskomponenten als auch 842 von 867 Leistungskomponenten der LDF-Pauschalen unverändert, was 97,12% entspricht.

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	11	8	3	1,27%	1,54%	0,87%
Erhöhung	6	2	4	0,69%	0,38%	1,16%
Stagnation	842	508	334	97,12%	97,50%	96,53%
Neueinführung	8	3	5	0,92%	0,58%	1,45%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	14	8	6	1,61%	1,54%	1,73%
Erhöhung	3	2	1	0,35%	0,38%	0,29%
Stagnation	842	508	334	97,12%	97,50%	96,53%
Neueinführung	8	3	5	0,92%	0,58%	1,45%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	11	8	3	1,27%	1,54%	0,87%
Erhöhung	6	2	4	0,69%	0,38%	1,16%
Stagnation	842	508	334	97,12%	97,50%	96,53%
Neueinführung	8	3	5	0,92%	0,58%	1,45%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	10	8	2	1,15%	1,54%	0,58%
Erhöhung	2	2	0	0,23%	0,38%	0,00%
Stagnation	847	508	339	97,69%	97,50%	97,98%
Neueinführung	8	3	5	0,92%	0,58%	1,45%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	10	8	2	1,15%	1,54%	0,58%
Erhöhung	2	2	0	0,23%	0,38%	0,00%
Stagnation	847	508	339	97,69%	97,50%	97,98%
Neueinführung	8	3	5	0,92%	0,58%	1,45%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	10	8	2	1,15%	1,54%	0,58%
Erhöhung	2	2	0	0,23%	0,38%	0,00%
Stagnation	847	508	339	97,69%	97,50%	97,98%
Neueinführung	8	3	5	0,92%	0,58%	1,45%

Tabelle 5: Änderungen 2000 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert (Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die Plausibilitätsprüfungen „Plausibilität zwischen medizinischen Einzelleistungen und Anzahl“ und „0-Tagespatient – Medizinische Einzelleistung und Diagnose(n)“ wurden folgendermaßen umbenannt: „Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und Anzahl der Erbringung“ und „Plausibilität von Diagnose(n) und medizinischen Einzelleistungen bei 0-Tagespatienten“ (vgl. BMGFJ 2000b, S. 10), wie in Abbildung 17 dargestellt.

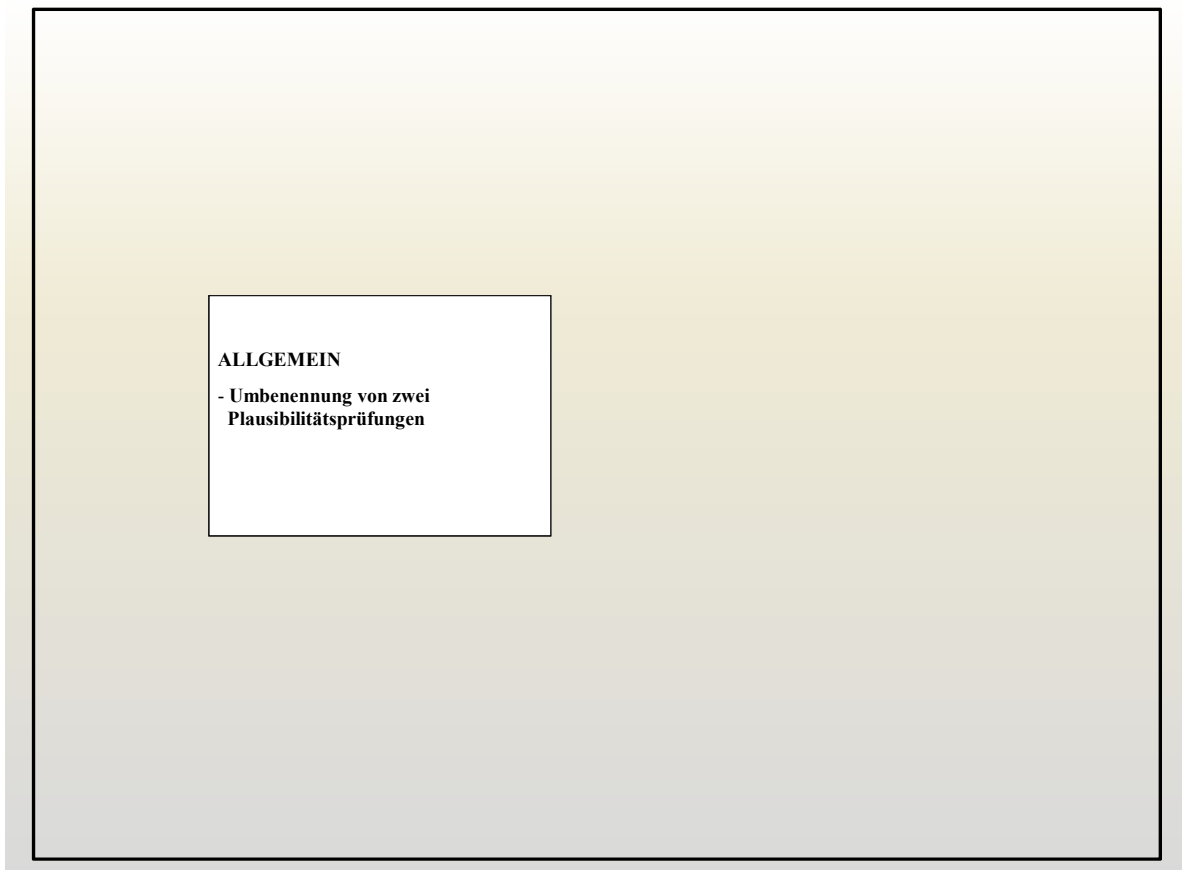


Abbildung 17: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2000

(Quelle: BMGFJ 2000b, S. 10)

Die nachstehende 18 Abbildung zeigt die Änderungen der Sonderbereiche für 2000.

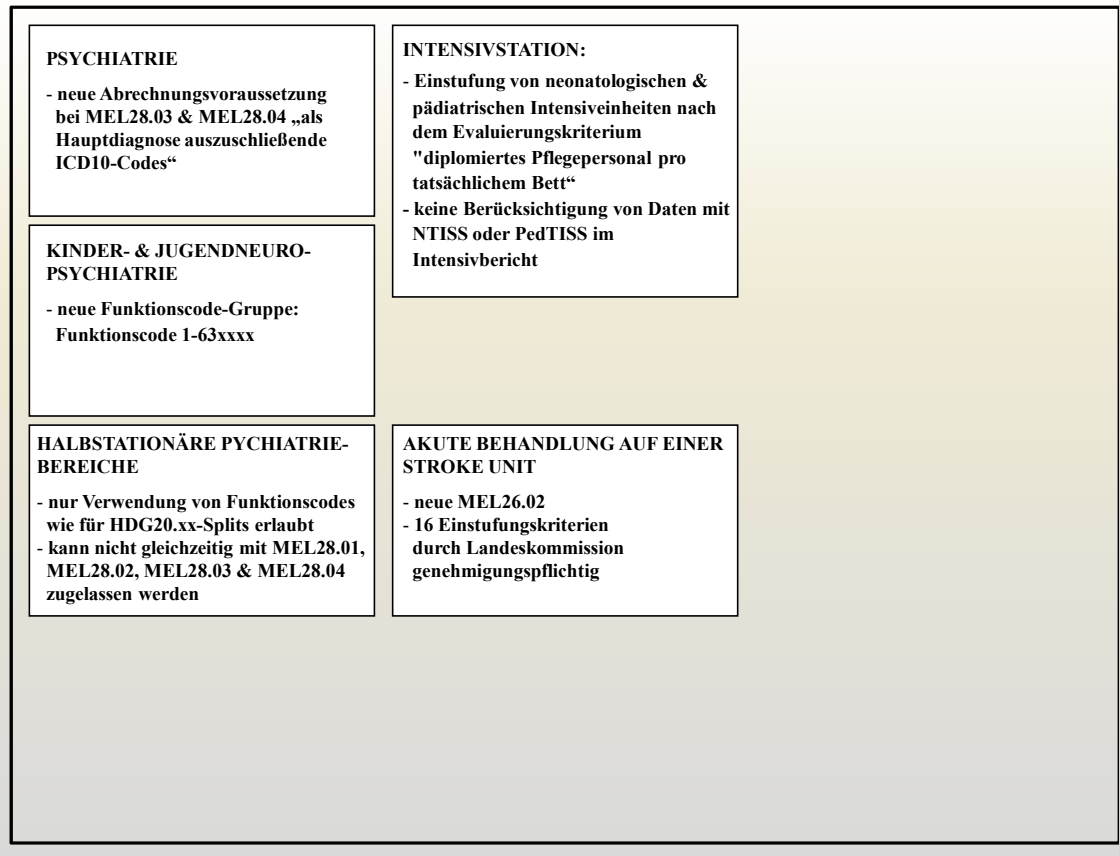


Abbildung 18: Änderungen der Sonderbereiche 2000

(Quelle: BMGFJ 2000a, S. 7f.)

Im Bereich **Intensivbehandlungseinheiten** ist bei der Einstufung zu berücksichtigen, dass neonatologischen und pädiatrischen Intensiveinheiten auch im Jahr 2000 wie bisher nur nach dem Evaluierungskriterium „diplomiertes Pflegepersonal pro tatsächlichem Bett“ eingestuft werden (vgl. BMGFJ 2000a, S. 8). Daten aus dem Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS) oder dem Pediatric Therapeutic Intervention Scoring System (PedTISS) finden im Intensivbericht keine Berücksichtigung. Diese werden wie 0 TISS-28-Punkte behandelt.

Halbstationäre Psychiatrie-Bereiche dürfen nur mit Funktionscodes wie für die HGD20.xx-Splits, jedoch nicht gleichzeitig mit MEL28.01, MEL28.02, MEL28.03 und MEL28.04 abgerechnet werden (vgl. BMGFJ 2000a, S7). Im Bereich **Kinder- und Jugendneuropsychiatrie** wurde ein neuer Funktionscode FC 1-63xxxx „Neurologie“ festgelegt. Bei dem MEL-Gruppen **MEL28.03 „Therapie Schwerstkranker“** und **MEL28.04 „Komplexe psychiatrische Therapie“** wurde eine neue Abrechnungsvoraussetzung „als Hauptdiagnose auszuschließende ICD10-Codes“ ergänzt (BMGFJ 2000a, S.15f.).

Krankenanstalten versuchten häufig in den Jahren 1997 bis 1999 Patienten in andere Krankenanstalten zu transferieren um somit die gesamte LDF-Pauschale zu erhalten ohne dabei die Gesamtkosten für die Patienten übernehmen zu müssen (vgl. Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 22). Da dieses Problem sehr häufig bei Patienten mit der Diagnose Schlaganfall auftrat, wird mit der Einführung der neuen MEL-Gruppe MEL26.02 **Akute Behandlung auf einer Stroke Unit** versucht, das Problem der Kostenabwälzung auf andere Krankenhäuser einzudämmen bzw. zu beseitigen. Diese MEL-Gruppe ist von der Landeskommission genehmigungspflichtig und es sind 16 Kriterien für die Einstufung für die akute Behandlung auf einer Stroke Unit zu berücksichtigen (vgl. BMGFJ 2000a, S. 18). Diese Kriterien wären u. a. die Führung einer eigenen Kostenstelle mit 24-h-Aufnahmebereitschaft für Patienten mit akutem; mindestens vier Betten; die Leitung durch einen verantwortlichen Facharzt für Neurologie, der hauptberuflich zugeordnet ist; 24-h-Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie an der Abteilung; mindestens ein Facharzt in Ausbildung zum Neurologen in der Regeldienstzeit anwesend; ein Facharzt für Innere Medizin täglich 24-h verfügbar; Personalfaktor: mindestens eine diplomierte Krankenpflegeperson (korr. Beschäftigte) je Bett.

3.4 Systementwicklung für das Jahr 2001

Die MEL-Gruppen wurden um sechs Gruppen auf 179 und deren LDF-Gruppen um acht Gruppen auf 354 erhöht (vgl. BMGFJ 2001a, S. 4). Hingegen blieben die HDG-Gruppen wieder unverändert auf 249 und deren LDF-Gruppen wurden um drei Gruppen auf 518 reduziert. Die Abbildungen 19 und 20 stellen diese Änderungen grafisch dar. Es wurden beispielsweise in dem Bereich Kardiologie vier neue MEL-Gruppen eingeführt und bei einer MEL-Gruppe eine Textänderung vorgenommen.

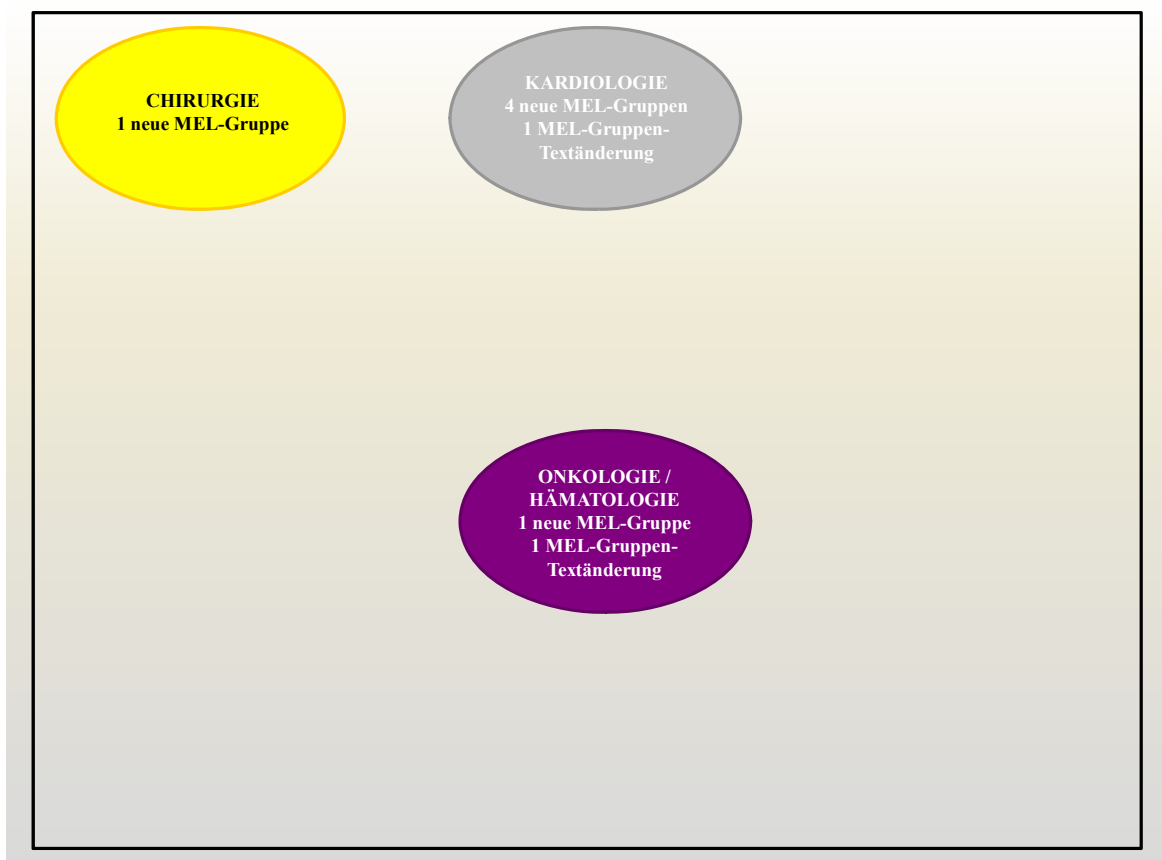


Abbildung 19: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2001

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Wie in Abbildung 20 ersichtlich, wurden Änderungen der LDF-Gruppen u. a. im Bereich Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohren vorgenommen. Es wurden in der Augenheilkunde zwei neue LDF-Gruppen eingeführt und im Bereich Hals-Nasen-Ohren eine LDF-Gruppe gestrichen.

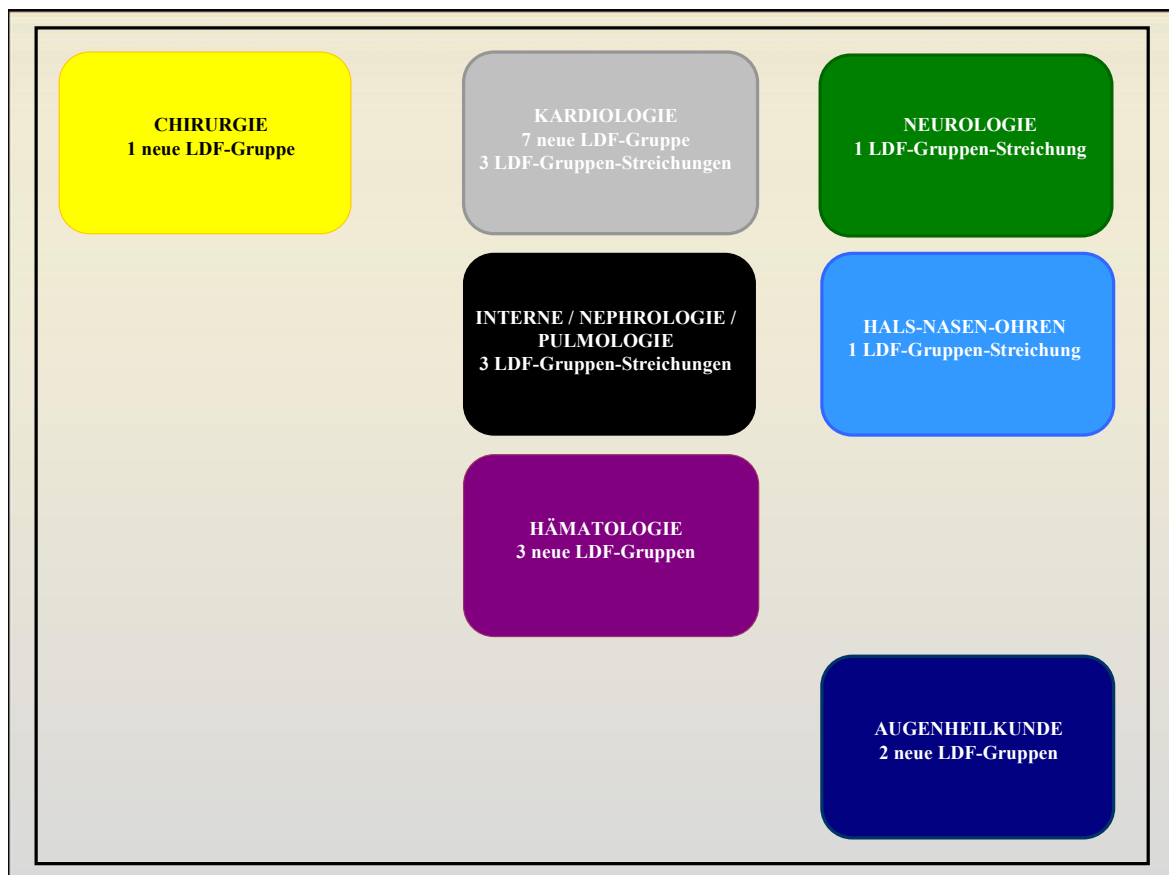


Abbildung 20: Änderungen der LDF-Gruppen 2001

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die nachstehende Tabelle 6 zeigt die Änderungen bei den LDF-Gesamtpunkten, Tages- und Leistungskomponente und den Belagsgrenzen. Für das Jahr 2001 wurden sowohl die gesamten bisherigen 859 Belagsdaueruntergrenzen als auch die Belagsdauerobergrenzen gesenkt. Davon waren 516 Belagsdaueruntergrenzen und Belagsdauerobergrenzen und Belagsdaueruntergrenzen von den HDG-Gruppen und 343 Belagsdauerobergrenzen und Belagsdaueruntergrenzen von den MEL-Gruppen betroffen.

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	10	10	0	1,15%	1,93%	0,00%
Erhöhung	1	0	1	0,11%	0,00%	0,28%
Stagnation	848	506	342	97,25%	97,68%	96,61%
Neueinführung	13	2	11	1,49%	0,39%	3,11%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	11	10	1	1,26%	1,93%	0,28%
Erhöhung	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Stagnation	848	506	342	97,25%	97,68%	96,61%
Neueinführung	13	2	11	1,49%	0,39%	3,11%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	7	7	0	0,80%	1,35%	0,00%
Erhöhung	4	3	1	0,46%	0,58%	0,28%
Stagnation	848	506	342	97,25%	97,68%	96,61%
Neueinführung	13	2	11	1,49%	0,39%	3,11%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	859	516	343	98,51%	99,61%	96,89%
Erhöhung	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Stagnation	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Neueinführung	13	2	11	1,49%	0,39%	3,11%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	859	516	343	98,51%	99,61%	96,89%
Erhöhung	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Stagnation	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Neueinführung	13	2	11	1,49%	0,39%	3,11%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	9	9	0	1,03%	1,74%	0,00%
Erhöhung	1	1	0	0,11%	0,19%	0,00%
Stagnation	849	506	343	97,36%	97,68%	96,89%
Neueinführung	13	2	11	1,49%	0,39%	3,11%

Tabelle 6: Änderungen 2001 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Hauptänderung in diesem Jahr war die Einführung der Diagnosedokumentation nach dem **Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSG 2001** (vgl. BMGFJ 2001a, S. 4; BMGFJ 2001b, S. 6f. und BMGFJ 2001c, S.3). Die **Typen von Gliederungsmerkmalen** wurden um sechs Gruppe01 von Haupt- oder Zusatzdiagnosen und um 41 Gruppe01 von Hauptdiagnosen ergänzt (vgl. BMGFJ 2001a, S.5). Auch die **Plausibilitätsprüfungen** wurden um zwei neue Plausibilitäten erweitert: „Plausibilität zwischen verschiedenen med. Einzelleistungen“ und „Plausibilität

zwischen “*-Diagnosen und zugeordneten “+ “-Diagnosen“ (vgl. BMGFJ 2001b, S. 10). Diese Änderungen werden in der Abbildung 21 grafisch dargestellt.



Abbildung 21: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2001

(Quelle: BMGFJ 2001a, S. 5; BMGFJ 2001b, S. 10; BMGFJ 2001c, S. 137)

3.5 Resümee

Speziell nach dem ersten Jahr der Einführung des LKF-Systems ist sehr deutlich zu erkennen, dass das System noch entwicklungsbedürftig war. Dies ist einerseits an den Änderungen der medizinischen Einzelleistungen, der Hauptdiagnosegruppen und den leistungsorientierten Diagnose-Fallgruppen und andererseits an den LDF-Pauschalen und Belagsdauergrenzen zu sehen, wie in den Abbildungen 7 und 8 und der Tabelle 3 dargestellt. In den Folgejahren 1999 bis 2001 blieben die HDG-, MEL- und LDF-Gruppen eher unverändert und wurden nur gering angepasst. Lediglich die LDF-Pauschalen und die Belagsdauergrenzen wurden im Jahr 1999 noch deutlich geändert. Von 1999 bis 2001 blieben auch diese vermehrt unverändert. Diese Änderungen werden in den nachstehenden Tabellen 7 bis 9 noch einmal zusammen gefasst.

	Chirurgie / Orthopädie	Geriatric	Pathologie	Gynäkologie / Urologie
1998	3 neue MEL-Gruppen 5 neue LDF-Gruppen 1 HDG-Gruppen- Streichung 31 LDF-Gruppen- Streichungen 3 HDG-Gruppen- Textänderungen 5 MEL-Gruppen- Textänderungen	-	1 LDF-Gruppen- Streichung	4 neue MEL-Gruppen 6 neue LDF-Gruppen 2 HDG-Gruppen- Streichungen 29 LDF-Gruppen- Streichungen 8 HDG-Gruppen- Textänderungen 1 MEL-Gruppen- Textänderung
1999	5 neue LDF-Gruppen 8 LDF-Gruppen- Streichungen	-	-	1 neue MEL-Gruppe 4 neue LDF-Gruppen 1 HDG-Gruppen- Streichung 9 LDF-Gruppen- Streichungen 3 MEL-Gruppen- Textänderungen
2000	3 MEL-Gruppen- Textänderungen	-	-	-
2001	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe	-	-	-

Tabelle 7: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Chirurgie/Orthopädie, Geriatric, Pathologie und Gynäkologie/Urologie von 1998 bis 2001
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Es wurden beispielsweise in dem Bereich Chirurgie/Orthopädie drei neue MEL-Gruppen und fünf neue LDF-Gruppen eingeführt. Weiters erfolgten eine HDG-Gruppen-Streichung und 31 LDF-Gruppen-Streichungen. Für diesen Bereich wurden für das Jahr 1998 bei drei HDG-Gruppen und und fünf MEL-Gruppen Textänderungen vorgenommen, wie in Tabelle 7 dargestellt.

	Kardiologie	Interne / Nephrologie / Pulmologie	Onkologie / Hämatologie	Strahlentherapie / Nuklearmedizin / Radiologie
1998	2 neue LDF-Gruppen 4 LDF-Gruppen-Streichungen	3 neue MEL-Gruppen 9 neue LDF-Gruppen 14 LDF-Gruppen-Streichungen	1 neue MEL-Gruppe 5 neue LDF-Gruppen 3 LDF-Gruppen-Streichungen 1 HDG-Gruppen-Textänderung	4 neue MEL-Gruppen 7 neue LDF-Gruppen
1999	1 LDF-Gruppen-Streichung	2 neue LDF-Gruppen 6 LDF-Gruppen-Streichungen	10 neue MEL-Gruppen 11 neue LDF-Gruppen 1 LDF-Gruppen-Streichung 7 MEL-Gruppen-Textänderungen	1 LDF-Gruppen-Streichung
2000	-	-	2 neue MEL-Gruppen 5 neue LDF-Gruppen 1 MEL-Gruppen-Streichung 5 LDF-Gruppen-Streichungen	1 neue MEL-Gruppe 3 neue LDF-Gruppen 1 MEL-Gruppen-Textänderung
2001	4 neue MEL-Gruppen 7 neue LDF-Gruppen 3 LDF-Gruppen-Streichungen 1 MEL-Gruppen-Textänderung	3 LDF-Gruppen-Streichungen	1 neue MEL-Gruppe 3 neue LDF-Gruppen 1 MEL-Gruppen-Textänderung	-

Tabelle 8: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Kardiologie, Interne/Nephrologie/Pulmologie, Onkologie/Hämatologie und Strahlentherapie/Nuklearmedizin/Radiologie von 1998 bis 2001
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

In dem Bereich Strahlentherapie/Nuklearmedizin/Radiologie wurde beispielsweise für das Jahr 1999 lediglich eine LDF-Gruppe gestrichen, wie in Tabelle 8 dargestellt.

Die Tabelle 9 zeigt beispielsweise, dass der Bereich Dermatologie in dem Zeitraum 1998 bis 2001 lediglich im Jahr 1998 geändert wurde. Es wurde eine neue LDF-Gruppe eingeführt und sowohl eine LDF-Gruppe gestrichen.

	Psychiatrie / Neurologie	Hals-Nasen-Ohren	Dermatologie	Augenheilkunde
1998	2 neue MEL-Gruppen 6 neue LDF-Gruppen 16 LDF-Gruppen- Streichungen 1 HDG-Gruppen- Textänderung 1 MEL-Gruppen- Textänderung	2 neue LDF-Gruppen 9 LDF-Gruppen- Streichungen 1 MEL-Gruppen- Textänderung	1 neue LDF-Gruppe 1 LDF-Gruppen- Streichung	3 LDF-Gruppen- Streichungen
1999	2 neue MEL-Gruppen 25 neue LDF-Gruppen 2 LDF-Gruppen- Streichungen	3 LDF-Gruppen- Streichungen	-	1 neue LDF-Gruppe 1 LDF-Gruppen- Streichung
2000	-	-	-	-
2001	1 LDF-Gruppen- Streichung	1 LDF-Gruppen- Streichung	-	2 neue LDF-Gruppen

Tabelle 9: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie und Augenheilkunde von 1998 bis 2001
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Eine weitere wesentliche allgemeine Änderung war in dem Jahr 2001 die Ablösung des Diagnoseschlüssels ICD-9 von dem Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSG 2001 (vgl. BMGFJ 2001a, S. 4; BMGFJ 2001b, S. 6f. und BMGFJ 2001c, S. 3). Bei der Adaptierung der Sonderbereiche für den Zeitraum 1998 bis 2001 wurde das Hauptaugenmerk auf die Entwicklung der Psychiatrie und Intensivstation gelegt. In dem Jahr 1999 wurde für die Intensivstation ein neues Dokumentationssystem entwickelt, welches im Jahr 1999 eingeführt wurde (vgl. BMGFJ 1999a, S. 6 und BMGFJ 1999b, S. 21). Für die Einstufung auf einer Intensivstation wurden für das Jahr 1999 bestimmte Evaluierungs- und Leistungskriterien eingeführt (vgl. BMGFJ 1999a, S. 8 und BMGFJ 1999b, S. 23). Ab dem Jahr 1999 erfolgt die Abrechnung einer Intensivstation auf Basis von TISS-Punkten unter Berücksichtigung eines Korrekturfaktors (vgl. BMGFJ 1999a, S. 7f. und BMGFJ 1999b, S. 22f.). Da die

Krankenhäuser seit der Einführung des LKF-Systems vermehrt 0-Tagesfälle auf Intensiveinheiten und speziellen Funktionscode dokumentiert und verrechnet haben, erfolgt die Abrechnung des Bereiches seit dem Jahr 1998 nur mehr nach Erfüllung einer von drei Voraussetzungen (Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999 und 2001, Rauner et al. 2003).

Mit der Einführung des Sonderbereiches „Akute Behandlung auf einer Stroke Unit“ im Jahre 1999 wurde versucht, dem Problem der Kostenabwälzung auf andere Krankenhäuser entgegenzuwirken (vgl. Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 22).

4 Adaptierung des LKF-Systems von 2002 bis 2008

Die Abschnitte 4.1 bis 4.7 beschreiben die Systementwicklungen für die Jahre 2002 bis 2008. Das Kapitel 4 wird mit dem unter dem Abschnitt 4.8 beschriebenen Resümee abgeschlossen. Sowohl die allgemeinen Änderungen als auch die Änderungen der HDG-Gruppen, MEL-Gruppen, LDF-Gruppen, LDF-Gesamtpauschalen, Tageskomponenten, Leistungskomponenten und den Belagsdauergrenzen resultieren u. a. aus Reaktionen der Krankenanstalten der letzten Jahren und den Anpassungen an die strukturellen, medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklungen (vgl. BMGFJ 2002b, S. 11f; BMGFJ 2003b, S. 11; BMGFJ 2004b, S. 14; BMGFJ 2005b, S. 14; BMGFJ 2006b, S. 13; BMGFJ 2007b, S. 15f. und BMGFJ 2008b, S. 16). Werden in den Abschnitten 4.1 bis 4.7 keine expliziten Gründe für die Änderungen der Sonderbereiche angeführt, erfolgten diese um die Erlösmaximierung der Krankenanstalten einzudämmen und das LKF-System besser in der Praxis anwenden zu können.

4.1 Systementwicklung für das Jahr 2002

Das Jahr 2002 zählt zu einem der drei Hauptänderungsjahren. Die Fallpauschalen wurden mit dem Projekt „Nachkalkulation“ aktualisiert und an den Euro angepasst (vgl. BMGFJ 2002a, S. 4f. und BMGFJ 2002c, S. 16). Es stehen 188 MEL-Gruppen und 367 dazugehörige LDF-Gruppen, 230 HDG-Gruppen und 475 dazugehörige LDF-Gruppen zu Verfügung (vgl. BMGFJ 2002a, S.4). Das ergibt bei den MEL-Gruppen eine Erhöhung um neun, bei den dazugehörigen LDF-Gruppen eine Erhöhung um 13, bei den HDG-Gruppen eine Senkung um 19 und bei den dazugehörigen LDF-Gruppen eine Senkung von 43 Gruppen. Die zwei nachstehenden Abbildungen 22 und 23 zeigen die Änderungen der HDG-, MEL- und LDF-Gruppen in den verschiedenen Stationen/Abteilungen.

Für das Jahr 2002 wurden beispielsweise im Bereich Interne/Nephrologie/Pulmologie eine neue MEL-Gruppe eingeführt und 15 HDG-Gruppen gestrichen. Bei 13 HDG-Gruppen erfolgte eine Textänderung, wie in Abbildung 22 grafisch dargestellt.

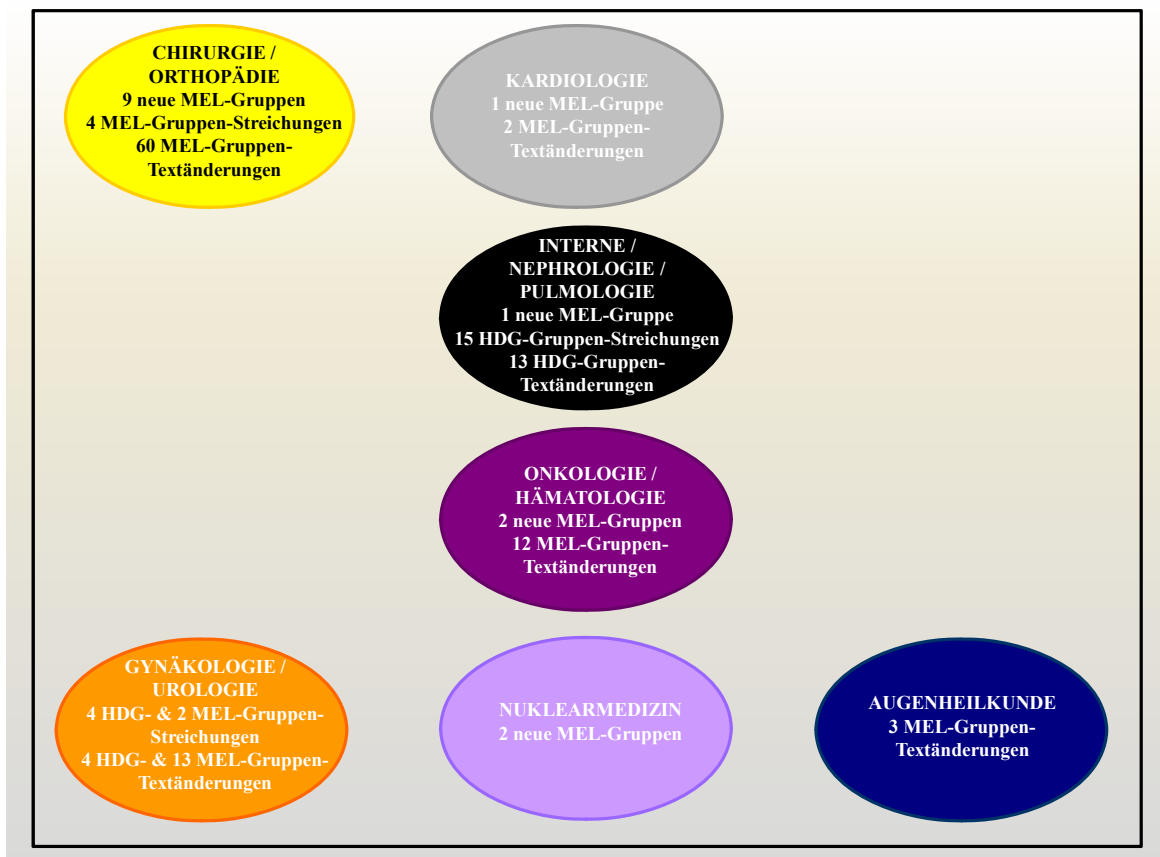


Abbildung 22: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2002

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Bei den LDF-Gruppen wurden beispielsweise in den Bereichen Neurologie und Dermatologie Änderungen vorgenommen. In der Neurologie wurden sieben LDF-Gruppen und in der Dermatologie fünf LDF-Gruppen gestrichen, wie in Abbildung 23 dargestellt.



Abbildung 23: Änderungen der LDF-Gruppen 2002

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die LDF-Gesamtpauschalen, Tages- und Leistungskomponente und die Belagsgrenzen wurden wie folgt geändert:

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	758	467	291	90,02%	98,32%	79,29%
Erhöhung	1	1	0	0,12%	0,21%	0,00%
Stagnation	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Neueinführung	83	7	76	9,86%	1,47%	20,71%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	758	467	291	90,02%	98,32%	79,29%
Erhöhung	1	1	0	0,12%	0,21%	0,00%
Stagnation	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Neueinführung	83	7	76	9,86%	1,47%	20,71%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	683	400	283	81,12%	84,21%	77,11%
Erhöhung	65	62	3	7,72%	13,05%	0,82%
Stagnation	11	6	5	1,31%	1,26%	1,36%
Neueinführung	83	7	76	9,86%	1,47%	20,71%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	313	183	130	37,17%	38,53%	35,42%
Erhöhung	116	42	74	13,78%	8,84%	20,16%
Stagnation	330	243	87	39,19%	51,16%	23,71%
Neueinführung	83	7	76	9,86%	1,47%	20,71%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	399	239	160	47,39%	50,32%	43,60%
Erhöhung	171	85	86	20,31%	17,89%	23,43%
Stagnation	189	144	45	22,45%	30,32%	12,26%
Neueinführung	83	7	76	9,86%	1,47%	20,71%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	485	305	180	57,60%	64,21%	49,05%
Erhöhung	201	106	95	23,87%	22,32%	25,89%
Stagnation	73	57	16	8,67%	12,00%	4,36%
Neueinführung	83	7	76	9,86%	1,47%	20,71%

Tabelle 10: Änderungen 2002 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Wie die Tabelle 10 zeigt, wurden sowohl 758 von 842 LDF-Gesamtpauschalen als auch 758 von 842 Tageskomponenten gesenkt, was 90,02% entspricht. Bei der Betrachtung der Leistungskomponente ist zu erkennen, dass auch 81,12% der Leistungskomponenten gesenkt

wurden. Diese Änderungen lassen sich noch weiter in HDG-Gruppen und MEL-Gruppen unterteilen.

Die Abbildung 24 zeigt die allgemeinen Abrechnungsänderungen für das Jahr 2002.

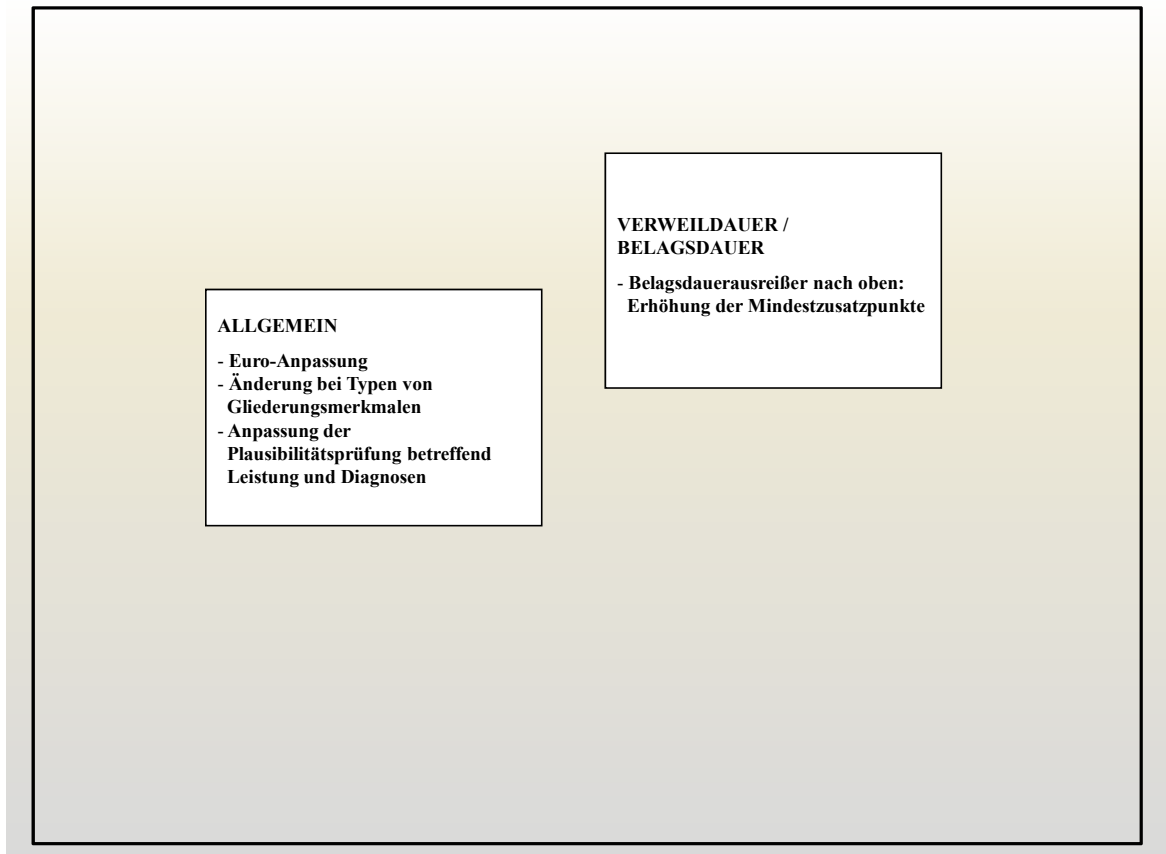


Abbildung 24: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2002

(Quelle: BMGFJ 2002a, S. 5 und S. 30 und BMGFJ 2002c, S. 16)

Eine wichtige allgemeine Abrechnungsänderung war die Umstellung der LDF-Pauschalen auf Euroniveau (vgl. BMGFJ 2002a, S. 5 und BMGFJ 2002c, S. 16). Folgend wurden die Mindestpunkte bei der Belagsdauergrenze „**Belagsdauer ausreißer nach oben**“ von 36 (Schilling 500) auf 44 Punkte pro Tag und in dem Bereich Psychiatrie von 109 (Schilling 1.500) auf 131 Punkte pro Tag erhöht (vgl. BMGFJ 2002a, S. 30). Die **Typen von**

Gliederungsmerkmalen wurden um 21 Leistungsgruppen (LGR06-LGR26) ergänzt und um sechs Gruppen von Hauptdiagnosen (HGR36-HGR41) reduziert (vgl. BMGFJ 2002a, S. 5).

„Die **Plausibilitätsprüfungen** betreffend Leistungen und Diagnosen wurden entsprechend der LKF-Modellwartung und den eingereichten Änderungshinweisen angepasst“ (BMGFJ 2002c, S. 16).

Die Abbildung 25 soll einen ersten Überblick über die Änderungen der Sonderbereiche verschaffen.

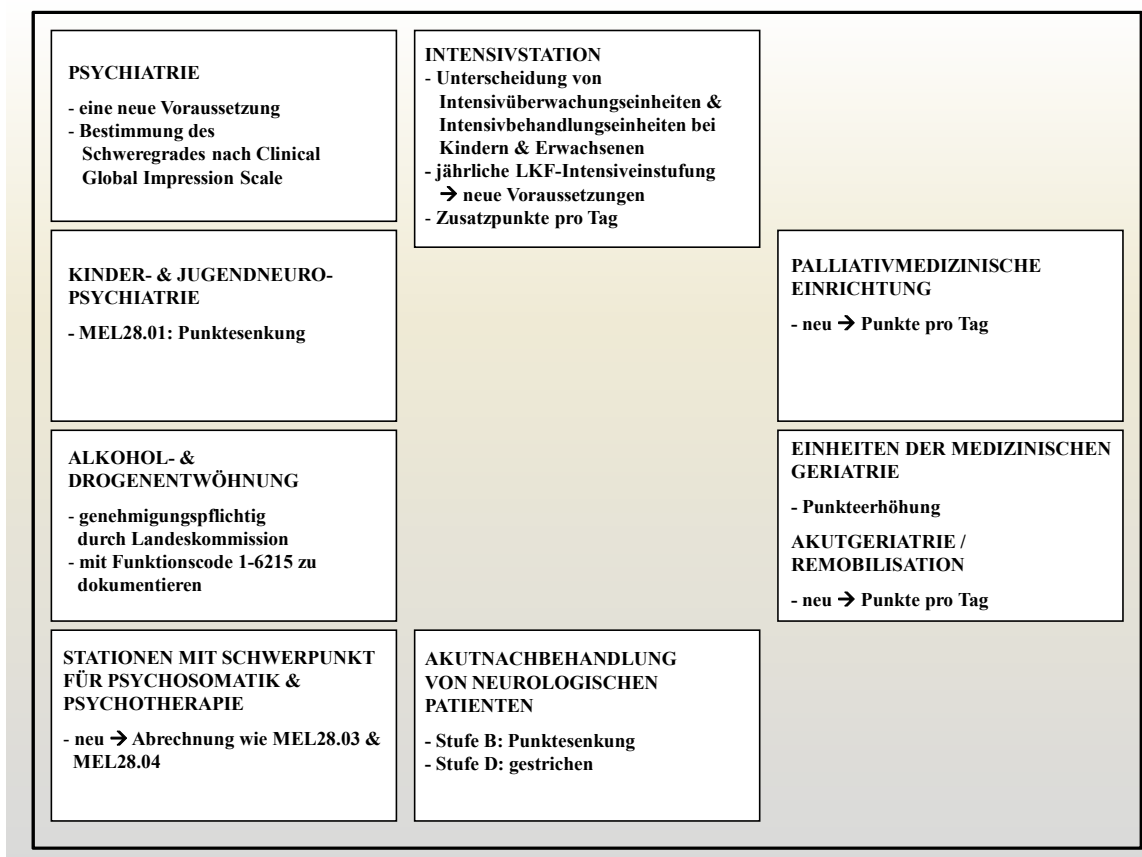


Abbildung 25: Änderungen der Sonderbereiche 2002

(Quelle: BMGFJ 2002a, S. 7f.)

Der Bereich **Intensiveinheiten** wurde 2002 komplett neu strukturiert. Vorab erfolgte eine Unterscheidung zwischen Intensiveinheiten für Erwachsene und neonatologische/pädiatrische Intensiveinheiten (vgl. BMGFJ 2002a, S. 7 und BMGFJ 2002c, S. 14). Des Weiteren wird gemäß den Richtlinien des österreichischen Krankenanstalten und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) 2001 auch zwischen Intensivüberwachungseinheiten und Intensivbehandlungseinheiten unterschieden. Die bereits bestehenden Einstufungsvoraussetzungen für Intensiveinheiten blieben unverändert (BMGFJ 2002a, S. 7). Die LKF-Intensiveinstufung soll jährlich erfolgen.

Bei den Intensiveinheiten für Erwachsene ist zu berücksichtigen, dass die vorgegebene maximale Anzahl der Betten pro Krankenhaus in Summe nicht überschritten werden darf (vgl. BMGFJ 2002a, S. 7). Die Verbrennungsstation wird nicht nach dem neuen Intensiveinheiten, sondern weiterhin nach dem Evaluierungskriterium Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal/Bett abgerechnet (vgl. BMGFJ 2002a, S. 8). „Die Intensiv-Überwachung inkludiert die Herzüberwachungsstationen (HÜST) und Intermediäre Überwachungsstationen (IMCU)“ (BMGFJ 2002a, S. 8 und BMGFJ 2002c, S. 14). Für eine Leistung auf einer Intensiv-Überwachung erfolgt eine Zuteilung von 322 Zusatzpunkten (vgl. BMGFJ 2002a, S. 9). Ab einer Auslastung von 80% ist ein Auslastungsfaktor als Multiplikator vorzusehen: Normauslastung (80%)/Istauslastung. Für diese besteht nicht mehr die Verpflichtung zur Intensiv-Berichterstattung (BMGFJ 2002a, S. 8). Die Intensiv-Behandlungseinheiten lassen sich in drei Stufen einteilen. Die Abrechnung erfolgt weiterhin auf Basis von TISS-Punkten unter der Berücksichtigung eines Korrekturfaktors (BMGFJ 2002a, S. 9). Je nach Stufe erfolgt auf einer Intensiv-Behandlungseinheit eine Zuteilung von 504 bis 1.153 Zusatzpunkten pro Tag.

Die neonatologische/pädiatrische Intensiveinheiten sind wie die Intensiveinheiten für Erwachsene auch in Überwachungs- und Intensivbehandlungseinheiten eingeteilt (vgl. BMGFJ 2002a, S. 10 und BMGFJ 2002c, S. 14). Die Einstufung und Abrechnung erfolgt unabhängig von der Intensivdokumentation und ohne Korrekturfaktor (vgl. BMGFJ 2002a, S. 10). Daher besteht keine Verpflichtung mehr für die Intensivberichterstattung. „Für diesen

Bereich ist eine Plausibilitätsprüfung der Einstufung der Intensiveinheiten in Bezug auf das Patienten- und Leistungsspektrum anhand ausgewählter ICD-10-Diagnosen und ausgewählter medizinischer Leistungen vorzunehmen“ (BMGFJ 2002a, S. 10). Für eine Leistung auf einer Überwachungseinheit erhält eine Krankenanstalt 322 und auf einer Intensivbehandlungseinheit 739 Zusatzpunkte pro Tag.

Aufgrund der Euroumstellung wurde im Bereich **Einheiten zur Akutnachbehandlung von neurologischen Patienten** die LDF-Pauschale in der Stufe B von 482 (Schilling 6.635) auf 457 Punkte pro Tag gesenkt und die Stufe C blieb unverändert auf 259 (Schilling 3560) Punkte pro Tag (vgl. BMGFJ 2002a, S. 14). Die Stufe D wurde gestrichen.

Des Weiteren erfolgte aufgrund der Anpassung der LDF-Pauschalen an den Euro in den Bereichen **Kinder- und Jugendneuropsychiatrie** und **Einheiten der medizinischen Geriatrie** eine Änderung der LDF-Punkte. In der MEL-Gruppe MEL28.01 „Therapie psychiatrisch Schwerstkranker“ erfolgte eine Senkung von 482 (Schilling 6.635) auf 457 und bei den Einheiten der medizinischen Geriatrie eine Erhöhung von 186 (Schilling 2.564) auf 199 Punkten pro Tag (vgl. BMGFJ 2002a, S. 17 & 11).

Im Bereich **Psychiatrie** wurde der Funktionscode FC 1-1168xx Psychosomatik gestrichen und der FC 1-5165xx Kinder-Psychosomatik wurde auf FC 1-xx68xx Psychosomatik umbenannt (vgl. BMGFJ 2002a, S. 18). Die Abrechnungsvoraussetzung „Erbringung der Leistung an mindestens drei aufeinanderfolgenden Tagen“ ist neu für die MEL-Gruppen MEL28.03 und MEL28.04 definiert worden. Der Schweregrad der psychischen Erkrankung ist nach wie vor bei beiden MELs bei der Aufnahme und anschließend einmal pro Woche zu bestimmen (vgl. BMGFJ 2002a, S. 19). Jedoch ist dieser nicht mehr nach dem BPRS sondern nach dem Clinical Global Impression Scale (CGI) zu bestimmen. **Einrichtungen zur Alkohol- und Drogenentwöhnung** sind ab 2002 durch die Landeskommission genehmigungspflichtig und mit dem Funktionscode FC 1-6215 zu dokumentieren (vgl. BMGFJ 2002a, S. 25 und BMGFJ 2002c, S. 15).

Die Bereiche Festlegung von Departments bzw. Stationen mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO), Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), Festlegung von palliativmedizinischen Einheiten (PAL), Tagesklinik, tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie und tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie wurden im Jahr 2002 neu eingeführt.

Die Abrechnung für den Bereich **PSO** erfolgt wie bei den MEL-Gruppen MEL28.03 und MEL28.04 (BMGFJ 2002a, S. 24). Jedoch müssen die Leistungen unter denselben strukturellen Voraussetzungen wie auf der psychiatrischen Abteilung erbracht werden und die dafür Kriterien erfüllt sein. Weiters müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- „Bewilligung durch die Landeskommission
- Führen einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 1-xx68--)
- Erfüllung der von der Strukturkommission bis spätestens 31.12.2001 zu beschließenden Richtlinien für Strukturqualitätskriterien“ (BMGFJ 2002a, S. 24)

„Ziele der **Akutgeriatrie/Remobilisation** sind die Behandlung der akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration des Patienten in das gewohnte Umfeld“ (BMGFJ 2002a, S. 11). Die Zuordnung von geriatrischen Patienten in eine AG/R erfolgt nach drei Kriterien (vgl. BMGFJ 2002a, S. 11). Die Abrechnungsvoraussetzungen von Einrichtungen der AG/R sind:

- „ÖKAP-Konformität
- Bewilligung durch die Landeskommission
- Führen einer eigenen Kostenstelle (mit speziellen Funktionscodes 1-1136xx oder 1-6336xx)
- Erfüllung der von der Strukturkommission bis spätestens 31.12.2001 zu beschließenden Richtlinien für Strukturqualitätskriterien“ (BMGFJ 2002a, S. 12)

Sind die Voraussetzungen erfüllt, werden Leistungen auf der AG/R mit 199 Punkten pro Tag abgerechnet (vgl. BMGFJ 2002a, S. 12).

Palliative Einrichtungen widmen sich der Linderung von Krankheitssymptomen und die psychosoziale Betreuung des Patienten und deren Familie (vgl. BMGFJ 2002a, S. 12). Da mit Wiederaufnahmen eines Patienten auf einer PAL zu rechnen ist, ist die Belagsdauer noch nicht abschließend feststellbar (vgl. BMGFJ 2002a, S. 12). Daher wird von einer durchschnittlichen Belagsdauer von 10-15 Tagen ausgegangen. Für die Abrechnung auf einer PAL sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- „ÖKAP-Konformität
- Bewilligung durch die Landeskommission
- Führen einer eigenen Kostenstelle (mit dem speziellen Funktionscode 1-9137--)
- Erfüllung der von der Strukturkommission bis spätestens 31.12.2001 zu beschließenden Richtlinien für Strukturqualitätskriterien“ (BMGFJ 2002a, S. 13)

Die Abrechnung auf einer PAL erfolgt bis zum zwölften Belagstag mit 259 Punkten pro Tag, vom 13. bis 23. Belagstag mit 239 bis 135 Punkten pro Tag und ab dem 24. Belagstag wird jeder Tag mit 131 Punkten abgerechnet (vgl. BMGFJ 2002a, S. 13).

Eine wichtige Neuerung im LKF-System für das Jahr 2002 war die Einführung des **Tagesklinikmodells**, wie in Abbildung 26 dargestellt. Mit der Einführung des Tagesklinikmodells und der Bereinigung der Belagsdauergrenzen für das Jahr 2002 wurde versucht dem Problem des Drehtüreffektes entgegenzuwirken (vgl. Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 21). Krankenanstalten versuchten bis zu diesem Zeitpunkt durch eine vorzeitige Entlassung und einer anschließenden Wiederaufnahme die erbrachten Leistungen doppelt zu verrechnen um die refundierte LDF-Pauschale zu maximieren.

Für die Abrechnung sind folgende Rahmenbedingungen relevant:

- „Ausgewählte operative und ausgewählte nicht-operative stationäre medizinische Einzelleistungen, die innerhalb zwölf Stunden erbracht werden können,
- grundsätzlich die Patienten vorab abgeklärt sind und geplant stationär aufgenommen wurden (keine Notfälle),
- für den Patienten ein systemisiertes Bett vorgehalten wird, wobei Betten der Tagesklinik systemisierte Betten sind,
- die zu erbringende Leistung dem gültigen, tagesklinischen Leistungskatalog entstammt und
- die pflegerische und ambulante oder stationär medizinische Nachsorge gewährleistet ist“ (BMGFJ 2002a, S. 25)

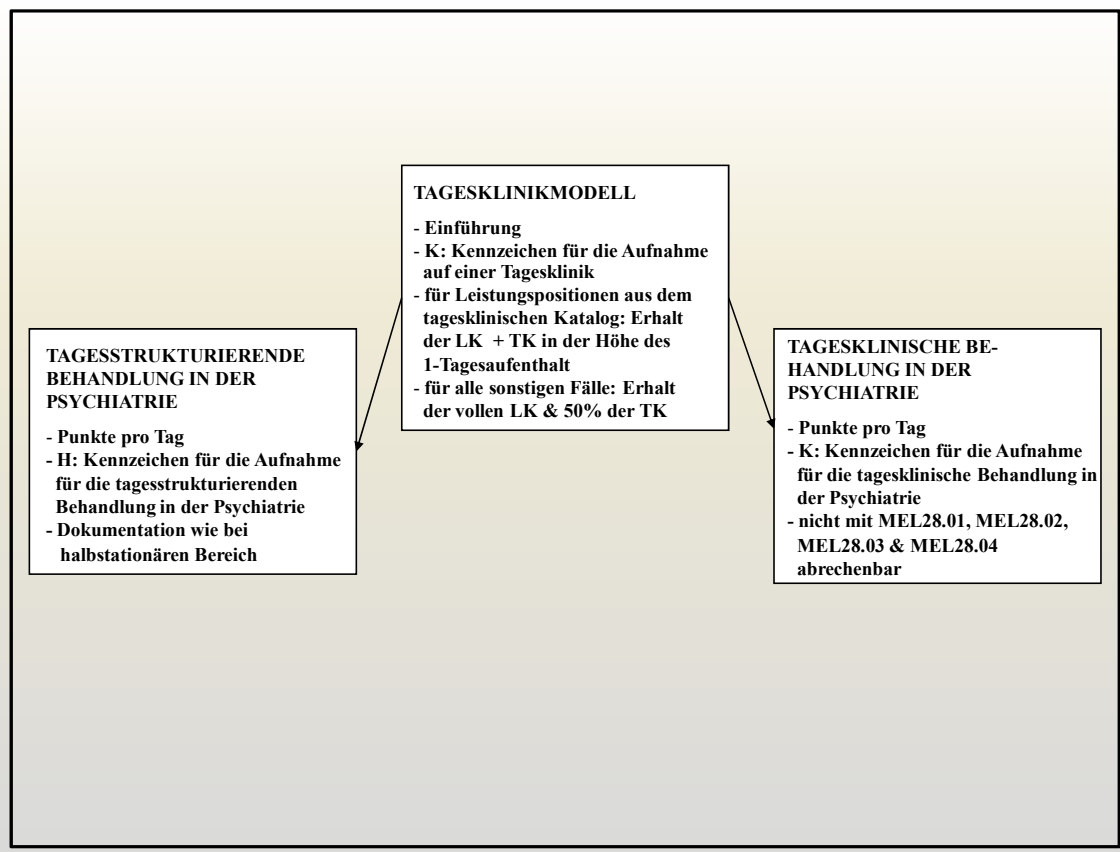


Abbildung 26: Tagesklinikmodell 2002

(Quelle: BMGJ 2002a, S. 21f.)

Für die Abrechnung einer tagesklinischen Leistung sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- „Die Abrechnung von tagesklinischen Leistungen ist vom Landesfonds pro Krankenanstalt im Rahmen des Versorgungsauftrages zu genehmigen Abrechenbar sind die operativen und nicht-operativen Leistungspositionen aus dem gültigen tagesklinischen Leistungskatalog.
- Ein Tagesklinik-Aufenthalt ist grundsätzlich geplant.
- Aufnahme in die Tagesklinik kann nur bei Anstaltsbedürftigkeit erfolgen und ist mit der Aufnahmeart „K“ im Diagnose- und Leistungsbericht auszuweisen.
- Betten der Tagesklinik sind systemisierte Betten und sind im Rahmen der vom ÖKAP festgelegten Planbettengrenzen einzurichten. Das Führen einer interdisziplinären Tagesklinik ist möglich. In diesem Fall ist eine eigene Kostenstelle einzurichten.
- Auf einem tagesklinischen Bett können auch mehr als ein Patient pro Tag behandelt und abgerechnet werden.“ (BMGFJ 2002a, S. 25)

Tagesklinische Fälle erhalten die Leistungskomponente und die Tageskomponente in der Höhe des 1-Tagesaufenthaltes (vgl. BMGFJ 2002a, S. 26). Wird ein Patient am selben Tag der Aufnahme wieder entlassen, in eine andere Krankenanstalt verlegt, verstirbt ein Patient oder wird eine Leistungen in der onkologischen Therapie erbracht, dann werden diese Leistungen nach den bestehenden LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer nach unten abgerechnet. „Alle anderen Fälle mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag erhalten die volle Leistungs-Komponente und 50% von der Tages-Komponente, die nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreisser nach unten berechnet wird“ (BMGFJ 2002a, S. 26).

Da in dem Bereich Psychiatrie bis dato ein Anreiz zur Erlösmaximierung bestand, wurden die Bereiche Einrichtung der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie und Einrichtungen der tagesstrukturierenen Behandlung in der Psychiatrie eingeführt.

Um eine Leistung auf einer **Einrichtung der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie** einstufen zu können, müssen diese mindestens drei Stunden aus einem Leistungsbereich der Psychiatrie betragen (vgl. BMGFJ 2002a, S. 22). Die Leistung Ergotherapie darf maximal die Hälfte der drei Stunden betragen. Weiters müssen Leistungen bei der Aufnahme mit dem Kennzeichen „K“ dokumentiert werden und es müssen elf Strukturmerkmale und folgende Voraussetzungen erfüllt sein (vgl. BMGFJ 2002a, S. 21f.):

- „Die Funktionseinheit einer psychiatrischen Tagesklinik muss Teil einer bettenführenden psychiatrischen Abteilung sein.
- Führen einer eigenen Kostenstelle.
- Bewilligung durch die Landeskommission.
- Tagesklinische Behandlungsplätze sind auf Kosten systemisierter stationärer Betten einzurichten.“ (BMGFJ 2002a, S. 21)

Bei korrekter Dokumentation und Erfüllung der Voraussetzungen und Strukturmerkmale werden Leistungen mit 211 Punkten pro Tag abgerechnet (vgl. BMGFJ 2002a, S. 22). Sind jedoch nicht mit MEL28.01, MEL28.02, MEL28.03 und MEL28.04 abrechenbar (vgl. BMGFJ 2002a, S. 21).

Für die Einstufung einer Leistung auf einer **Einrichtung der tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie** muss die Leistung je nach Bedarf jedoch mindestens eine Stunde pro Tag als Einzel- oder Gruppentherapie mit maximal 15 Patienten von Berufsgruppen wie Ergotherapeut/in, Dipl. Sozialarbeiter/in, Physiotherapeut/in, Logopäde/in, klinischer Gesundheits-Psychologe/in, Psychotherapeut/in erbracht werden (vgl. BMGFJ 2002a, S. 22). Für die Abrechnung von Leistungen mit 65 Punkten pro Tag in diesem Bereich sind die Aufnahmekennzeichen „H“ zu dokumentieren und es sind sechs Strukturmerkmale und folgende Voraussetzungen zu erfüllen (vgl. BMGFJ 2002a, S. 22f.):

- „Die Funktionseinheit einer tagesklinischen Behandlung muss Teil einer bettenführenden psychiatrischen Abteilung sein

- Führen einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 1-6185--, 1-6285--, 1-6485-- für Tagesbetreuung, oder 1-6186--, 1-6286--, 1-6486-- Nachtkliniken)
- Bewilligung durch die Landeskommission“ (BMGFJ 2002a, S. 22)

Für die weiteren Jahre wurde vom Bund und den Bundesländern vereinbart, dass das LKF-Modell im Kernbereich abgesehen von aus medizinischen und ökonomischen notwendigen Anpassungen grundsätzlich über mehrere Jahre unverändert bleiben soll (vgl. BMGFJ 2002b, S. 14 und BMGFJ 2003a, S. 3).

4.2 Systementwicklung für das Jahr 2003

Für das Jahr 2003 wurden die MEL-Gruppen von 188 auf 191 und die dazugehörigen LDF-Gruppen von 367 auf 374 erhöht. Die HDG-Gruppen blieben mit 230 unverändert und die dazugehörigen LDF-Gruppen wurden von 475 auf 476 erhöht (vgl. BMGFJ 2003, S. 4). Diese Änderungen werden in den Abbildungen 27 und 28 grafisch dargestellt.

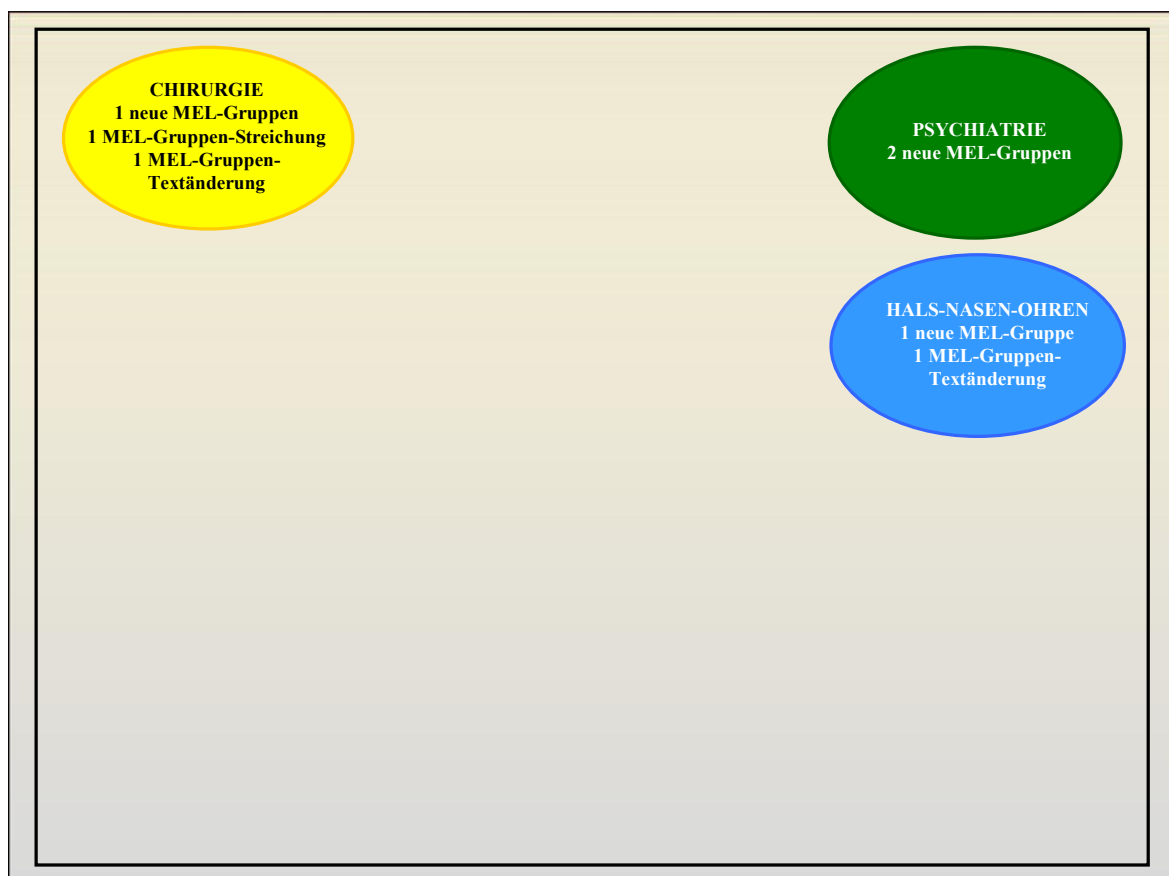


Abbildung 27: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2003

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die Abbildung 27 zeigt, dass Änderungen der HDG-Gruppen und MEL-Gruppen lediglich in den Bereichen Chirurgie, Psychiatrie und Hals-Nasen-Ohren vorgenommen wurden. In der Psychiatrie wurden beispielsweise zwei neue MEL-Gruppen eingeführt. Hingegen wurden in der Chirurgie sowohl eine neue MEL-Gruppe eingeführt als auch eine MEL-Gruppe gestrichen. Weiters wurde bei einer MEL-Gruppe in der Chirurgie eine Textänderung

vorgenommen. Im Bereich Hals-Nasen-Ohren erfolgten die Neueinführung einer MEL-Gruppe und die Textänderung einer MEL-Gruppe.

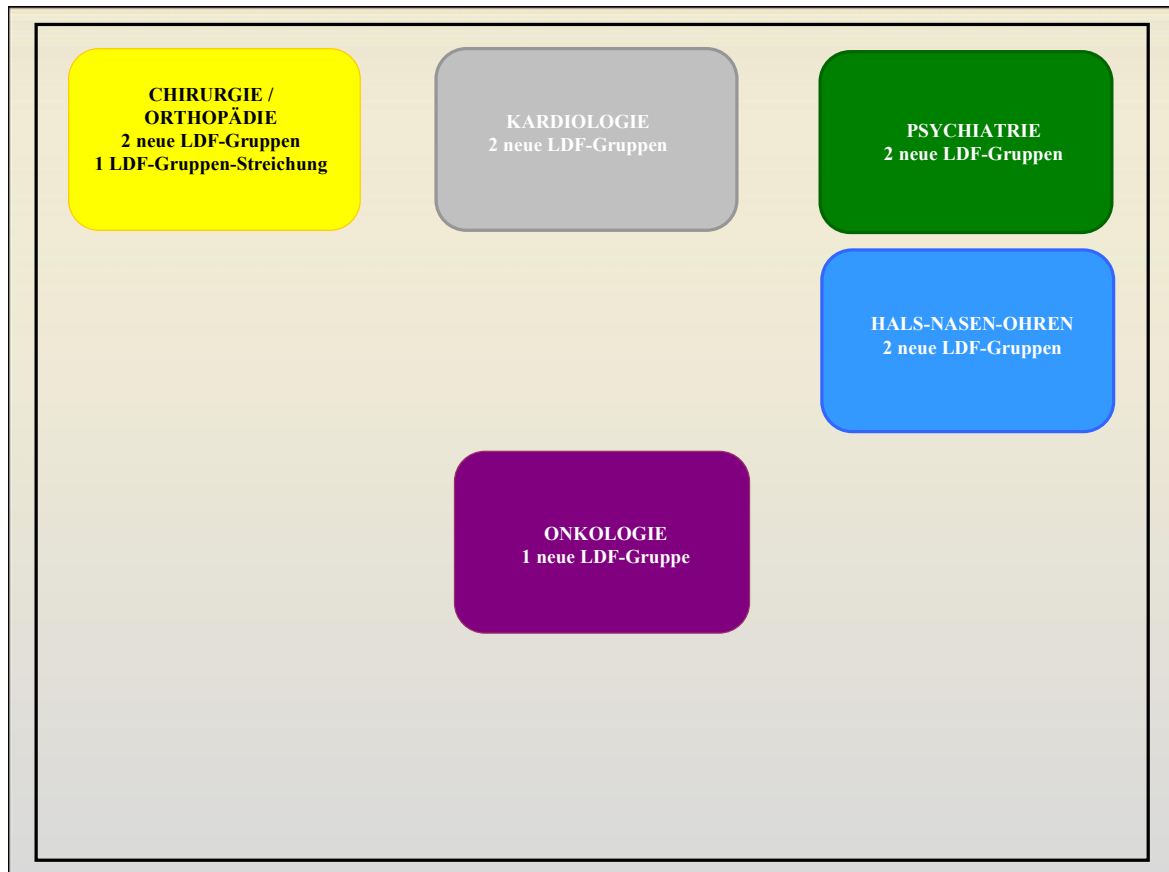


Abbildung 28: Änderungen der LDF-Gruppen 2003

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Bei den LDF-Gruppen erfolgten geringe Änderungen in den Bereichen Chirurgie/Orthopädie, Kardiologie, Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohren und Onkologie. Es wurden sowohl in den Bereichen Chirurgie/Orthopädie, Kardiologie, Psychiatrie und Hals-Nasen-Ohren jeweils zwei neue LDF-Gruppen eingeführt. Hingegen erfolgte in der Onkologie lediglich eine Neueinführung einer LDF-Gruppe. Weiters wurde in der Chirurgie/Orthopädie eine LDF-Gruppe gestrichen.

Die Tabelle 11 zeigt die Änderungen bei den LDF-Gesamtpauschalen, Tages- und Leistungskomponente und den Belagsgrenzen:

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	1	1	0	0,12%	0,21%	0,00%
Erhöhung	8	1	7	0,94%	0,21%	1,87%
Stagnation	832	473	359	97,88%	99,37%	95,99%
Neueinführung	9	1	8	1,06%	0,21%	2,14%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	3	1	2	0,35%	0,21%	0,53%
Erhöhung	6	1	5	0,71%	0,21%	1,34%
Stagnation	832	473	359	97,88%	99,37%	95,99%
Neueinführung	9	1	8	1,06%	0,21%	2,14%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	2	0	0	0,24%	0,00%	0,00%
Erhöhung	7	2	5	0,82%	0,42%	1,34%
Stagnation	832	473	359	97,88%	99,37%	95,99%
Neueinführung	9	1	8	1,06%	0,21%	2,14%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	1	1	0	0,12%	0,21%	0,00%
Erhöhung	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Stagnation	840	474	366	98,82%	99,58%	97,86%
Neueinführung	9	1	8	1,06%	0,21%	2,14%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	1	1	0	0,12%	0,21%	0,00%
Erhöhung	1	1	0	0,12%	0,21%	0,00%
Stagnation	839	473	366	98,71%	99,37%	97,86%
Neueinführung	9	1	8	1,06%	0,21%	2,14%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	1	1	0	0,12%	0,21%	0,00%
Erhöhung	1	1	0	0,12%	0,21%	0,00%
Stagnation	839	473	366	98,71%	99,37%	97,86%
Neueinführung	9	1	8	1,06%	0,21%	2,14%

Tabelle 11: Änderungen 2003 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

In dem Jahr 2003 blieben nicht nur die HDG-Gruppen, MEL-Gruppen und LDF-Gruppen unverändert, sondern auch die LDF-Gesamtpauschalen inklusive der Tages- und Leistungskomponenten und der Belagsdauergrößen. Es blieben 832 von 850 LDF-Gesamtpauschalen unverändert. Es entspricht einer Stagnation von 97,88% .

Die **Typen von Gliederungsmerkmalen** wurden um eine Leistungsgruppe LGR27 „Monoklonale Antikörper“ ergänzt (vgl. BMGFJ 2003, S. 5), wie in Abbildung 29 dargestellt.



Abbildung 29: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2003

(Quelle: BMGFJ 2003a, S. 5)

Auf der **neonatologischen/pädiatrischen Intensivabteilung** erfolgte im Bereich Intensivbehandlungseinheiten eine Angleichung der Kriterien Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal pro Bett (DGKP/Bett) zwischen Strukturqualitätskriterien und dem LKF-Modell (vgl. BMGFJ 2003, S. 10), wie in Abbildung 30 dargestellt. Das Verhältnis von DGKP/Betten wurde von $\geq 3,0:1$ auf $\geq 2,5:1$ geändert.



Abbildung 30: Änderungen der Sonderbereiche 2003

(Quelle: BMGFJ 2003a, S. 10)

Der Bereich **Einrichtungen der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie** wird nicht wie im Vorjahr mit einem Tagessatz von 211 Punkten pro Tag sondern mit der MEL-Gruppe MEL28.05 abgerechnet, wie in Abbildung 31 dargestellt (vgl. BMGFJ 2003, S. 22). Zu den Abrechnungsvoraussetzungen und Strukturmerkmalen wurden auch noch sieben Dokumentations- und Codierregeln eingeführt.

Auch im Bereich **Einrichtungen der tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie** erfolgt die Abrechnung ab dem Jahr 2003 auf Basis einer MEL-Gruppe MEL28.06, wie in Abbildung 31 dargestellt (vgl. BMGFJ 2003, S. 24). Für die Dokumentation und Codierung der Daten wurden acht Regeln eingeführt (vgl. BMGFJ 2003, S. 23f.).

Die Änderungen des Tagesklinikmodells 2003 werden in der nachstehenden Abbildung 31 grafisch veranschaulicht.

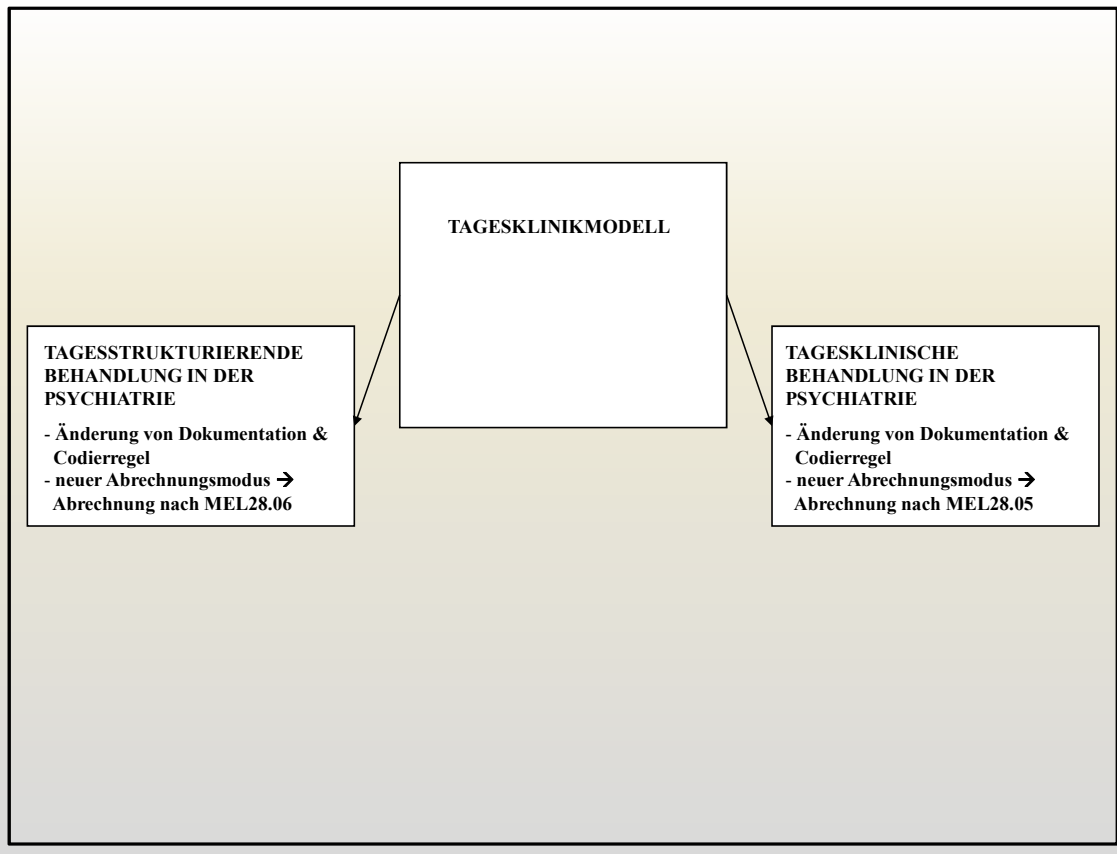


Abbildung 31: Änderungen des Tagesklinikmodells 2003

(Quelle: BMGFJ 2003a, S. 21f.)

4.3 Systementwicklung für das Jahr 2004

Die MEL-Gruppen wurden von 191 auf 205 und die dazugehörigen LDF-Gruppen von 374 auf 398 erhöht (vgl. BMGFJ 2004a, S. 4f.). Sowohl die HDG-Gruppen als auch deren LDF-Gruppen blieben unverändert. Die Abbildungen 32 und 33 zeigen die oben angeführten Änderungen.

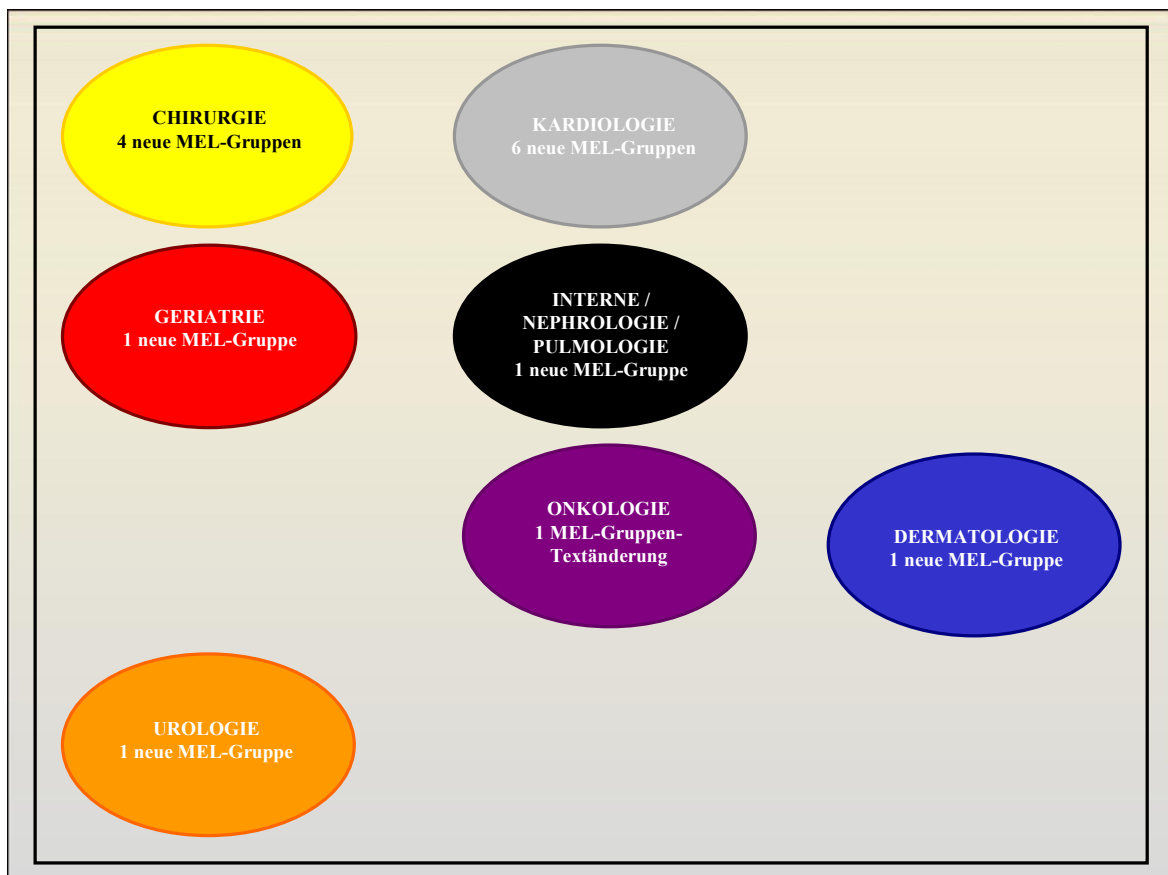


Abbildung 32: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2004

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Bei den HDG-Gruppen und MEL-Gruppen erfolgten minimale Änderungen beispielsweise in der Geriatrie und Dermatologie. In beiden Bereichen wurde je eine neue MEL-Gruppe eingeführt.

Wie auch bei den HDG-Gruppen und MEL-Gruppen wurde im Jahr 2004 in den Bereichen Geriatrie und Dermatologie je eine neue LDF-Gruppe eingeführt.

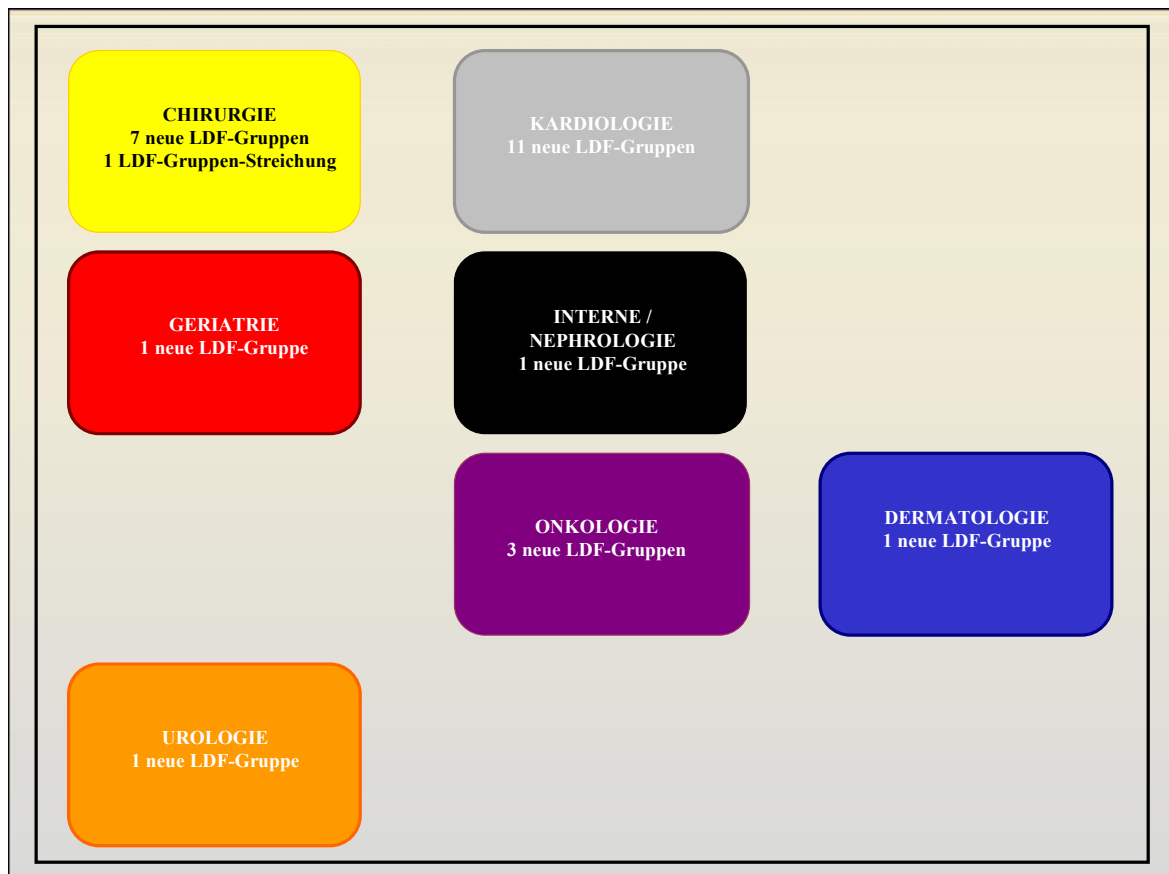


Abbildung 33: Änderungen der LDF-Gruppen 2004

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die nachstehende Tabelle 12 zeigt die Veränderungen der LDF-Gesamtpauschalen, Tages- und Leistungskomponente und den Belagsdauergrößen:

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	37	14	23	4,23%	2,94%	5,78%
Erhöhung	27	9	18	3,09%	1,89%	4,52%
Stagnation	785	453	332	89,82%	95,17%	83,42%
Neueinführung	25	0	25	2,86%	0,00%	6,28%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	37	14	23	4,23%	2,94%	5,78%
Erhöhung	27	9	18	3,09%	1,89%	4,52%
Stagnation	785	453	332	89,82%	95,17%	83,42%
Neueinführung	25	0	25	2,86%	0,00%	6,28%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	32	10	22	3,66%	2,10%	5,53%
Erhöhung	31	12	19	3,55%	2,52%	4,77%
Stagnation	786	454	332	89,93%	95,38%	83,42%
Neueinführung	25	0	25	2,86%	0,00%	6,28%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	28	12	16	3,20%	2,52%	4,02%
Erhöhung	22	7	15	2,52%	1,47%	3,77%
Stagnation	799	457	342	91,42%	96,01%	85,93%
Neueinführung	25	0	25	2,86%	0,00%	6,28%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	29	12	17	3,32%	2,52%	4,27%
Erhöhung	25	8	17	2,86%	1,68%	4,27%
Stagnation	795	456	339	90,96%	95,80%	85,18%
Neueinführung	25	0	25	2,86%	0,00%	6,28%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	34	13	21	3,89%	2,73%	5,28%
Erhöhung	25	8	17	2,86%	1,68%	4,27%
Stagnation	790	455	335	90,39%	95,59%	84,17%
Neueinführung	25	0	25	2,86%	0,00%	6,28%

Tabelle 12: Änderungen 2004 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Für das Jahr 2004 wurden beispielsweise 34 Belagsdauermittelwerte gesenkt. Diese Änderung entspricht einer Senkung von 3,89% der Belagsdauermittelwerte. Dabei wurden 13 Belagsdauermittelwerte der HDG-Gruppen und 21 Belagsdauermittelwerte der MEL-Gruppen gesenkt wurden, wie in Tabelle 12 dargestellt.

Die Abbildung 34 verschafft einen kurzen Überblick über die allgemeinen Abrechnungsänderungen für das Jahr 2004.



Abbildung 34: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2004

(Quelle: BMGFJ 2004a, S. 32; BMGFJ 2004b)

Die Plausibilitätsprüfungen wurden in Bezug auf Ausschluss von MEL-Kombinationen mit gleichem Leistungsdatum erweitert. Weiters wurden Warnings bei der medizinischen Dokumentation einer unzulässigen Leistungsdokumentation integriert (BMGFJ 2005c, S. 20). In diesem Jahr erfolgte die Einführung der neuen Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten (BGBl. II Nr. 638/2003) (vgl. BMGFJ 2005b, S. 16). „Ab dem LKF-Modell 2004 sind nur Funktionscodes beginnend mit 11xxxx bis 15xxxx abrechnungsrelevant. Der Funktionscode 19xxxx (Pflegeabteilungen) wird für die Abrechnung nicht berücksichtigt“ (BMGFJ 2004a, S. 32 und BMGFJ 2004b, S. 12). In die **medizinische Plausibilitätsprüfung** auf Ausschluss von MEL-Kombinationen wurde das

Leistungsdatum einbezogen (vgl. BMGFJ 2004b, S. 13). Leistungskombinationen dürfen nicht während eines Aufenthaltes und nicht am selben Tag in Kombinationen erbracht werden.

Die Abbildung 35 zeigt die Änderungen der Sonderbereiche für das Jahr 2004.

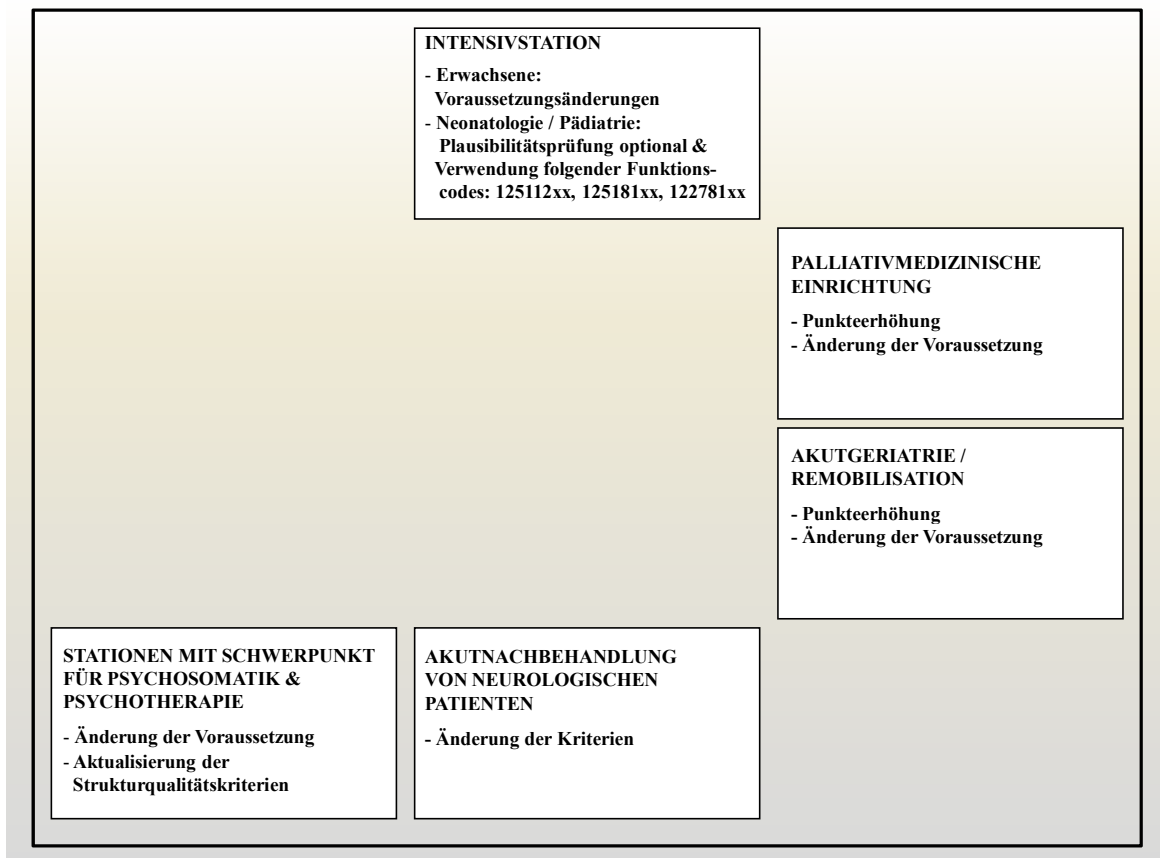


Abbildung 35: Änderungen der Sonderbereiche 2004

(Quelle: BMGFJ 2004a, S. 7f.)

Seit 2004 ist die Führung einer klar abgegrenzten Kostenstelle nicht mehr ausreichend für die Einstufung auf einer **Intensiveinheit**. Als Einstufungsvoraussetzung gilt nun die Führung einer eigenen Kostenstelle mit den speziellen Funktionscodes 121117xx oder 12xx81xx für Intensivüberwachungseinheiten oder mit dem speziellen Funktionscode 12xx81xx für Intensivbehandlungseinheiten bei den Intensiveinheiten für Erwachsene (vgl. BMGFJ 2004a,

S. 7). Bei neonatologischen/pädiatrischen Intensivseinheiten sind ab 2004 die Funktionscodes 125112xx, 125181xx und 122781xx für die Einstufung zu dokumentieren (vgl. BMGFJ 2004a, S. 11). Weiters besteht im Rahmen des Scoringprogramms die Möglichkeit die Plausibilitätsprüfung der Einstufung der Intensivseinheiten in Bezug auf das Patienten- und Leistungsspektrum optional vorzunehmen (vgl. BMGFJ 2005a, S. 10).

Im Bereich **Akutnachbehandlung von neurologischen Patienten** ist ab 2004 die Führung einer eigenen Kostenstelle mit dem speziellen Funktionscode 126331xx für die Stufe B und dem speziellen Funktionscode 136331xx für die Stufe C verpflichtend (vgl. BMGFJ 2004a, S. 15). Die Höhe der Punkte in beiden Stufen blieb unverändert.

Für die **Departments bzw. Stationen mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychologie** wurden 2003 die Strukturqualitätskriterien neu beschlossen (vgl. BMGFJ 2004a, S. 27). Diese gelten als Grundvoraussetzung für die Anerkennung von Strukturen der Psychosomatik und bilden daher eine Abrechnungsvoraussetzung (BMGFJ 2004a, S.27f.).

Aufgrund der Anpassung der Strukturqualitätskriterien wurden die pauschalen Tagessätze und die Abrechnungsvoraussetzungen im Bereich **Akutgeriatrie/Remobilisation** und **palliativmedizinische Einrichtung** angepasst. Der Tagessatz wurde bei der Akutgeriatrie/Remobilisation von 199 auf 245 Punkte erhöht (vgl. BMGFJ 2004a, S. 12 und BMGFJ 2004b, S. 7). Die Abrechnung auf einer **palliativmedizinischen Einrichtung** erfolgt nun bis zu 14 Tagen mit einem pauschalen Tagessatz von 321 und nicht wie bei der Einführung des Bereiches bis zu 12 Tagen mit 259 Punkten pro Tag (vgl. BMGFJ 2004a, S. 14 und BMGFJ 2004b, S. 7). Vom 15. bis zum 27. Tag eine degressive Berechnung des Tagessätze von 300 bis 166. Ab dem 28. Tag beträgt der pauschale Tagessatz 161. Sowohl für den Sonderbereich Akutgeriatrie/Remobilisation als auch für den Sonderbereich palliativmedizinische Einrichtung gelten ab dem Jahr 2004 die Abrechnungsvoraussetzung, dass die Genehmigung der Akutgeriatrie/Remobilisation oder palliativmedizinischen

Einrichtung nur dann zulässig ist, wenn die ÖKAP und Strukturqualitätskriterien erfüllt sind (vgl. BMGFJ 2004a, S. 12 f.).

Die nachstehende Abbildung 36 zeigt die Änderungen des Tagesklinikmodells 2004.

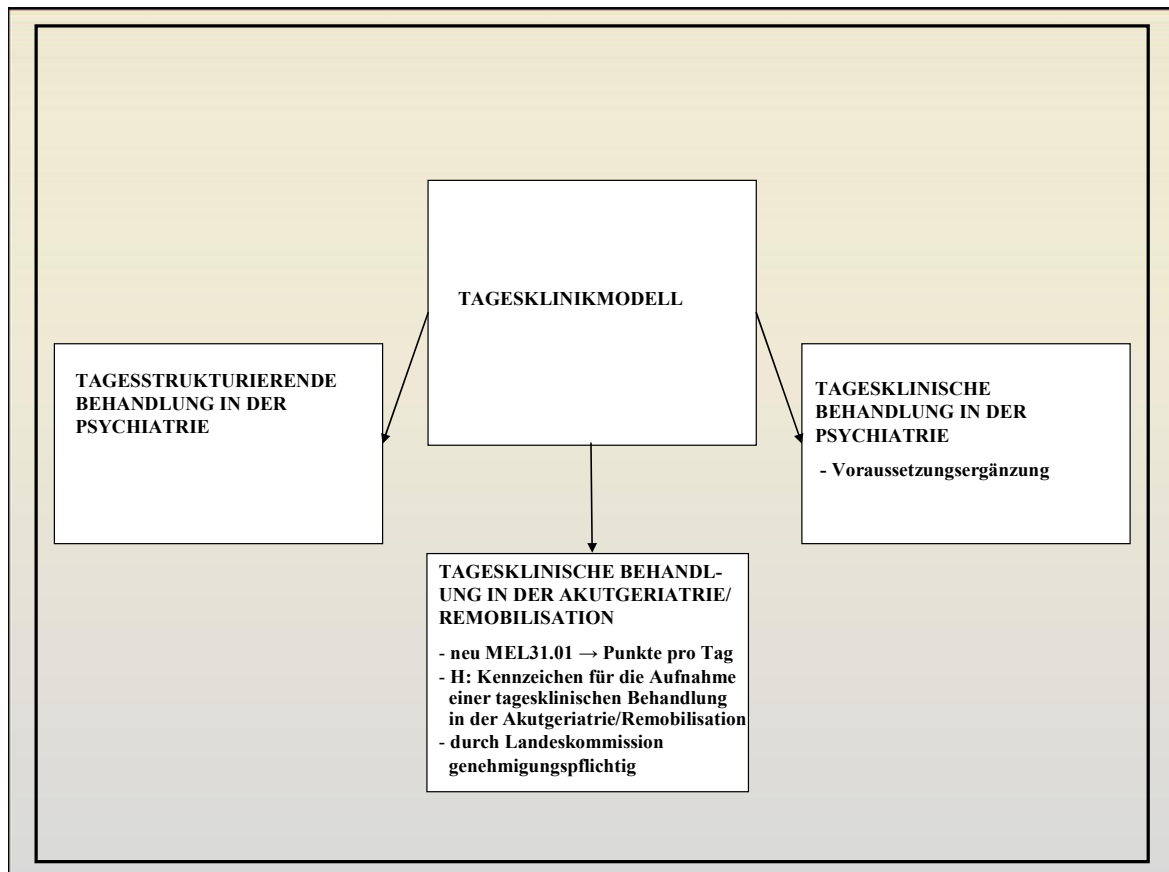


Abbildung 36: Änderungen des Tagesklinikmodells 2004

(Quelle: BMGFJ 2004a, S. 22f.)

Bei **Einrichtungen der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie** ist ab 2004 zusätzlich verpflichtend eine eigene Kostenstelle mit dem speziellen Funktionscode 1x6185xx, 1x6285xx oder 1x6485xx zu führen (vgl. BMGF 2004a, S. 22).

Als neuer Spezialbereich wurde die **Einrichtung der tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)** eingeführt. Für die Abrechnung sind bestimmte Strukturmerkmale, Dokumentations- und Codierregeln sowie folgende Voraussetzungen einzuhalten:

- „Die Funktionseinheit einer Tagesklinik in der Akutgeriatrie/Remobilisation ist nur an Standorten mit der stationären Einrichtung für Akutgeriatrie/Remobilisation möglich.
- Erfüllung der Strukturqualitätskriterien für AG/R und der Strukturmerkmale.
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit dem Funktionscode 141136xx oder 146336xx.
- Bewilligung durch die Landeskommission (inkludiert die Genehmigung der MEL 7601).
- Tagesklinische Behandlungsplätze sind auf Kosten systemisierter stationärer Betten einzurichten.
- Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens „H“. (BMGFJ 2004a, S. 26)

Sind diese Regeln und Voraussetzungen erfüllt, erfolgt die Abrechnung mit der MEL-Gruppe MEL31.01 mit einer Leistungskomponente von 196 Punkten (vgl. BMGFJ 2004a, S. 27 und BMGFJ 2004b, S. 7).

4.4 Systementwicklung für das Jahr 2005

Von 2005 bis 2008 wurde vereinbart, dass nur die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen bzw. Änderungen im LKF-Modell vorgenommen werden sollen (vgl. BMGFJ 2005, S. 3). Es stehen 209 MEL-Gruppen, 407 dazugehörige LDF-Gruppen, 230 HDG-Gruppen und 476 dazugehörige LDF-Gruppen zu Verfügung (vgl. BMGFJ 2005a, S. 4). Dies entspricht einer Erhöhung von vier bei den MEL-Gruppen und neun bei den dazugehörigen LDF-Gruppen. Die HDG-Gruppen und ihre LDF-Gruppen blieben wiederum unverändert. Die Abbildungen 37 und 38 stellen diese Änderungen grafisch dar.

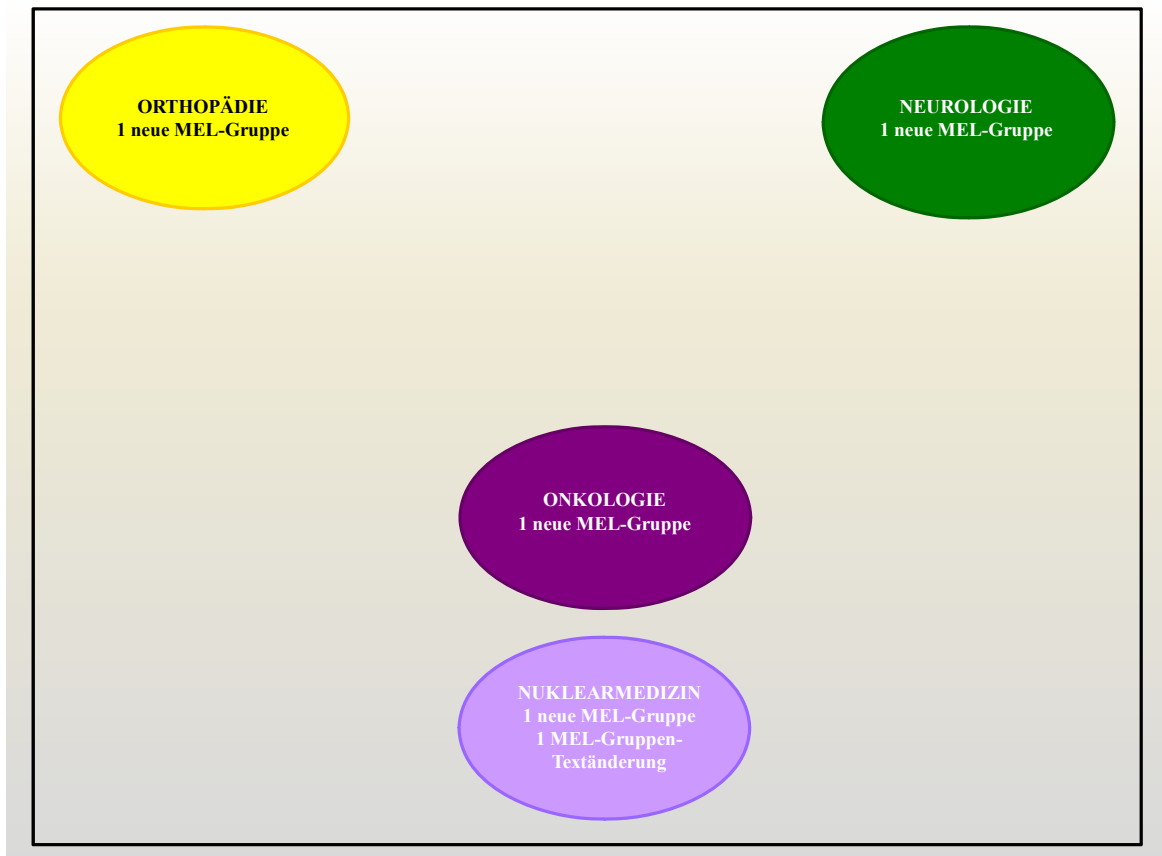


Abbildung 37: Änderungen des HDG- und MEL-Gruppen 2005

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Änderungen von HDG-Gruppen, MEL-Gruppen und LDF-Gruppen erfolgten beispielsweise in den Bereichen Onkologie und Nuklearmedizin. In beiden Bereichen wurde je eine neue MEL-Gruppe und eine neue LDF-Gruppe eingeführt. Im Bereich Nuklearmedizin erfolgte zusätzlich noch eine Textänderung einer MEL-Gruppe.

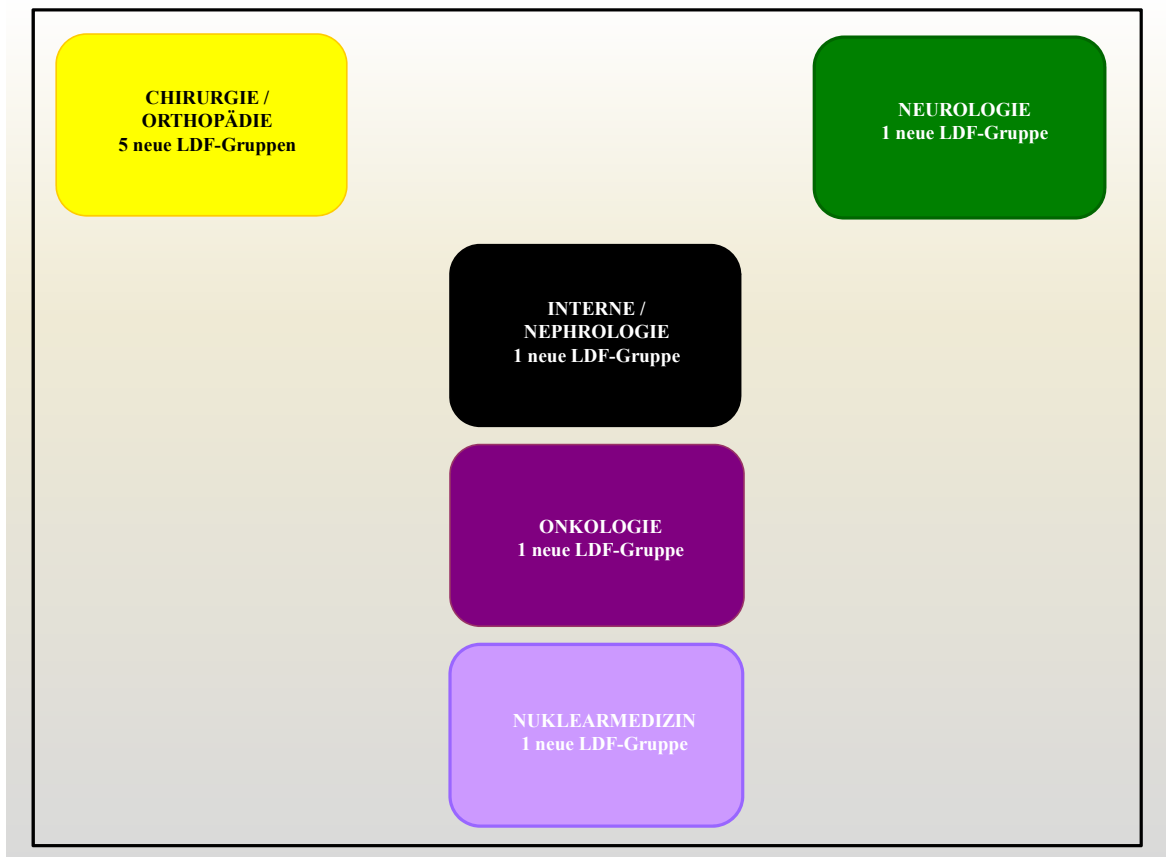


Abbildung 38: Änderungen der LDF-Gruppen 2005

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Im Bereich LDF-Gesamtpauschale inkl. Tages- und Leistungskomponente und Belagsdauerergrenzen ergaben sich folgende Änderungen:

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	27	22	5	3,06%	4,62%	1,23%
Erhöhung	36	7	29	4,08%	1,47%	7,13%
Stagnation	811	447	364	91,85%	93,91%	89,43%
Neueinführung	9	0	9	1,02%	0,00%	2,21%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	25	20	5	2,83%	4,20%	1,23%
Erhöhung	38	9	29	4,30%	1,89%	7,13%
Stagnation	811	447	364	91,85%	93,91%	89,43%
Neueinführung	9	0	9	1,02%	0,00%	2,21%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	34	17	17	3,85%	3,57%	4,18%
Erhöhung	28	12	16	3,17%	2,52%	3,93%
Stagnation	812	447	365	91,96%	93,91%	89,68%
Neueinführung	9	0	9	1,02%	0,00%	2,21%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	21	17	4	2,38%	3,57%	0,98%
Erhöhung	35	6	29	3,96%	1,26%	7,13%
Stagnation	818	453	365	92,64%	95,17%	89,68%
Neueinführung	9	0	9	1,02%	0,00%	2,21%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	24	19	5	2,72%	3,99%	1,23%
Erhöhung	38	9	29	4,30%	1,89%	7,13%
Stagnation	812	448	364	91,96%	94,12%	89,43%
Neueinführung	9	0	9	1,02%	0,00%	2,21%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	25	20	5	2,83%	4,20%	1,23%
Erhöhung	38	9	29	4,30%	1,89%	7,13%
Stagnation	811	447	364	91,85%	93,91%	89,43%
Neueinführung	9	0	9	1,02%	0,00%	2,21%

Tabelle 13: Änderungen 2005 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Für das Jahr 2005 wurden beispielsweise 36 LDF-Gesamtpauschalen erhöht. Das ergibt eine Erhöhung von sieben LDF-Gesamtpauschalen bei den HDG-Gruppen und eine Erhöhung von 29 LDF-Gesamtpauschalen bei den MEL-Gruppen. Das entspricht wiederum einer Erhöhung von 4,08% der LDF-Gesamtpauschalen, 1,47% der LDF-Gesamtpauschalen der HDG-

Gruppen und 7,13% der LDF-Gesamtpauschalen der MEL-Gruppen, wie in Tabelle 13 dargestellt.

Es erfolgte eine Erweiterung der medizinischen Plausibilitätsprüfung in Bezug auf Ausschluss von MEL-Kombinationen mit gleichem Leistungsdatum und die Integration eines Warnings bei der medizinischen Dokumentation einer unzulässigen Leistungsdokumentation (vgl. BMGFJ 2005c, S. 20), wie Abbildung 39 dargestellt.

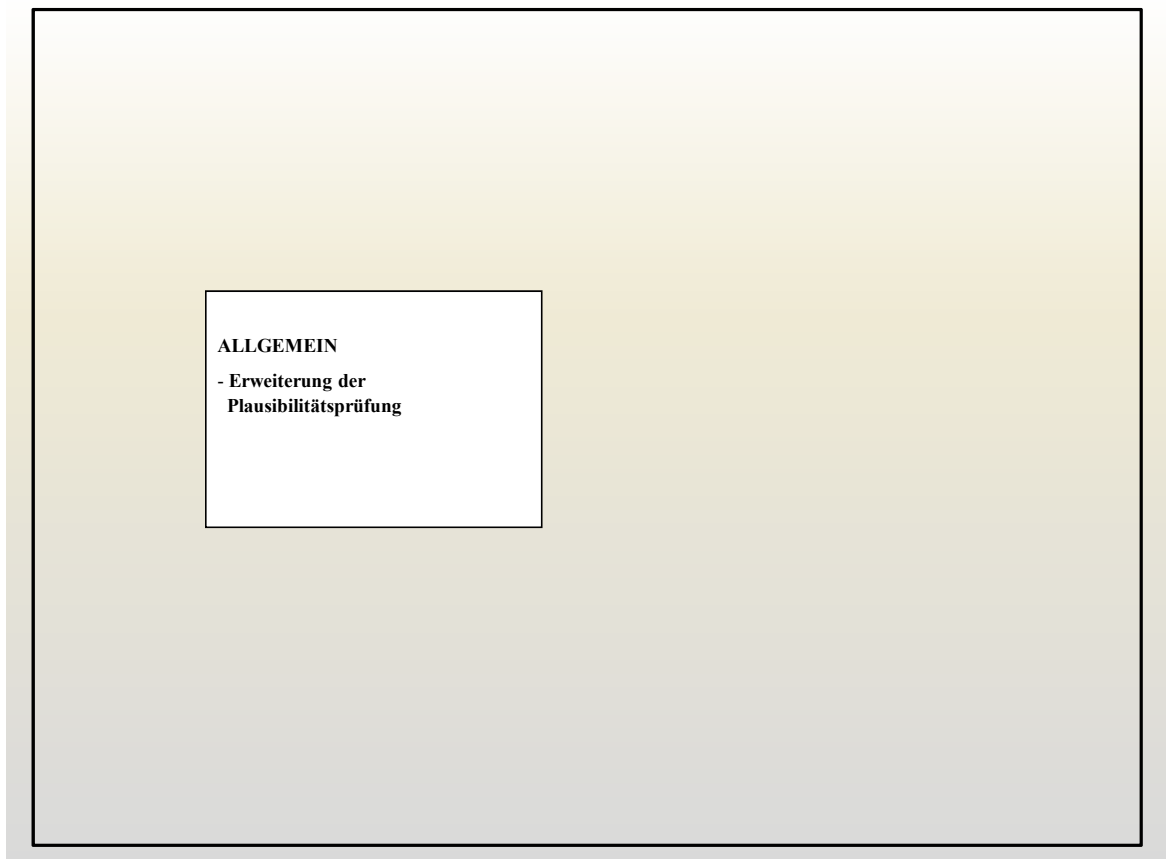


Abbildung 39: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2005

(Quelle: BMGFJ 2005c, S. 20)

Änderungen ergaben sich auf **Einheiten für die „Akute Behandlung auf einer stroke unit“**, wie in Abbildung 40 dargestellt. Da die Krankenanstalten bis dato einen Anreiz hatten ihre Erlöse zu maximieren, wurden die Einstufungskriterien gestrichen und durch folgende Voraussetzungen ersetzt:

- „Bewilligung durch die Landeskommission
- Führung einer eigenen Kostenstelle (Vorschlag: Funktionscode 116181xx oder 116381xx)
- die Genehmigung von Einheiten für die „Akute Behandlung auf einer stroke unit“ (MEL 7401) ist nur dann zulässig, wenn ÖKAP und die betreffenden Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.“ (BMGFJ 2005a, S. 29 und BMGFJ 2005c, S. 18)



Abbildung 40: Änderungen der Sonderbereiche 2005

(Quelle: BMGFJ 2005a, S. 29 und BMGFJ 2005c, S. 18)

4.5 Systementwicklung für das Jahr 2006

Die MEL-Gruppen wurden von 209 auf 213 und die dazugehörigen LDF-Gruppen von 407 auf 415 erhöht (vgl. BMGFJ 2006a, S. 5f.). Die HDG-Gruppen und ihre LDF-Gruppen blieben beide unverändert. Die Abbildungen 41 und 42 zeigen diese Änderungen.

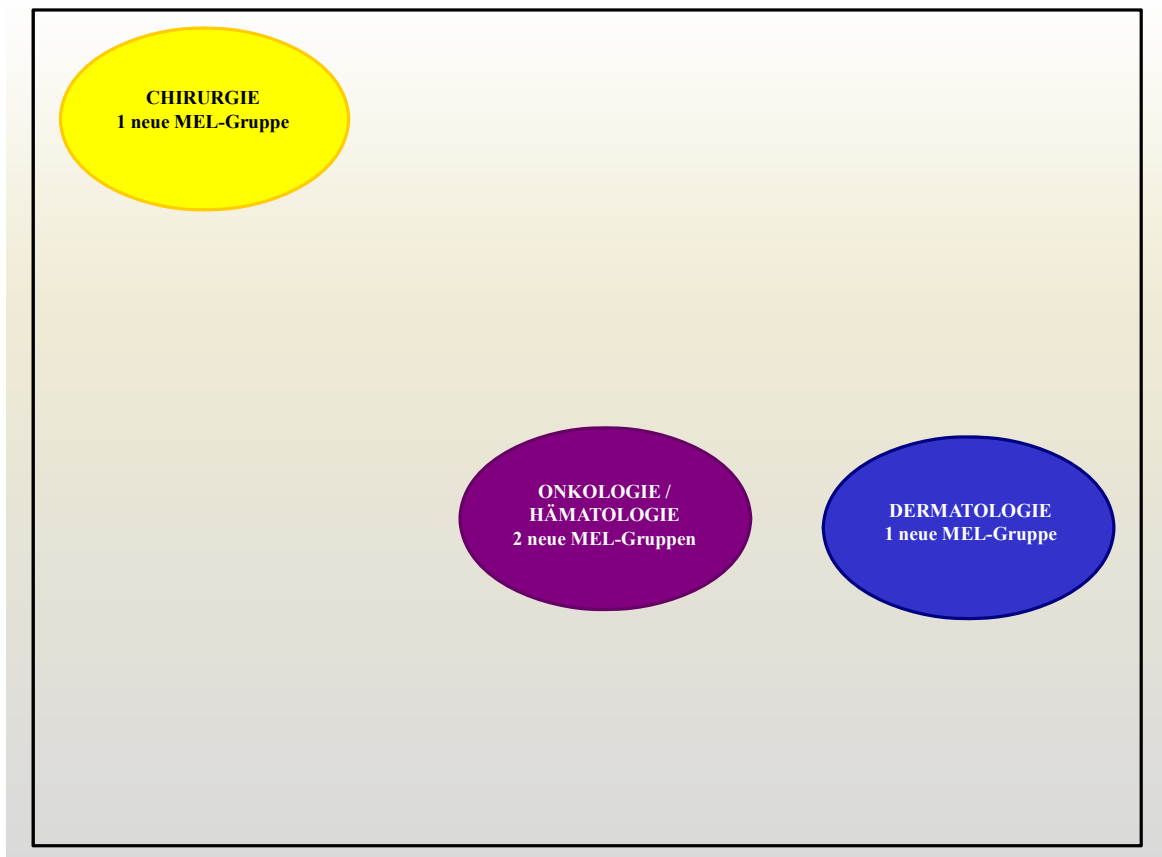


Abbildung 41: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2006

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Für das Jahr 2006 wurde lediglich in den Bereichen Chirurgie, Onkologie/Hämatologie und Dermatologie Anpassungen vorgenommen. In der Chirurgie und Dermatologie wurden jeweils eine neue MEL-Gruppe und in dem Bereich Onkologie/Hämatologie zwei neue MEL-Gruppen eingeführt.

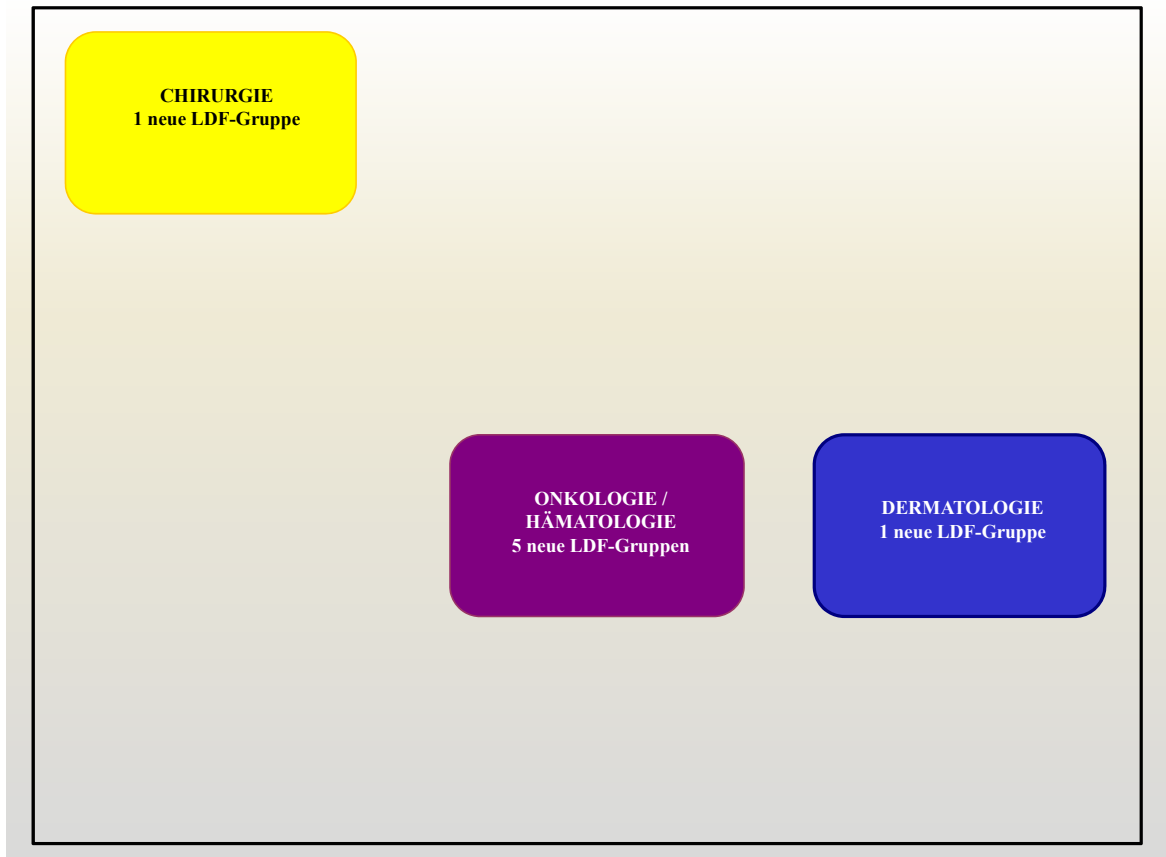


Abbildung 42: Änderungen der LDF-Gruppen 2006

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Wie bei den HDG-Gruppen und MEL-Gruppen wurde bei den LDF-Gruppen lediglich in den Bereichen Chirurgie, Onkologie/Hämatologie und Dermatologie Änderungen vorgenommen. In der Chirurgie und Dermatologie wurden jeweils eine LDF-Gruppe und in der Onkologie/Hämatologie fünf neue LDF-Gruppen eingeführt.

Die anschließende Tabelle zeigt die Änderungen im Bereich LDF-Gesamtpauschalen, Tages- und Leistungskomponenten und den Belagsdauer Grenzen:

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	14	7	7	1,57%	1,47%	1,69%
Erhöhung	5	1	4	0,56%	0,21%	0,97%
Stagnation	864	468	396	97,08%	98,32%	95,65%
Neueinführung	7	0	7	0,79%	0,00%	1,69%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	14	7	7	1,57%	1,47%	1,69%
Erhöhung	5	1	4	0,56%	0,21%	0,97%
Stagnation	864	468	396	97,08%	98,32%	95,65%
Neueinführung	7	0	7	0,79%	0,00%	1,69%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	11	5	6	1,24%	1,05%	1,45%
Erhöhung	8	3	5	0,90%	0,63%	1,21%
Stagnation	864	468	396	97,08%	98,32%	95,65%
Neueinführung	7	0	7	0,79%	0,00%	1,69%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	11	6	5	1,24%	1,26%	1,21%
Erhöhung	4	1	3	0,45%	0,21%	0,72%
Stagnation	868	469	399	97,53%	98,53%	96,38%
Neueinführung	7	0	7	0,79%	0,00%	1,69%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	14	8	6	1,57%	1,68%	1,45%
Erhöhung	4	1	3	0,45%	0,21%	0,72%
Stagnation	865	467	398	97,19%	98,11%	96,14%
Neueinführung	7	0	7	0,79%	0,00%	1,69%
Belagsdauer Mittelwert						
Senkung	13	7	6	1,46%	1,47%	1,45%
Erhöhung	4	1	3	0,45%	0,21%	0,72%
Stagnation	866	468	398	97,30%	98,32%	96,14%
Neueinführung	7	0	7	0,79%	0,00%	1,69%

Tabelle 14: Änderungen 2006 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

In Tabelle 14 ist beispielsweise zu erkennen, dass lediglich eine Erhöhung von 0,56% der LDF-Gesamtpunkte und eine Senkung von 1,57% der LDF-Gesamtpunkte erfolgten. 97,08% der LDF-Gesamtpunkte blieben unverändert.

Alle Bestimmungen des ÖKAP/GPP sind nach Beschluss des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) durch diese Bestimmungen zu ersetzen (vgl. BMGFJ 2006a, S. 8), wie in Abbildung 43 dargestellt. Weiters sind für die Berechnung der LDF-Punkte von der Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. Länderkommission in Bezug auf die einzelnen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland bestimmte Festlegungen zu treffen (vgl. BMGFJ 2006a, S. 8). „Diese Festlegungen sind bei der Anwendung des LKF-Bepunktungsprogrammes (KDok) zu berücksichtigen“ (BMGFJ 2006a, S. 8).



Abbildung 43: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2006

(Quelle: BMGFJ 2006a, S. 8)

Um einer Erlösmaximierung der Krankenanstalten entgegenzuwirken, wurden in folgenden Sonderbereichen für das Jahr 2006 Änderungen vorgenommen, wie in Abbildung 44 dargestellt.

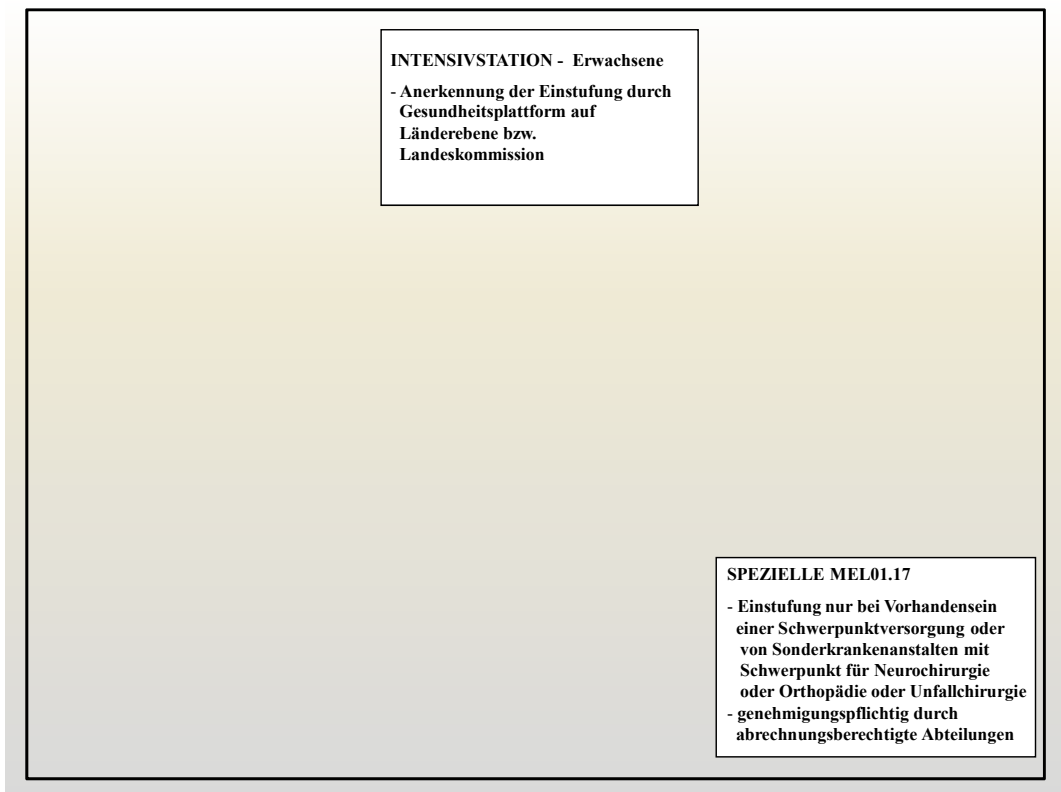


Abbildung 44: Änderungen der Sonderbereiche

(Quelle: BMGFJ 2006a, S. 8f. und BMGFJ 2006c, S. 11)

Im Bereich **Intensiveinheiten für Erwachsene** erfolgt die Einstufung ab 2006 durch Anerkennung der Einstufung durch die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. Landeskommision (vgl. BMGFJ 2006a, S. 8).

Abschließend wurde noch die **spezielle medizinische Einzelleistung MEL01.17** „Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch CT – gezielte Punktion mit Ballonkatheter (Kyphoplastie)“ eingeführt. Die Einstufung erfolgt nur von Einheiten von Krankenanstalten der Zentral- oder Schwerpunktversorgung oder von Sonderkrankenanstalten

mit einem Schwerpunkt für Neurochirurgie oder Orthopädie oder Unfallchirurgie (vgl. BMGFJ 2006a, S. 35 und BMGFJ 2006c, S. 11). Die Abrechnung dieser medizinischen Einzelleistung auf abrechnungsberechtigten Abteilungen ist unter Angabe aller Funktionscodes durch die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. durch Landeskommission zu genehmigen (vgl. BMGFJ 2006a, S. 36 und BMGFJ 2006c, S. 11).

Die nachstehende Abbildung 45 gibt einen ersten Überblick über die Änderungen des Tagesklinikmodells 2006. Mit diesen Änderungen wird versucht, die Erlösmaximierung der Krankenanstalten einzudämmen.

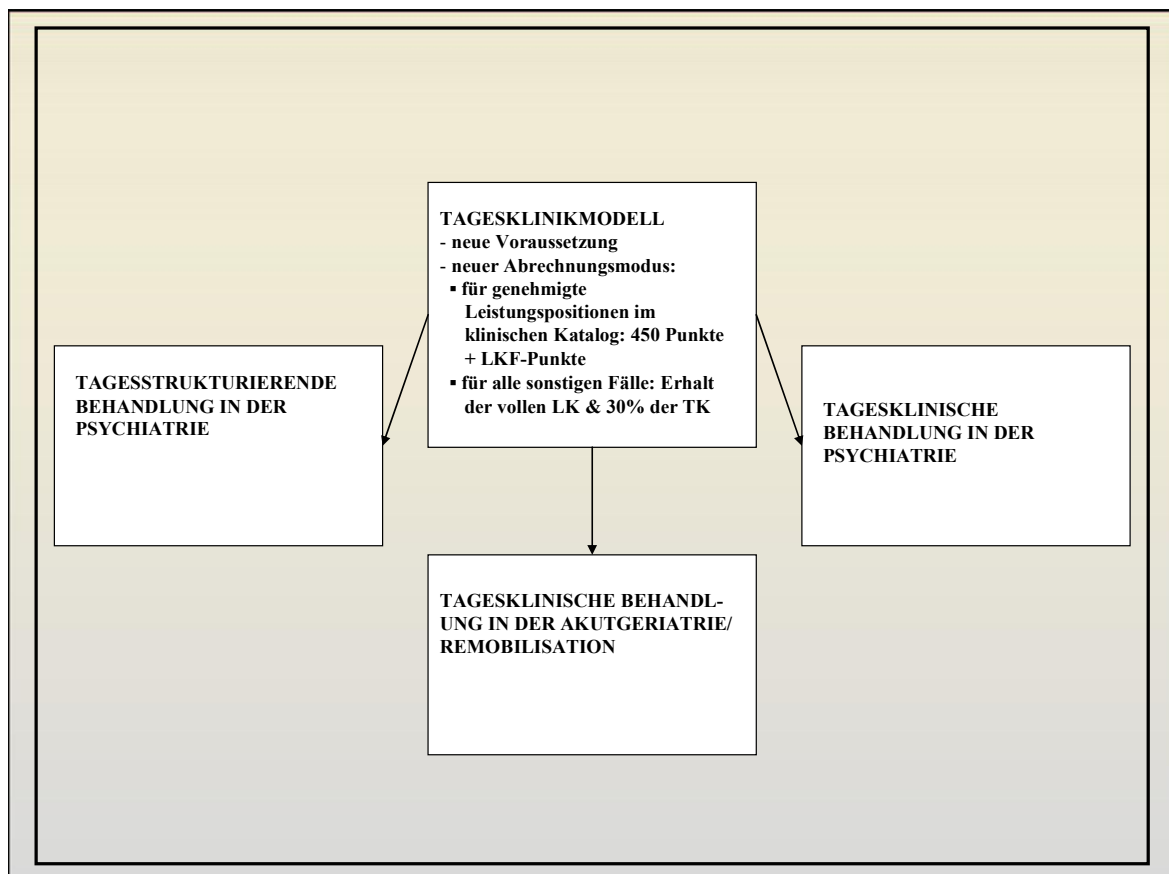


Abbildung 45: Änderungen des Tagesklinikmodells 2006

(Quelle: BMGFJ 2006a, S. 34 und BMGFJ 2006c, S. 10)

Für das **Tagesklinikmodell** 2006 wurden die Bepunktungsregelungen weiterentwickelt (vgl. BMGFJ 2006a, S. 34). Dadurch wurden die Abrechnungsvoraussetzungen um eine neue Voraussetzung ergänzt: „Bei Beantragung der Abrechnung nach diesem Modell sind von den Krankenanstalten Konzepte vorzulegen, die eine verbindliche Beschreibung der Maßnahmen zu Förderung der Tagesklinik enthalten. ... Die Umsetzung der Konzepte ist laufend zu evaluieren“ (BMGFJ 2006a, S. 34 und BMGFJ 2006c, S. 10).

Die Abrechnung erfolgt bei einem tagesklinischen Fall mit 450 Punkten und den Punkten, nach Berechnung der Bepunktungsregel für Belagsausreißer nach unten (vgl. BMGFJ 2006a, S. 35 & S. 42). Werden Patienten an einem Tag entlassen und am darauffolgenden Tag wieder aufgenommen, erfolgt die Abrechnung im Einzelfall nur bei entsprechender Begründung. Für alle Fälle die nicht in einen tagesklinischen Fall, Fall mit der Entlassungsart „S“ oder „T“, Fall auf einen Sonderbereich oder Fall der Gruppe 22.xx eingestuft werden, erfolgt eine Abrechnung mit der vollen Leistungskomponente und mit 30% der Tageskomponente, die nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer nach unten berechnet wird (vgl. BMGFJ 2006a, S. 42 und BMGFJ 2006c, S. 10).

4.6 Systementwicklung für das Jahr 2007

Für das Jahr 2007 wurden lediglich die LDF-Gruppen der medizinischen Einzelleistungsgruppen im Bereich der Chirurgie um eine LDF-Gruppe erhöht (BMGFJ 2007a, S. 7f.), wie in Abbildung 46 dargestellt. Die MEL-Gruppen, die HDG-Gruppen und der LDF-Gruppen der Hauptdiagnosegruppen blieben unverändert.



Abbildung 46: Änderungen der LDF-Punkte 2007

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die LDF-Gesamtpauschalen, Tages- und Leistungskomponente und die Belagsdauerergrenzen wurden wie folgt geändert:

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	14	13	1	1,57%	2,73%	0,24%
Erhöhung	4	4	0	0,45%	0,84%	0,00%
Stagnation	872	459	413	97,87%	96,43%	99,52%
Neueinführung	1	0	1	0,11%	0,00%	0,24%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	14	13	1	1,57%	2,73%	0,24%
Erhöhung	4	4	0	0,45%	0,84%	0,00%
Stagnation	872	459	413	97,87%	96,43%	99,52%
Neueinführung	1	0	1	0,11%	0,00%	0,24%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	11	10	1	1,23%	2,10%	0,24%
Erhöhung	6	6	0	0,67%	1,26%	0,00%
Stagnation	873	460	413	97,98%	96,64%	99,52%
Neueinführung	1	0	1	0,11%	0,00%	0,24%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	13	12	1	1,46%	2,52%	0,24%
Erhöhung	2	2	0	0,22%	0,42%	0,00%
Stagnation	875	462	413	98,20%	97,06%	99,52%
Neueinführung	1	0	1	0,11%	0,00%	0,24%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	13	12	1	1,46%	2,52%	0,24%
Erhöhung	4	4	0	0,45%	0,84%	0,00%
Stagnation	873	460	413	97,98%	96,64%	99,52%
Neueinführung	1	0	1	0,11%	0,00%	0,24%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	14	13	1	1,57%	2,73%	0,24%
Erhöhung	4	4	0	0,45%	0,84%	0,00%
Stagnation	872	459	413	97,87%	96,43%	99,52%
Neueinführung	1	0	1	0,11%	0,00%	0,24%

Tabelle 15: Änderungen 2007 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die geringe Änderung für das Jahr 2007 zeigt sich u. a. auch bei den Leistungskomponenten der LDF-Punkte. Hier blieben 873 von 891 Leistungskomponenten unverändert. Das entspricht einer Änderung von 97,98% der Leistungskomponenten. Es wurden lediglich elf Leistungskomponenten gesenkt und sechs Leistungskomponenten erhöht. Diese Änderungen

lassen sich wiederum in HDG-Gruppen und MEL-Gruppen unterteilen, wie in Tabelle 15 dargestellt.

Die Abbildung 47 zeigt die allgemeinen Abrechnungsänderungen für das Jahr 2007.



Abbildung 47: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2007

(Quelle: BMGFJ 2007a, S. 8f. und BMGFJ 2007c, S. 11)

Um die Weiterentwicklung des LKF-Systems zu unterstützen, die Informationsqualität zu erhöhen und die Datengrundlage für Planungen und Beobachtungen verbessern zu können, stehen für die Dokumentation von Aufnahmen zwei neue Arten zu Verfügung. Erfolgt eine Aufnahme mit vorhergehender Terminvereinbarung (Richtwert 24 Stunden), dann handelt es sich um eine geplante Aufnahme und es ist die Aufnahmeart „P“ zu dokumentieren (vgl. BMGFJ 2007c, S. 11). Erfolgt jedoch eine Aufnahme ohne vorhergehende

Terminvereinbarung, ist die Aufnahmeart „A“ für akute Aufnahme zu dokumentieren. Die Rahmenvorgaben der Beschlussfassung des ÖSG 2006 in Verbindung mit den Detailplanungen auf Länderebene sind integrierender Bestandteil bei Prüfungen der Abrechenbarkeit von speziellen Leistungen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) (vgl. BMGFJ 2007a, S. 10). Die **Typen von Gliederungsmerkmalen** wurden um eine Leistungsgruppe LGR28 erweitert (vgl. BMGFJ 2007a, S. 8).

Die Änderungen der Sonderbereiche werden in der Abbildung 48 grafisch dargestellt.

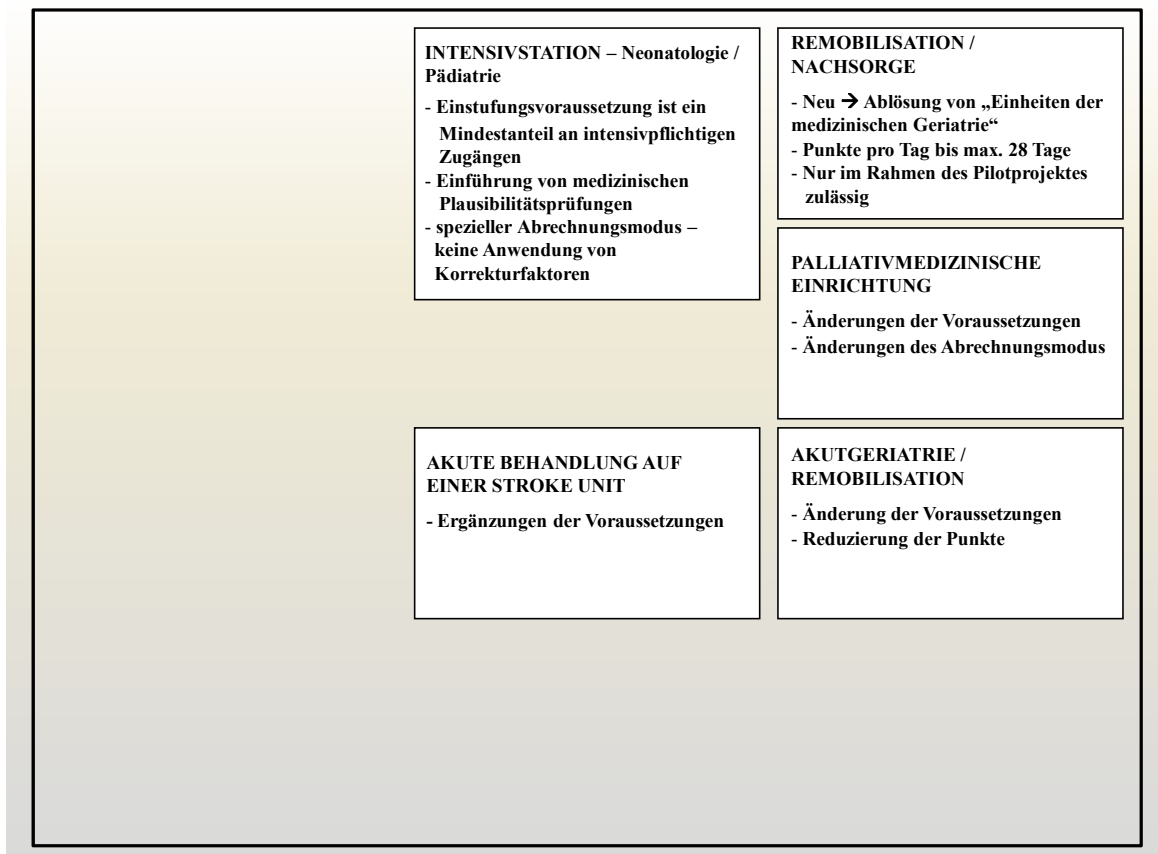


Abbildung 48: Änderungen der Sonderbereiche 2007

(Quelle: BMGFJ 2007a, S. 14f.; BMGFJ 2007b, S. 17; BMGFJ 2007c, 12)

Die Dokumentation eines nachgewiesenen Mindestanteils an intensivpflichtigen Zugängen ist ab 1.1.2007 Voraussetzung für die Einstufung auf einer **neonatologischen/pädiatrischen Intensiveinheit** (vgl. BMGFJ 2007a, S. 14). Intensiveinheiten, die mindestens 70% plausible Zugänge verzeichnen, werden mit dem vollen Zusatzpunkten pro Tag abgerechnet. Hatte eine Intensiveinheit 70%-30% plausible Zugänge, werden aliquote Zusatzpunkte wie folgt berechnet: Zusatzpunkte x Anteil plausibler Zugänge/70 (vgl. BMGFJ 2007a, S. 14f.). Beträgt ein Anteil an plausiblen Zugängen weniger als 30% erfolgt keine Abrechnung nach den Intensivmodell 2007 (BMGFJ 2007a, S. 15). Für die Abrechnung der Zusatzpunkte auf einer neonatologischen/pädiatrischen Intensiveinheit wurden weiters medizinische Plausibilitätsprüfungen eingeführt (vgl. BMGFJ 2007b, S. 17). Jedoch erfolgt keine Anwendung von Korrekturfaktoren auf Basis der Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung für onkologische pädiatrische Intensiveinheiten und deren spezifisches Diagnosen- und Leistungsspektrum (vgl. BMGFJ 2007a, S. 15 und BMGFJ 2008c, S. 16).

Für das Jahr 2007 wurde der Sonderbereich **Remobilisation/Nachsorge – RNS**, welcher den Bereich Einheiten der medizinischen Geriatrie ablöste, eingeführt (vgl. BMGFJ 2007a, S. 17 und BMGFJ 2007c, S. 12). Für die Abrechnung bestehen folgende Voraussetzungen:

- „Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- Erfüllung der im ÖSG angeführten Qualitätskriterien
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit Verwendung des neuen Funktionscodes 1-9135xx Remobilisation/Nachsorge
- Erfüllung der folgenden Vorgaben zur Personalausstattung (Vollzeitäquivalent (VZÄ) je tatsächlich aufgestelltes Bett, TBett):
 - Ärztinnen/Ärzte (Tagesdienst) 0,04 je TBett (1 VZÄ je 25 TBetten)
 - Gesundheits- und Kranken- 0,4 je TBett (1 VZÄ je 2,6 TBetten)
pflegepersonen (Anteil an DGKP $\geq$ 70%)
 - Therapeutinnen/Therapeuten 0,08 je TBett (1 VZÄ je 12 TBetten)“
(BMGFJ 2007a, S. 17 und BMGFJ 2007c, S. 12 [Ann. d. Verf.]

Pro Belagstag erfolgt die Abrechnung mit 141 Punkten. Die Abrechnung einer RNS ist nur im Rahmen der von in der Landesgesundheitsplattform beschlossenen Pilotprojekten und nur bis maximal 28 Belagstagen möglich (vgl. BMGFJ 2007a, S. 17 und BMGFJ 2007c, S. 12).

Im Bereich **Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)** erfolgte eine Änderung der Abrechnungsvoraussetzung. Ab 2007 müssen bestimmte Vorgaben zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett, TBett) erfüllt sein (vgl. BMGFJ 2007a, S. 7 und BMGFJ 2007c, S. 13). Der pauschale Tagessatz wurde von 245 auf 236 Punkte gesenkt.

Auch im Bereich **palliativmedizinische Einrichtung (PAL)** wurde die Abrechnungsvoraussetzung „Erfüllung von bestimmten Voraussetzungen zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett, TBett)“ eingeführt (vgl. BMGFJ 2007a, S. 20 und BMGFJ 2007c, S. 14). Nach Evaluierung der durchschnittlichen Belagsdauer auf Basis der Daten aus 2004 und 2005 wurde die Abrechnung wie folgt geändert: Bis zu einem Aufenthalt von 21 und nicht wie bisher 14 Belagstagen erfolgt die Abrechnung mit 374 statt 321 Punkten pro Tag. Bei einem Aufenthalt von 22 bis 41 Tagen wird ein Belagstag zwischen 357 und 192 Punkten und ab dem 42. Belagstag mit 187 Punkten abgerechnet.

Die Abrechnungsvoraussetzung „Erfüllung von bestimmten Voraussetzungen zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett, TBett)“ findet ab 2007 weiters auch im Bereich **Akute Behandlung auf einer stroke unit** Anwendung (BMGFJ 2007a, S. 36 und BMGFJ 2007c, S. 15).

Die letzte Änderung für das Jahr 2007 erfolgte im **Tagesklinikmodell**, wie in Abbildung 49 dargestellt. Diese Änderungen waren erneut notwendig, um die Punktemaximierung der Krankenanstalten einzudämmen. Alle Fälle die nicht in einen tagesklinischen Fall, Fall mit der Entlassungsart „S“ oder „T“, Fall auf einen Sonderbereich oder Fall der Gruppe 22.xx

fallen, erfolgt eine Abrechnung mit der vollen Leistungskomponente und mit 25% statt wie im Jahr 2006 mit 30% der Tageskomponente, die nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer nach unten berechnet wird (vgl. BMGFJ 2007a, S. 46 und BMGFJ 2007c, S. 10). Für die Beantragung der Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell wurde ein einheitliches Formular als Mindeststandard entwickelt (vgl. BMGFJ 2007c, S. 10).

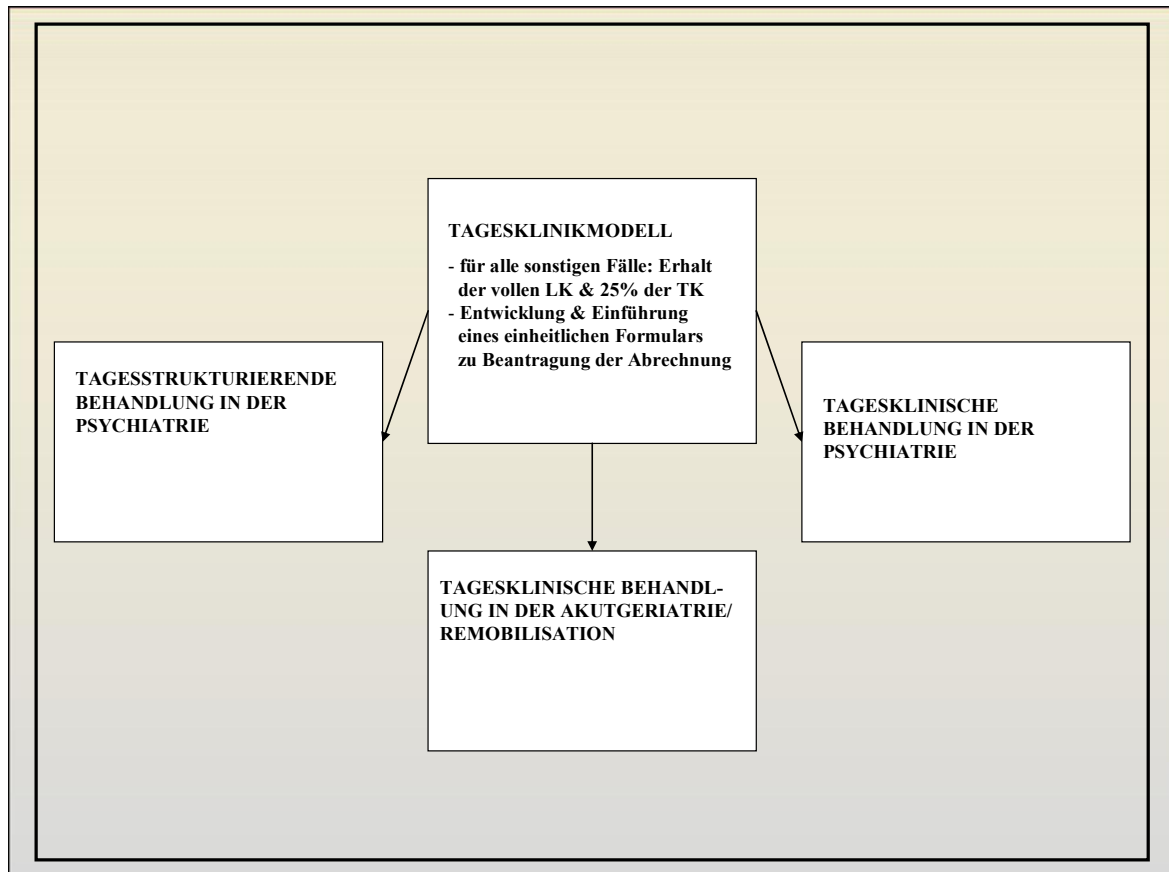


Abbildung 49: Änderungen des Tagesklinikmodells 2007

(Quelle: BMGFJ 2007a, S. 46 und BMGFJ 2007c, S. 10)

4.7 Systementwicklung für das Jahr 2008

Für das Jahr 2008 wurden 213 MEL-Gruppen, 423 dazugehörige LDF-Gruppen, 230 HDG-Gruppen und 477 dazugehörige LDF-Gruppen definiert (vgl. BMGFJ 2008a, S 7f.). Sowohl die MEL- als auch die HDG-Gruppen blieben daher unverändert. Die LDF-Gruppen der medizinischen Einzelleistungsgruppen wurden um acht und die LDF-Gruppen der Hauptdiagnosegruppen wurden um eine LDF-Gruppe erhöht. Die Abbildungen 50 und 51 zeigen die Änderungen der HDG-, MEL- und LDF-Gruppen in den verschiedenen Stationen/Abteilungen.

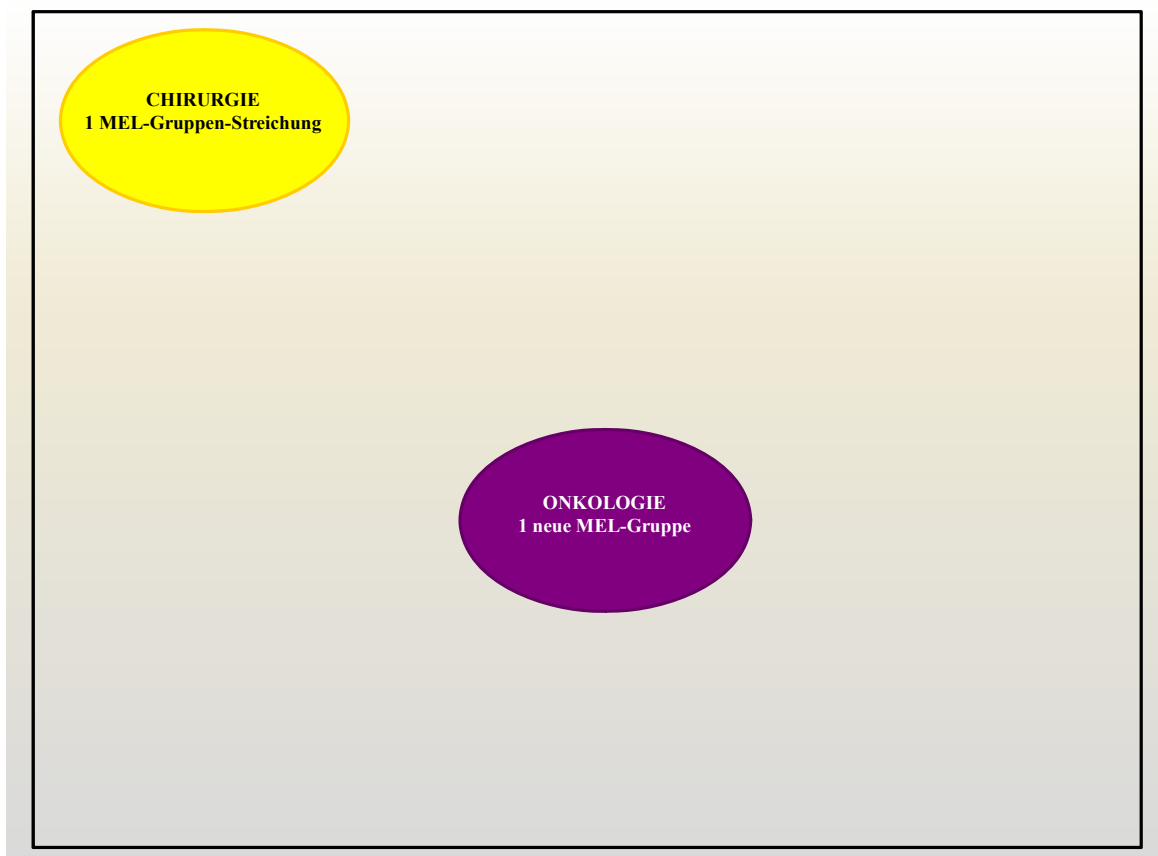


Abbildung 50: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2008

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Änderungen der HDG-Gruppen, MEL-Gruppen und LDF-Gruppen erfolgten für das Jahr 2008 beispielsweise in den Bereichen Chirurgie und Onkologie. In der Chirurgie wurden vier neue LDF-Gruppen eingeführt, je eine MEL-Gruppe und LDF-Gruppe gestrichen. In der Onkologie wurde sowohl eine MEL-Gruppe als auch eine LDF-Gruppe neu eingeführt, wie in Abbildungen 50 und 51 dargestellt.

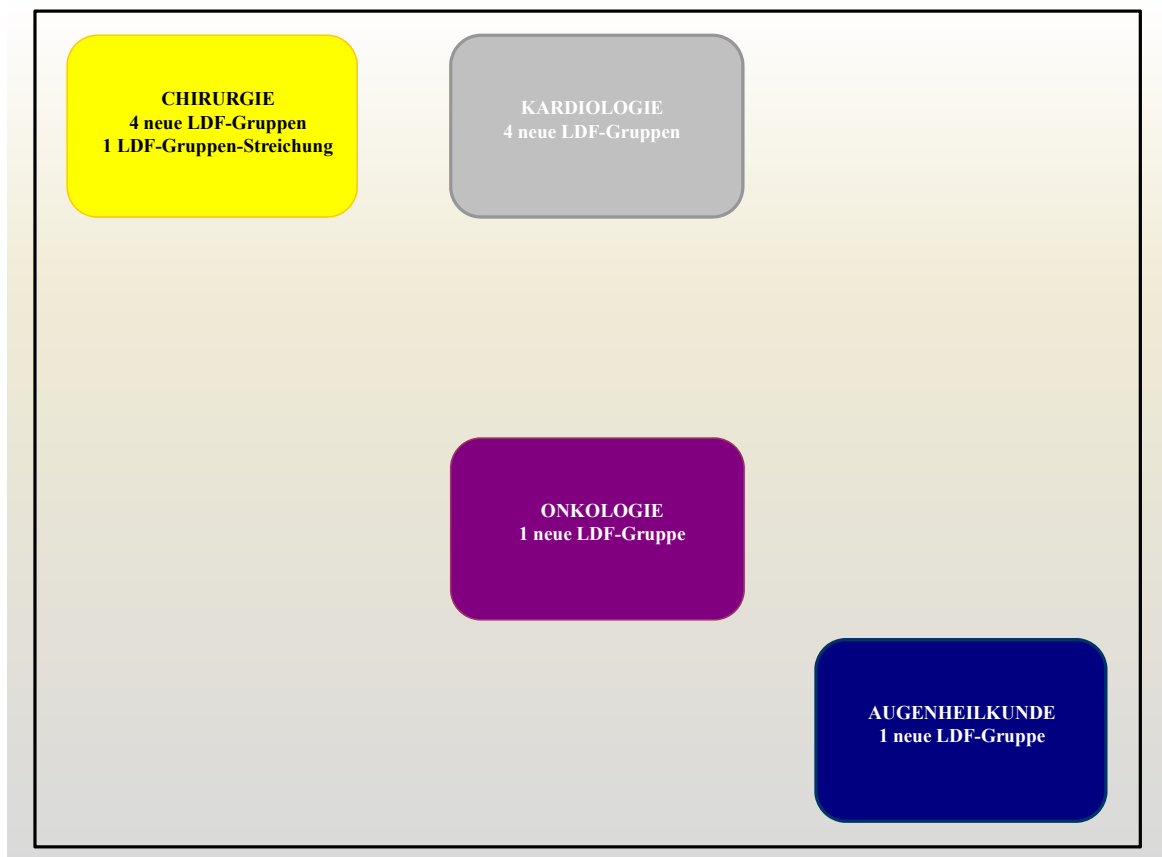


Abbildung 51: Änderungen der LDF-Gruppen 2008

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die nachstehende Tabelle zeigt die Änderungen bei den LDF-Gesamtpauschalen, Tages- und Leistungskomponente und den Belagsgrenzen.

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	12	8	4	1,33%	1,68%	0,95%
Erhöhung	10	1	9	1,11%	0,21%	2,13%
Stagnation	868	467	401	96,44%	97,90%	94,80%
Neueinführung	10	1	9	1,11%	0,21%	2,13%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	15	9	6	1,67%	1,89%	1,42%
Erhöhung	7	0	7	0,78%	0,00%	1,65%
Stagnation	868	467	401	96,44%	97,90%	94,80%
Neueinführung	10	1	9	1,11%	0,21%	2,13%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	8	7	1	0,89%	1,47%	0,24%
Erhöhung	13	2	11	1,44%	0,42%	2,60%
Stagnation	869	467	402	96,56%	97,90%	95,04%
Neueinführung	10	1	9	1,11%	0,21%	2,13%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	12	8	4	1,33%	1,68%	0,95%
Erhöhung	6	0	6	0,67%	0,00%	1,42%
Stagnation	872	468	404	96,89%	98,11%	95,51%
Neueinführung	10	1	9	1,11%	0,21%	2,13%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	11	7	4	1,22%	1,47%	0,95%
Erhöhung	7	0	7	0,78%	0,00%	1,65%
Stagnation	872	469	403	96,89%	98,32%	95,27%
Neueinführung	10	1	9	1,11%	0,21%	2,13%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	13	8	5	1,44%	1,68%	1,18%
Erhöhung	7	0	7	0,78%	0,00%	1,65%
Stagnation	870	468	402	96,67%	98,11%	95,04%
Neueinführung	10	1	9	1,11%	0,21%	2,13%

Tabelle 16: Änderungen 2008 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Für das Jahr 2008 wurden beispielsweise sieben Belagsdauerobergrenzen erhöht. Diese Änderungen resultieren zur Gänze aus den Belagsdauerobergrenzen für MEL-Gruppen. Somit erfolgte eine Erhöhung von 0,78% der gesamten Belagsdauerobergrenzen und von 1,65% der Belagsdauerobergrenzen für MEL-Gruppen, wie in Abbildung 16 dargestellt.

Die Abbildung 52 zeigt die allgemeinen Abrechnungsänderungen für das Jahr 2008.

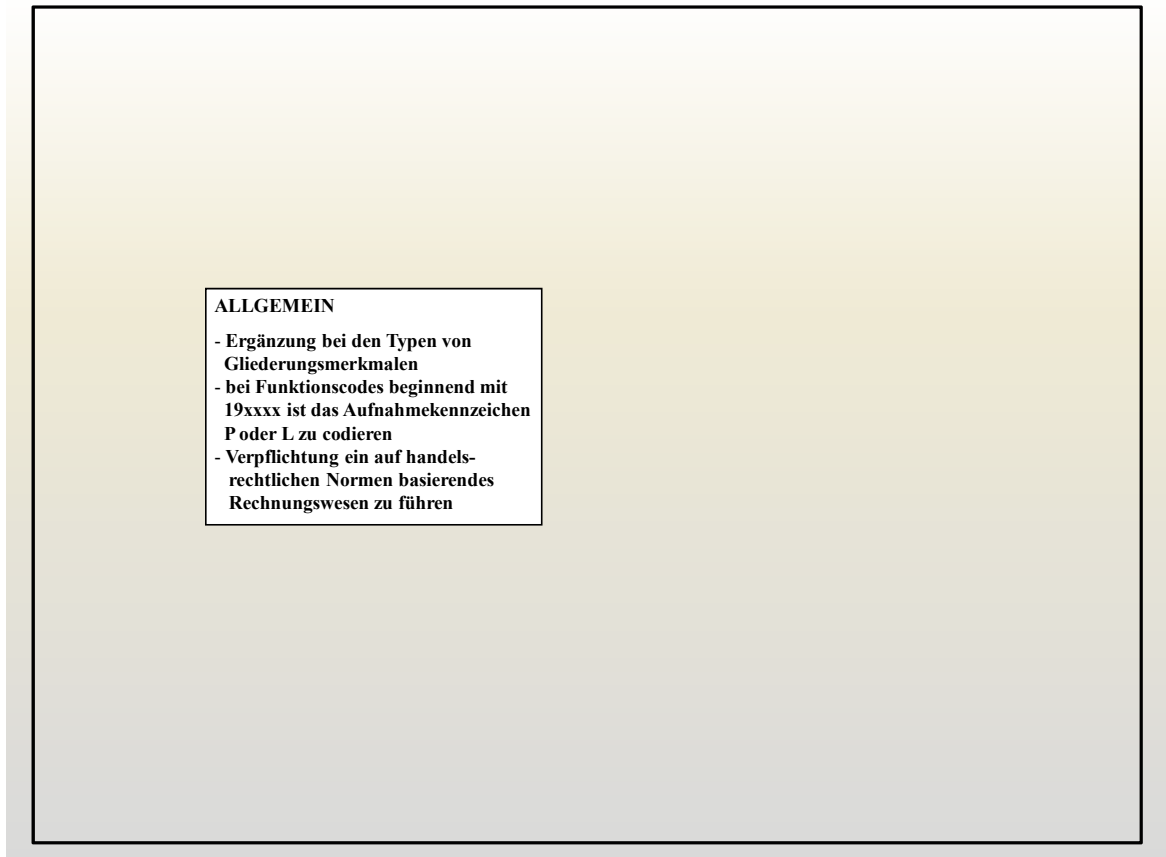


Abbildung 52: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2008

(Quelle: BMGFJ 2008a, S. 8 und S. 40 und BMGFJ 2006, S. 17)

Die Typen von Gliederungsmerkmalen wurden um zwei Leistungsgruppen LGR29 und LGR30 ergänzt (BMGFJ 2008a, S. 8). Bei Aufnahmen auf Funktionscodes beginnend mit 19xxxx im Bereich Pflege ist seit 2008 verpflichtend das Kennzeichen „P“ oder „L“ zu codieren (vgl. BMGFJ 2008a, S. 40). Der Pflegebereich findet nach wie vor keine Berücksichtigung im LKF-Kernbereich. Weiters besteht ab 2008 die Pflicht für Rechtsträger von Krankenanstalten ein auf handelsrechtlichen Normen basierendes Rechnungswesen zu führen (vgl. BMGFJ 2006b, S. 17).

Erneut versuchte man mit den Änderungen im Bereich **Tagesklinikmodell** die Erlösmaximierung der Krankenanstalten einzudämmen. Es erfolgte eine Änderung bei der Abrechnung auf jene Fälle die nicht in einen tagesklinischen Fall, Fall mit der Entlassungsart „S“ oder „T“, Fall auf einen Sonderbereich oder Fall der Gruppe 22.xx eingestuft werden. Diese werden ab 2008 mit der vollen Leistungskomponente und nur mehr mit 20% der Tageskomponente, die nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer nach unten berechnet wird, abgerechnet (vgl. BMGFJ 2008a, S. 45 oder BMGFJ 2008c, S. 15). Die nachstehende Abbildung stellt die Änderungen im Tagesklinikmodell 2008 grafisch dar.

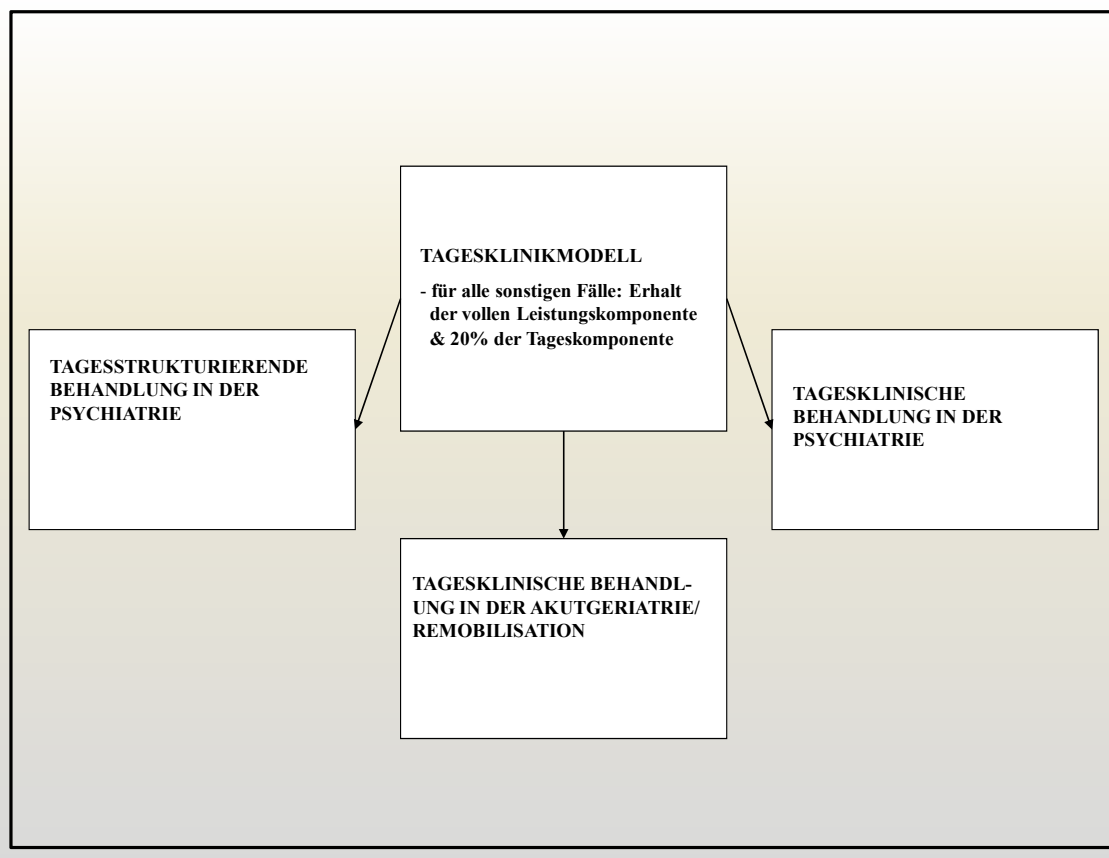


Abbildung 53: Änderungen des Tagesklinikmodells 2008

(Quelle: BMGFJ 2008a, S. 45 und BMGFJ 2008c)

4.8 Resümee

Die wichtigsten Änderungen des LKF-Systems für die Jahre 2002 bis 2008 waren eindeutig im Jahr 2002 mit dem Projekt „LKF-Nachkalkulation“. Die Änderungen für dieses Jahr ergaben sich nicht nur aus dem Projekt sondern auch aus der Einführung des Euros. Die LDF-Pauschalen wurden dementsprechend an den Euro angepasst. Weiters wurden auch die Belagsdauergrenzen adaptiert, wie in Tabelle 6 dargestellt.

Eine weitere wichtige Adaptierung für diesen Zeitraum war die Einführung des Tagesklinikmodells mit den Spezialbereichen „Einrichtungen der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie“ und „Einrichtung der tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie“ im Jahr 2002. Dies wurde im Jahr 2004 um einen weiteren Spezialbereich „Einrichtungen der tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie AG/R“ erweitert und ab 2006 wurde die Abrechnung für das Tagesklinikmodell fortlaufend angepasst, da noch immer ein Anreiz zur Erlösmaximierung bestand.

Das Projekt „LKF-Nachkalkulation“ aus dem Jahr 2002 hatte auch Einfluss auf den Sonderbereich Intensivstation. Dieser Bereich wurde sowohl in Intensivstation für Erwachsene und neonatologische/pädiatrische Intensivstation als auch in Intensivbehandlungsstation und Intensivüberwachungsstation unterteilt (vgl. BMGFJ 2002a, S. 7 und BMGFJc, S.14). Der Sonderbereich Intensivstation wurde bis inklusive dem Jahr 2008 fortlaufend weiterentwickelt. Weiters wurden in diesem Jahr die Sonderbereiche palliativmedizinische Einrichtungen, Akutgeriatrie/Remobilisation, Departments für Psychosomatik und Psychotherapie. Diese Änderungen erfolgten um der Erlösmaximierung der Krankenanstalten entgegenzuwirken.

Da im Jahr 2005 auch im Bereich der „Akuten Behandlung auf einer stroke unit“ für Krankenanstalten ein Anreiz ihre Erlöse zu maximieren bestand, wurden die Einführungskriterien gestrichen und durch bestimmte neue Voraussetzungen ersetzt. In dem Jahr 2006 wurde das LKF-Modell um die spezielle medizinische Einzelleistung MEL01.17

„Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch CT – gezielte Punktion mit Ballonkatheter (Kyphoplastie)“ erweitert. Weiters zu erwähnen ist, dass die Bestimmungen des ÖAKP/GPP in dem Jahr 2006 durch die Bestimmungen des ÖSG ersetzt worden sind. In dem Jahr 2007 wurde der Sonderbereich „Einheiten der medizinischen Geriatrie“ durch den Sonderbereich „Remobilisation/Nachsorge-RNS“ abgelöst.

Wie vom Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend beschlossen, wurden für die Jahre 2003-2008 nur die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen des Systems vorgenommen (vgl. BMGFJ 2003b, S. 14; BMGFJ 2004b, S. 16; BMGFJ 2005b, S. 16; BMGFJ 2006b, S. 16; BMGFJ 2007b, S. 18 und BMGFJ 2008b, S. 19).

Die Tabellen 17 bis 19 fassen die Änderungen der HDG-, MEL- und LDF-Gruppen von 2002 bis 2008 noch einmal zusammen.

Wie für den Zeitraum 1998-2001 wurde der Bereich Chirurgie/Orthopädie auch für den Zeitraum 2002-2008 jedes Jahr an den medizinischen Fortschritt angepasst, wie in Tabelle 17 dargestellt. Es wurden beispielsweise für das zweite Hauptänderungsjahr 2002 neun neue MEL-Gruppen und 45 neue LDF-Gruppen eingeführt. Weiters wurden vier MEL-Gruppen und 47 LDF-Gruppen gestrichen. Die letzte Änderung im Bereich Chirurgie/Orthopädie für das Jahr 2002 war die Textänderung von 60 MEL-Gruppen.

	Chirurgie / Orthopädie	Geriatrie	Pathologie	Gynäkologie / Urologie
2002	9 neue MEL-Gruppen 45 neue LDF-Gruppen 4 MEL-Gruppen- Streichungen 47 LDF-Gruppen- Streichungen 60 MEL-Gruppen- Textänderungen			5 neue LDF-Gruppen 4 HDG-Gruppen- Streichungen 2 MEL-Gruppen- Streichungen 19 LDF-Gruppen- Streichungen 4 HDG-Gruppen- Textänderungen 13 MEL-Gruppen- Textänderungen
2003	1 neue MEL-Gruppe 2 neue LDF-Gruppen 1 MEL-Gruppen- Streichung 1 LDF-Gruppen- Streichung 1 MEL-Gruppen- Textänderung	-	-	-
2004	4 neue MEL-Gruppen 7 neue LDF-Gruppen 1 LDF-Gruppen- Streichung	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe	-	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe
2005	1 neue MEL-Gruppe 5 neue LDF-Gruppen	-	-	-
2006	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe	-	-	-
2007	1 neue LDF-Gruppe	-	-	-
2008	4 neue LDF-Gruppen 1 MEL-Gruppen- Streichung 1 LDF-Gruppen- Streichung	-	-	-

Tabelle 17: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Chirurgie/Orthopädie, Geriatrie, Pathologie und Gynäkologie/Urologie von 2002 bis 2008
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Der Bereich Onkologie/Hämatologie wurde auch für den Zeitraum 2002-2008 stetig weiterentwickelt. Es wurden beispielsweise für das Jahr 2008 je eine neue MEL-Gruppe und eine neue LDF-Gruppe eingeführt, wie in Tabelle 18 dargestellt.

	Kardiologie	Interne / Nephrologie / Pulmologie	Onkologie / Hämatologie	Strahlentherapie / Nuklearmedizin / Radiologie
2002	1 neue MEL-Gruppe 4 neue LDF-Gruppen 2 LDF-Gruppen-Streichungen 2 MEL-Gruppen-Textänderungen	1 neue MEL-Gruppe 3 neue LDF-Gruppen 15 HDG-Gruppen-Streichungen 21 LDF-Streichungen 13 HDG-Gruppen-Textänderungen	2 neue MEL-Gruppen 15 neue LDF-Gruppen 6 LDF-Gruppen-Streichungen 12 MEL-Gruppen-Textänderungen	2 neue MEL-Gruppen 6 neue LDF-Gruppen
2003	2 neue LDF-Gruppen	-	1 neue LDF-Gruppe	-
2004	6 neue MEL-Gruppen 11 neue LDF-Gruppen	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe	3 neue LDF-Gruppen 1 MEL-Gruppen-Textänderung	-
2005	-	1 neue LDF-Gruppe	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe 1 MEL-Gruppen-Textänderung
2006	-	-	2 neue MEL-Gruppen 5 neue LDF-Gruppen	-
2007	-	-	-	-
2008	4 neue LDF-Gruppen	-	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe	-

Tabelle 18: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Kardiologie, Interne/Nephrologie/Pulmologie, Onkologie/Hämatologie und Strahlentherapie/Nuklearmedizin/Radiologie von 1998 bis 2001
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die Tabelle 19 zeigt beispielsweise, dass der Bereich Augenheilkunde in dem Zeitraum 2002-2008 lediglich für die Jahre 2002 und 2008 angepasst wurde. Es wurden für das Jahr 2002 eine neue LDF-Gruppe eingeführt und drei MEL-Gruppen-Textänderungen vorgenommen. Für das Jahr 2008 wurde bloß eine neue LDF-Gruppe eingeführt.

	Psychiatrie / Neurologie	Hals-Nasen-Ohren	Dermatologie	Augenheilkunde
2002	7 LDF-Gruppen- Streichungen	4 neue LDF-Gruppen 6 LDF-Gruppen- Streichungen	5 LDF-Gruppen- Streichungen	1 neue LDF-Gruppe 3 MEL-Gruppen- Textänderungen
2003	2 neue MEL-Gruppen 2 neue LDF-Gruppen	1 neue MEL-Gruppe 2 neue LDF-Gruppen 1 MEL-Gruppen- Textänderung	-	-
2004	-	-	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe	-
2005	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe	-	-	-
2006	-	-	1 neue MEL-Gruppe 1 neue LDF-Gruppe	-
2007	-	-	-	-
2008	-	-	-	1 neue LDF-Gruppe

Tabelle 19: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie und Augenheilkunde von 2002 bis 2008
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

5 Adaptierung des LKF-Systems für die Jahre 2009 und 2010

In den Abschnitten 5.1 bis 5.2 werden die Entwicklungen des österreichischen LKF-Systems für die Jahre 1998 bis 2001 näher beschrieben. Der Abschnitt 5.3 fasst die wichtigsten Entwicklungen kurz zusammen. Sowohl die allgemeinen Änderungen als auch die Änderungen der HDG-Gruppen, MEL-Gruppen, LDF-Gruppen, LDF-Gesamtpauschalen, Tageskomponenten, Leistungskomponenten und den Belagsdauergrenzen resultieren u. a. aus Reaktionen der Krankenanstalten der letzten Jahren und den Anpassungen an die strukturellen, medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklungen (vgl. BMGFJ 2009b, S. 16 und BMGFJ 2010b, 16). Werden in den Abschnitten 5.1 und 5.2 keine expliziten Gründe für die Änderungen der Sonderbereiche angeführt, erfolgten diese um die Erlösmaximierung der Krankenanstalten einzudämmen und das LKF-System besser in der Praxis anwenden zu können.

5.1 Systementwicklung für das Jahr 2009

Das Jahr 2009 entspricht einem der drei Hauptänderungsjahre des LKF-Systems. Die MEL-Gruppen wurden um neun Gruppen auf 204 und die Hauptdiagnosegruppen um elf Gruppen auf 219 reduziert (vgl. BMGFJ 2009a, S. 7f.). Hingegen wurden die LDF-Gruppen der medizinischen Einzelleistungsgruppen um vier Gruppen auf 427 und die LDF-Gruppen der Hauptdiagnosegruppen um 75 Gruppen auf 552 erhöht. Diese Änderungen werden in den Abbildungen 54 und 55 grafisch dargestellt.

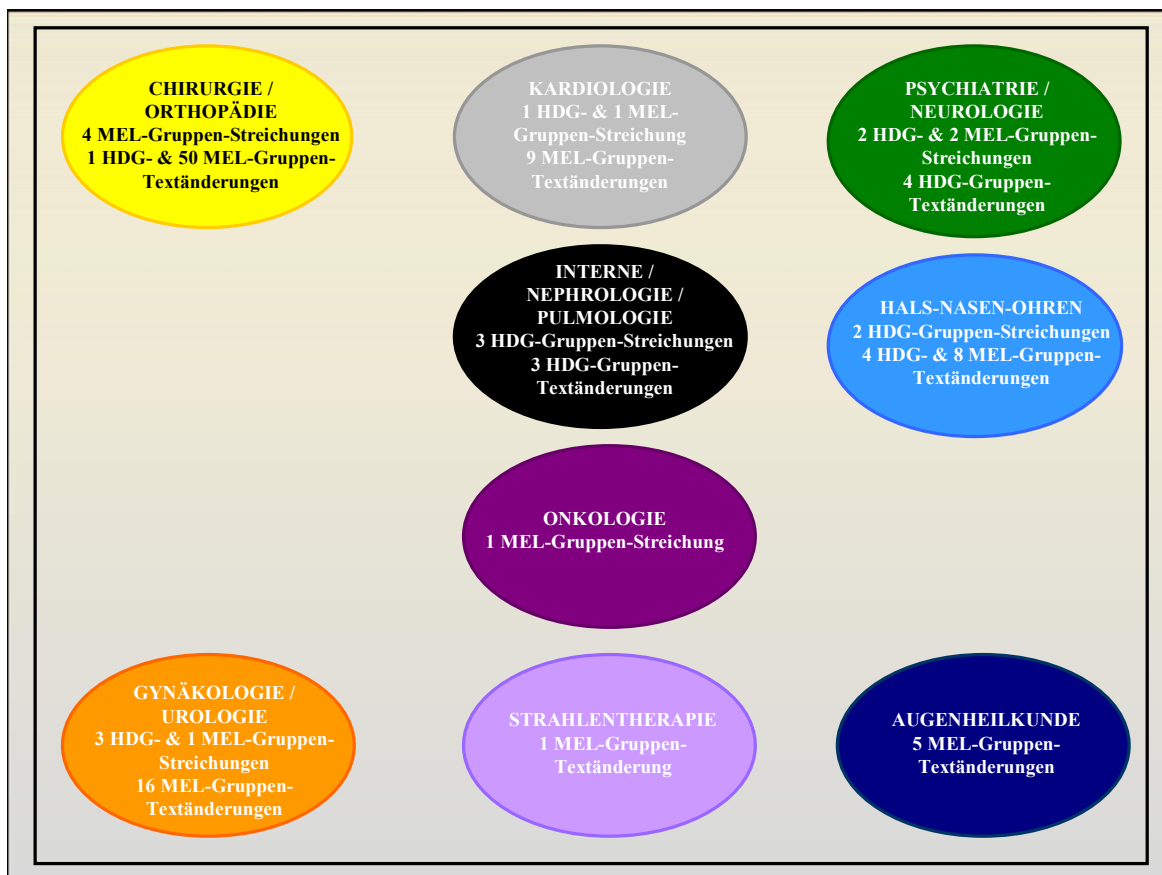


Abbildung 54: Änderungen der HDG- und MEL-Gruppen 2009

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Für das Jahr 2009 wurden die HDG-Gruppen und MEL-Gruppen beispielsweise in den Bereichen Gynäkologie/Urologie angepasst. Für diesen Bereich wurden drei HDG-Gruppen und eine MEL-Gruppe gestrichen. Weiters erfolgte bei 16 MEL-Gruppen eine Textänderung, wie in Abbildung 54 dargestellt.



Abbildung 55: Änderungen der LDF-Gruppen 2009

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Wie bei den HDG-Gruppen und MEL-Gruppen erfolgte auch im Bereich Gynäkologie/Urologie eine Anpassung der LDF-Gruppen. Es wurden 19 neue LDF-Gruppen eingeführt und 13 LDF-Gruppen gestrichen, wie in Abbildung 55 dargestellt.

Es erfolgte eine Bereinigung der Belagstagskosten indem die medizinischen Einzelleistungen den einzelnen bettenführenden Kostenstellen zugeordnet, mit den MEL-Kalkulationen bewertet und als Leistungskomponente von den Endkosten dieser Kostenstelle abgezogen wurden (vgl. BMGFJ 2009b, S. 4).

Daher ergaben sich bei den LDF-Gesamtpauschalen inkl. Tages- und Leistungskomponenten und Belagsdauer Grenzen folgende Änderungen:

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	267	148	119	27,27%	26,81%	27,87%
Erhöhung	521	267	254	53,22%	48,37%	59,48%
Stagnation	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Neueinführung	191	137	54	19,51%	24,82%	12,65%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	282	144	138	28,80%	26,09%	32,32%
Erhöhung	503	271	232	51,38%	49,09%	54,33%
Stagnation	3	0	3	0,31%	0,00%	0,70%
Neueinführung	191	137	54	19,51%	24,82%	12,65%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	294	183	111	30,03%	33,15%	26,00%
Erhöhung	489	232	257	49,95%	42,03%	60,19%
Stagnation	5	0	5	0,51%	0,00%	1,17%
Neueinführung	191	137	54	19,51%	24,82%	12,65%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	411	136	275	41,98%	24,64%	64,40%
Erhöhung	158	119	39	16,14%	21,56%	9,13%
Stagnation	219	160	59	22,37%	28,99%	13,82%
Neueinführung	191	137	54	19,51%	24,82%	12,65%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	359	177	182	36,67%	32,07%	42,62%
Erhöhung	301	181	120	30,75%	32,79%	28,10%
Stagnation	128	57	71	13,07%	10,33%	16,63%
Neueinführung	191	137	54	19,51%	24,82%	12,65%
Belagsdauer Mittelwert						
Senkung	411	200	211	41,98%	36,23%	49,41%
Erhöhung	323	200	123	32,99%	36,23%	28,81%
Stagnation	54	15	39	5,52%	2,72%	9,13%
Neueinführung	191	137	54	19,51%	24,82%	12,65%

Tabelle 20: Änderungen 2009 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Belagsdaueruntergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Auch im Bereich LDF-Gesamtpauschale inkl. Tages- und Leistungskomponente und den Belagsdauer Grenzen ist sehr deutlich zu erkennen, dass das Jahr 2009 zu einem der drei Hauptänderungsjahre gehört. Wie die Tabelle 20 zeigt, wurden sämtliche LDF-

Gesamtpauschalen an die praktischen Anwendungen der letzten Jahre und den medizinischen und technologischen Fortschritt angepasst. Daraus folgt, dass 267 LDF-Gesamtpauschalen gesenkt und 521 LDF-Gesamtpauschalen erhöht wurden. Die Senkung erfolgte bei 148 LDF-Gesamtpauschalen der HDG-Gruppen und bei 119 LDF-Gesamtpauschalen der MEL-Gruppen. Die Erhöhung erfolgte wiederum bei 267 LDF-Gesamtpauschalen der HDG-Gruppen und bei 254 LDF-Gesamtpauschalen der MEL-Gruppen.

Die Abbildung 56 stellt die allgemeinen Abrechnungsänderungen für das Jahr 2009 grafisch dar.

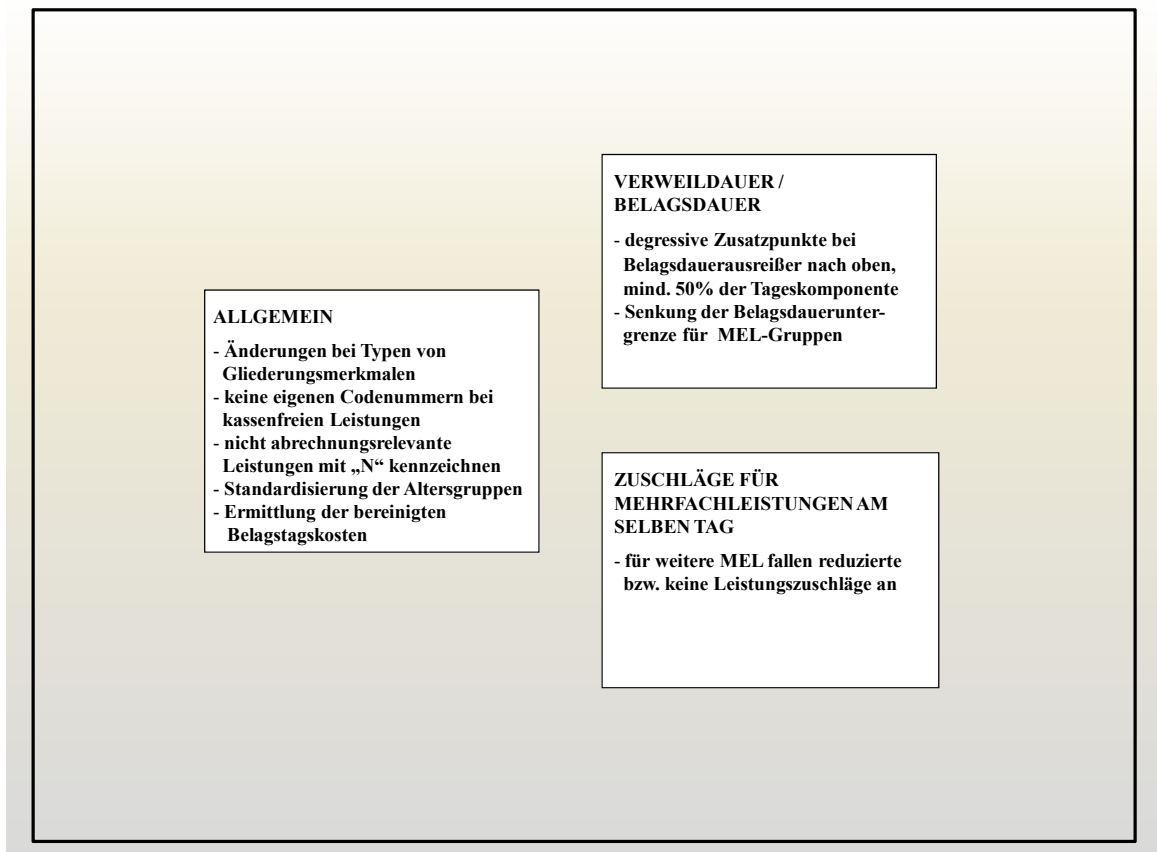


Abbildung 56: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2009

(Quelle: BMGFJ 2009a, S. 8f; BMGFJ 2009b, S. 7; BMGFJ 2007c, S. 16)

Bei den **Typen von Gliederungsmerkmalen** wurden die Leistungsgruppen von LGR30 auf LGR76, die Abteilungsgruppe von AGR01 auf AGR02 und die Hauptdiagnosegruppen von HGR35 auf HGR57 erhöht (vgl. BMGFJ 2009a, S. 8). Bei den Diagnosegruppen erfolgte eine Streichung von DGR06 auf DGR01.

Bei **Belagsdauerausreißer nach oben** werden nach wie vor degressive Zusatzpunkte in Abhängigkeit der tatsächlichen Belagsdauer abgerechnet (vgl. BMGFJ 2009a, S. 41). Jedoch beträgt der Mindestpunktesatz nicht mehr 44 Punkte pro Tag, sondern mindestens 50% der Tageskomponente der jeweiligen Fallpauschale. „Zur Förderung der tagesklinischen Leistungserbringung bzw. generell, um keine falschen Anreize zu einer Verlängerung der Aufenthalte über die medizinisch und pflegerisch notwendige Belagsdauer hinaus zu setzen, wurden die Belagsdauer Grenzen stärker reduziert (Belagsdaueruntergrenze in MEL-Gruppen = 70% des Belagsdauer Mittelwertes), sodass auch bei kürzeren Aufenthalten das gesamte Fallpauschale abgerechnet wird“ (BMGFJ 2009b, S. 9). Mit dieser Änderung soll die Nutzung von Möglichkeiten zur Belagsdauer verkürzung stärker gefördert werden (vgl. BMGFJ 2009a, S. 9).

Im Falle von **Mehrfachleistungen** erfolgt die Zuordnung nach wie vor zur jener Fallpauschale, die die höchste Pauschale ergibt (vgl. BMGFJ 2009a, S. 40). Jede weitere Leistung wird mit einem eigenen Zuschlag (Mehrfach-Leistungszuschläge für Leistungen am selben Tag, gesamte Leistungskomponente bei verschiedenen Tagen der Leistungserbringung) abgerechnet (vgl. BMGFJ 2009a, S. 40 und BMGFJ 2009c, S. 16). Ist der zusätzliche Aufwand jedoch sehr gering, wird kein Zuschlag abgerechnet (vgl. BMGFJ 2009c, S. 16). Diese Änderung wurde eingeführt, um dem Problem des „LDF-Point-Gatherings“ entgegenzuwirken.

Für die Dokumentation wurden die Altersgruppen standardisiert und mit den Gruppen von Statistik Austria vereinheitlicht und angepasst (vgl. BMGFJ 2009b, S. 7). **Kassenfreie Leistungen** sind ab 2009 nicht mehr mit einer eigenen Codenummer sondern durch ein

Zusatzkennzeichen zu dokumentieren (vgl. BMGFJ 2009a, S. 35). Nicht abrechnungsrelevante Leistungen sind mit „N“ zu kennzeichnen.

Die nachstehende Abbildung soll einen Überblick über die Änderungen der Sonderbereich für das Jahr 2009 veranschaulichen:

PSYCHIATRIE - Streichung von MEL28.03 & MEL28.04 - Einstufung der psychiatrischen Fachabteilung nach bestimmten Kriterien in Abteilungsgruppe 01 & 02	INTENSIVSTATION - Erwachsene: Einstufung der Intensivbehandlungseinheit der Stufe 3 nur in Krankenanstalten mit speziellen Kriterien & Erhöhung aller Zusatzpunkte - Neonatologie/Pädiatrie: Änderung der Leistungsbezeichnung auf „N/P“ im Leistungskatalog & Erhöhung aller Zusatzpunkte	REMOBILISATION / NACHSORGE - Erhöhung der Punkte
KINDER- & JUGENDNEURO-PSYCHIATRIE - Erhöhung aller Punkte		PALLIATIVMEDIZINISCHE EINRICHTUNG - Erhöhung der Punkte
	AKUTE BEHANDLUNG AUF EINER STROKE UNIT - Namensänderung der MEL - Punkteerhöhung	AKUTGERIATRIE / REMOBILISATION - Erhöhung der Punkte
STATIONEN MIT SCHWERPUNKT FÜR PSYCHOSOMATIK & PSYCHOTHERAPIE - neuer Abrechnungsmodus wie Einheiten der Psychiatrie in Abteilungsgruppe 01 & 02	AKUTNACHBEHANDLUNG VON NEUROLOGISCHEN PATIENTEN - Erhöhung aller Punkte	SPEZIELLE MEL01.17 - Namensänderung „Aufrichtung & Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion“

Abbildung 57: Änderungen der Sonderbereiche 2009

(Quelle: BMGFJ 2009a, S. 10f.)

Im Bereich **Intensiveinheit für Erwachsene** darf eine Einstufung in die Intensivbehandlungseinheit der Stufe 3 nur dann erfolgen, wenn die Krankenanstalt der Schwerpunkt- oder Zentralversorgung eine Bettenanzahl von mehr als 300 am Standort oder wenn die Krankenanstalt einen ausgewiesenen besonderen Leistungsauftrag nachweisen kann (vgl. BMGFJ 2009a, S. 11). Sowohl im Bereich Intensivüberwachungseinheit als auch in den drei Stufen der Intensivbehandlungseinheiten wurden alle Zusatzpunkte pro Tag erhöht (vgl. BMGFJ 2009a, S. 13). Die Einstufungskriterien und die Berechnung des individuellen

Korrekturfaktors bleiben unverändert. Auch bei den **neonatologischen/pädiatrischen Intensivseinheiten** wurden die Zusatzpunkte der Intensivüberwachungseinheit und Intensivbehandlungseinheit erhöht (vgl. BMGFJ 2009a, S. 15).

Weiters wurden die pauschalen Tagessätze in folgenden Bereichen erhöht:

- **Akutnachbehandlung von neurologischen Patienten:** in der Stufe B von 457 auf 507 und in der Stufe C von 259 auf 304 Punkte (vgl. BMGFJ 2009a, S. 20 und BMGFJ 2009b, S. 4)
- **Kinder- und Jugendneuropsychiatrie:** die MEL28.01 von 457 auf 507 und die MEL28.02 von 259 auf 304 Punkte (vgl. BMGFJ 2009a, S. 24 und BMGFJ 2009b, 4)
- **Remobilisation/Nachsorge:** von 141 auf 167 Punkte (vgl. BMGFJ 2009a, S. 16 und BMGFJ 2009b, S. 4)
- **Akutgeriatrie/Remobilisation:** von 236 auf 282 Punkte (vgl. BMGFJ 2009a, S. 17 und BMGFJ 2009b, S. 4)
- **palliativmedizinische Einrichtung:** bei einem Aufenthalt von 21 Tagen von 374 auf 484 Punkte, bei einem Aufenthalt von 22 bis 41 Tagen von 357-192 auf 462-248 Punkte und bei einem Aufenthalt von mehr als 41 Tagen von 187 auf 242 Punkte (vgl. BMGFJ 2009a, S. 19 und BMGFJ 2009b, S. 5)
- **tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie:** von 211 auf 253 Punkte (vgl. BMGFJ 2009a, S. 27)
- **tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie:** von 65 auf 78 Punkte (vgl. BMGFJ 2009a, S. 29)
- **tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie / Remobilisation:** von 196 auf 236 Punkte (vgl. BMGFJ 2009a, S. 31)

Die Spezialbereiche MEL28.03 „**Therapie psychiatrischer Schwerstkranker**“ und MEL28.04 „**Komplexe psychiatrische Therapie**“ wurden gestrichen und in die Abteilungsgruppe 01 und Abteilungsgruppe 02 eingestuft (vgl. BMGFJ 2009a, S. 24). Für die Abteilungsgruppe 01 wird die Einstufung in eine psychiatrische Abteilung bzw. in eine Einheit mit einem der in der Psychiatrie zu Verfügung stehenden Funktionscodes und eine

Mindestpersonalausstattung empfohlen (vgl. BMGFJ 2009a, S. 25). Hingegen ist die Einstufung in eine Abteilung an Krankenanstalten mit psychiatrischem Vollversorgungsauftrag inklusive Unterbringung oder Einheiten der psychosomatischen Versorgung mit einem der Funktionscodes der Psychiatrie, die bisher die MEL28.03 und MEL28.04 abgerechnet haben und eine Mindestpersonalausstattung verpflichtend. Der Bereich **Psychosomatik und Psychotherapie** kann bei Erfüllung der entsprechenden Kriterien, die zum Vorjahr unverändert geblieben sind, wie Einheiten der Psychiatrie in die Abteilungsgruppe 01 oder 02 eingestuft werden (vgl. BMGFJ 2009a, S. 32).

Die MEL-Gruppe MEL26.02 wurde von „Akute Behandlung auf einer stroke unit“ auf **„Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit)“** umbenannt (vgl. BMGFJ 2009a, S. 33). Die Abrechnungsvoraussetzungen blieben unverändert. Die Gesamtabrechnungspunkte wurden von 4.560 auf 5.465 Punkte erhöht.

Weiters ist noch die Namensänderung der MEL01.17 von „Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch CT-gezielte Punktion mit Ballonkatheter (Kyphoplastie)“ auf **„Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion“** zu erwähnen (vgl. BMGFJ 2008a, S. 38 und BMGFJ 2009a, S. 35).

Die Änderungen im Bereich Tagesklinik resultierten aufgrund des bis dato andauernden Versuchs der Krankenanstalten, die Erlöse in diesem Bereich zu maximieren. Die Dokumentation der Aufnahmeart „K“ für das **Tagesklinikmodell 2009** ist keine Abrechnungsvoraussetzung mehr (vgl. BMGFJ 2009a, S. 34). Die Rahmenbedingung, dass Patienten vorab abgeklärt sind und geplant stationär aufgenommen wurden, wurde gestrichen (vgl. BMGFJ 2008a, S. 37 und BMGFJ 2009a, S. 34). Dafür wurden die Abrechnungsvoraussetzungen um eine Voraussetzung, nämlich dass eine Aufnahme in die Tagesklinik nur bei Anstaltsbedürftigkeit erfolgen darf, ergänzt (vgl. BMGFJ 2009a, S. 34). Die Abrechnung für tagesklinische Fälle erfolgt nicht mehr mit 450 Punkten pro Tag, sondern mit der entsprechenden LKF-Bepunktungsregel für 1-Tagesfälle in der jeweils

entsprechenden Fallpauschale (vgl. BMGFJ 2008a, S. 45 und BMGFJ 2009a, S. 42). Jene Fälle die nicht in einen tagesklinischen Fall, Fall mit der Entlassungsart „S“ oder „T“, Fall auf einen Sonderbereich oder Fall der Gruppe 22.xx eingestuft werden, erfolgt die Abrechnung mit der vollen Leistungskomponente und nicht wie im Vorjahr mit einer Tageskomponente von 20% sondern mit 10%. Diese wird nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer nach unten berechnet. Diese Änderungen werden in der Abbildung 58 grafisch dargestellt.

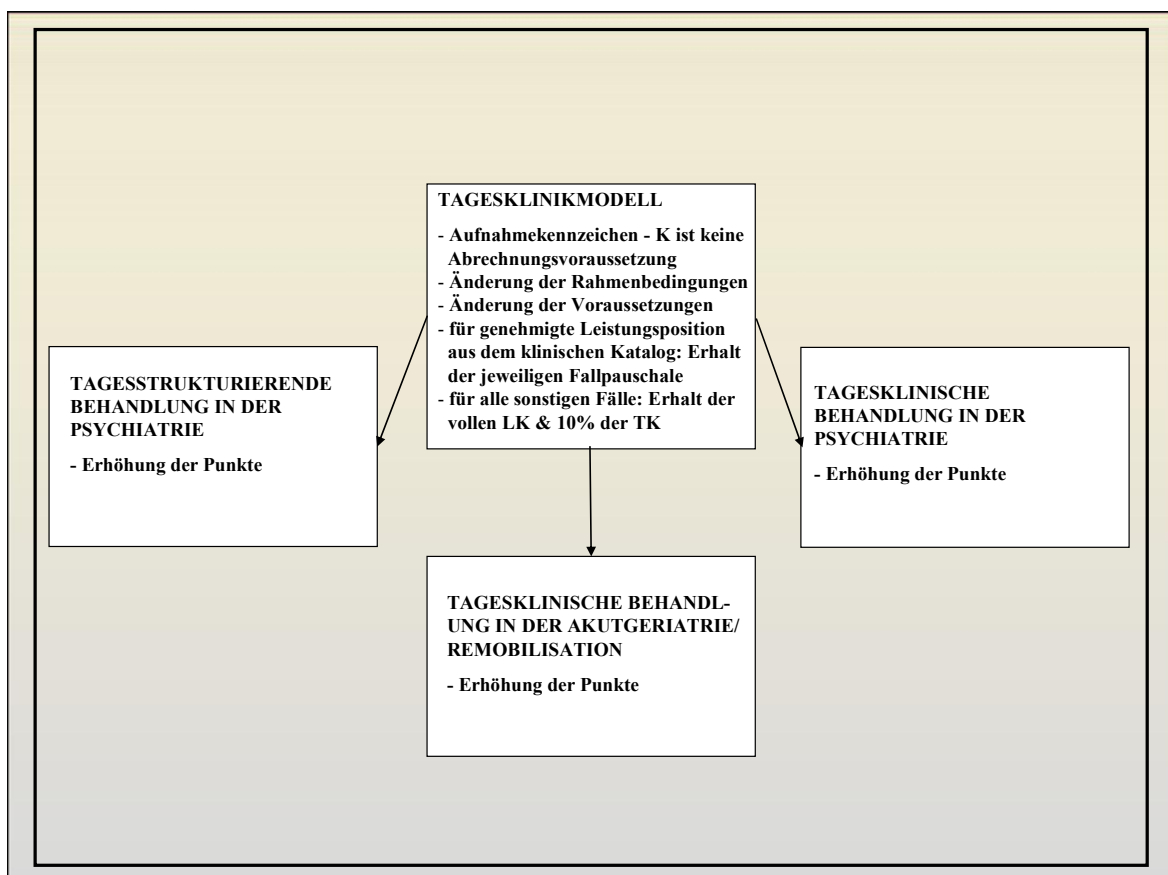


Abbildung 58: Änderungen des Tagesklinikmodells 2009

(Quelle: BMGFJ 2008a, S. 37 und BMGFJ 2009a, S. 26)

5.2 Systementwicklung für das Jahr 2010

Schlussendlich stehen für das LKF-Modell 2010 204 medizinische Einzelleistungsgruppen, 429 leistungsorientierte Falldiagnosegruppen für die MEL-Gruppen, 219 Hauptdiagnosegruppen und 553 leistungsorientierte Falldiagnosegruppen für die HDG-Gruppen zu Verfügung (vgl. BMGFJ 2010a, S. 7f.). Die nachstehende Abbildung 59 zeigt die daraus folgenden Änderungen der LDF-Gruppen in den verschiedenen Stationen/Abteilungen. Beispielsweise wurde in der Chirurgie und in der Onkologie jeweils eine neue LDF-Gruppe eingeführt. Die HDG- und MEL-Gruppen blieben unverändert.

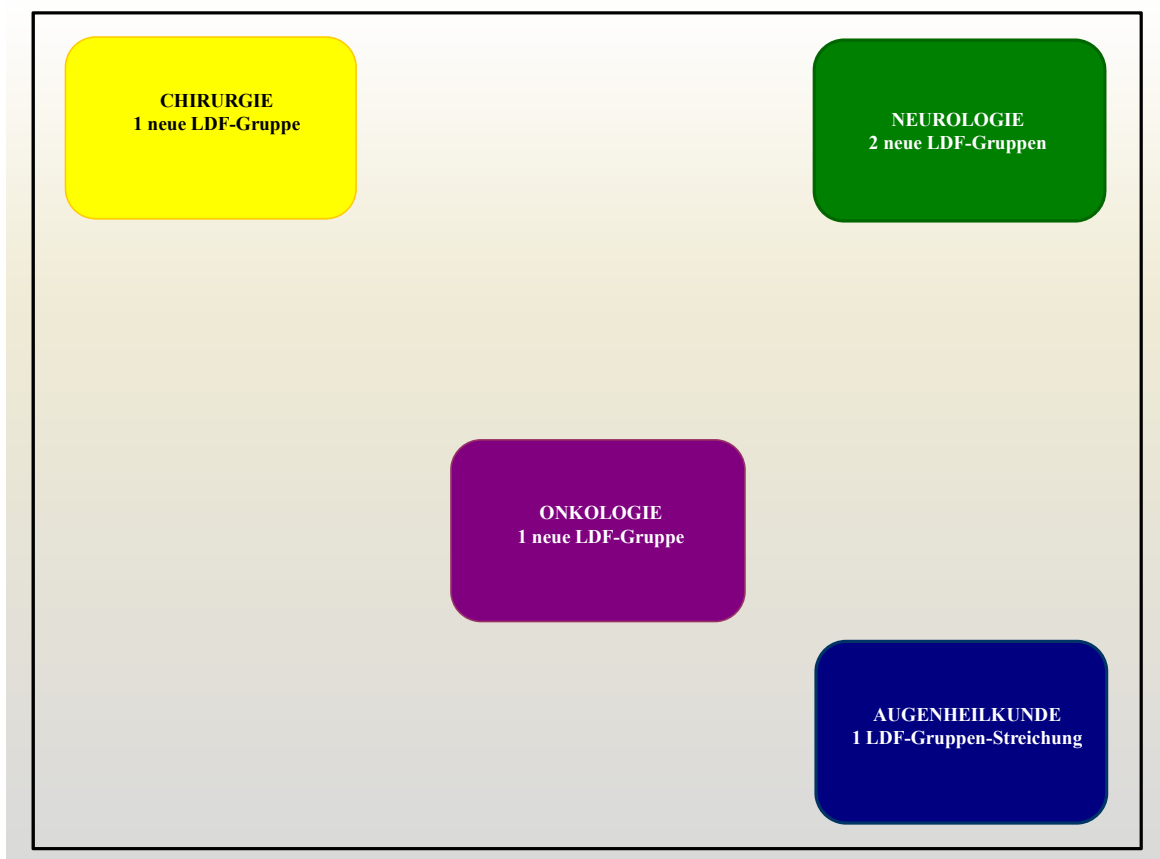


Abbildung 59: Änderungen der LDF-Gruppen 2010

(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die anschließende Tabelle 21 zeigt die Änderungen der LDF-Gesamtpauschalen, Tages- und Leistungskomponente und die Belagsdauergrenzen.

	Gesamt	HDG	MEL	Gesamt %	HDG %	MEL %
LDF-Gesamtpauschale						
Senkung	4	0	4	0,41%	0,00%	0,93%
Erhöhung	23	19	4	2,34%	3,44%	0,93%
Stagnation	951	532	419	96,84%	96,20%	97,67%
Neueinführung	4	2	2	0,41%	0,36%	0,47%
LDF-Pauschale - Tageskomponente						
Senkung	3	0	3	0,31%	0,00%	0,70%
Erhöhung	24	19	5	2,44%	3,44%	1,17%
Stagnation	951	532	419	96,84%	96,20%	97,67%
Neueinführung	4	2	2	0,41%	0,36%	0,47%
LDF-Pauschale - Leistungskomponente						
Senkung	105	89	16	10,69%	16,09%	3,73%
Erhöhung	101	95	6	10,29%	17,18%	1,40%
Stagnation	772	367	405	78,62%	66,37%	94,41%
Neueinführung	4	2	2	0,41%	0,36%	0,47%
BelagsdauerZuschlag						
Senkung	4	2	2	0,41%	0,36%	0,47%
Erhöhung	2	1	1	0,20%	0,18%	0,23%
Stagnation	972	548	424	98,98%	99,10%	98,83%
Neueinführung	4	2	2	0,41%	0,36%	0,47%
LeistungsZuschlag						
Senkung	3	0	3	0,31%	0,00%	0,70%
Erhöhung	17	0	17	1,73%	0,00%	3,96%
Stagnation	958	551	407	97,56%	99,64%	94,87%
Neueinführung	4	2	2	0,41%	0,36%	0,47%
Belagsdaueruntergrenze						
Senkung	1	0	1	0,10%	0,00%	0,23%
Erhöhung	16	14	2	1,63%	2,53%	0,47%
Stagnation	961	537	424	97,86%	97,11%	98,83%
Neueinführung	4	2	2	0,41%	0,36%	0,47%
Belagsdauerobergrenze						
Senkung	2	0	2	0,20%	0,00%	0,47%
Erhöhung	19	17	2	1,93%	3,07%	0,47%
Stagnation	957	534	423	97,45%	96,56%	98,60%
Neueinführung	4	2	2	0,41%	0,36%	0,47%
Belagsdauermittelwert						
Senkung	2	0	2	0,20%	0,00%	0,47%
Erhöhung	19	17	2	1,93%	3,07%	0,47%
Stagnation	957	534	423	97,45%	96,56%	98,60%
Neueinführung	4	2	2	0,41%	0,36%	0,47%

Tabelle 21: Änderungen 2010 – LDF-Gesamtpauschale, Tageskomponente, Leistungskomponente, Leistungszuschlag, Belagsdauerzuschlag, -untergrenze, -obergrenze und -mittelwert
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Für das Jahr wurden die LDF-Gesamtpunkten inkl. Tages- und Leistungskomponenten und den Belagsdauergrenzen geringfügig geändert, wie in Tabelle 21 dargestellt. Beispielsweise wurden lediglich vier LDF-Gesamtpunkte gesenkt. Diese Senkung resultierte zu Gänze bei den LDF-Gesamtpunkten der MEL-Gruppen.

Die Abbildung 60 gibt einen groben Überblick über die allgemeinen Abrechnungsänderungen für das Jahr 2010.

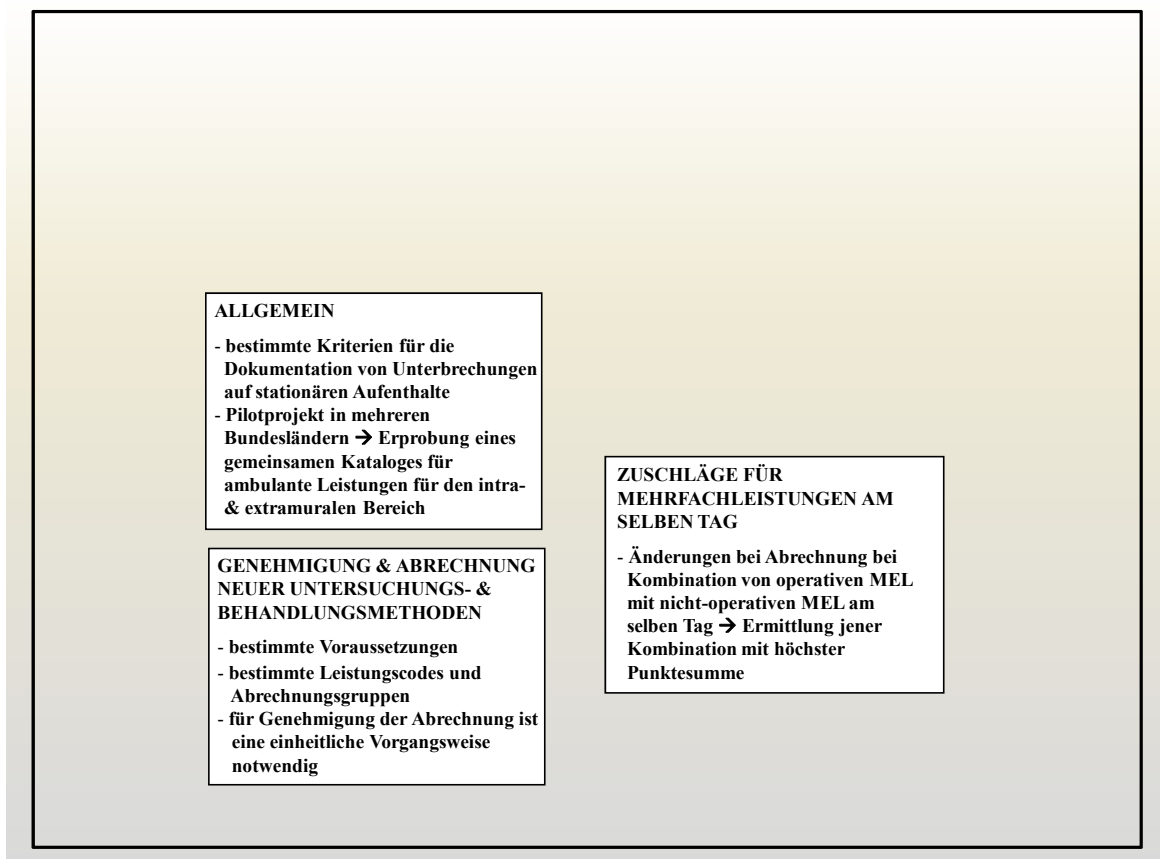


Abbildung 60: Allgemeine Abrechnungsänderungen 2010

(Quelle: BMGFJ 2010a, 36f.; BMGFJ, 2010b, S. 20; BMGFJ 2010, S. 15)

Erfolgt bei **Mehrfachleistungen** eine Kombination von operativen medizinischen Einzelleistungen mit nicht-operativen medizinischen Einzelleistungen am selben Tag, erfolgt die Berechnung der Punkte für eine operative und eine nicht-operative medizinische

Einzeelleistung mit der vollen Leistungskomponente (BMGJ 2010a, S. 42 und BMGFJ 2010c, S. 15). Weiters wird jene Kombination ausgewählt, die die höchsten Punkte erzielt. „Bei Kombination von operativen MEL mit nicht-operativen MEL am selben Tag werden die Punkte für die jeweils eine operative und eine nicht-operative MEL mit der vollen Leistungskomponente berechnet. Bei der Auswahl der beiden MEL wird jene Kombination ermittelt, die unter Berücksichtigung der Belagsdauer und aller weiteren Leistungen die höchste Punktesumme ergibt. Bei weiteren Leistungen kommt der getrennt ausgewiesene Leistungszuschlag zur Anwendung“ (BMGFJ 2010a, S. 42 und BMGFJ 2010c, S. 15). Dadurch wird versucht eine Punkteoptimierung zu erreichen.

Unterbrechungen stationärer Aufenthalte kommen bei schwerwiegenden Gründen nicht nur im Bereich Psychiatrie vor (vgl. BMGFJ 2010a, S 47 und BMGFJ 2010c, S. 20). Für die Dokumentation solcher Unterbrechungen ist zu beachten, dass die Kriterien Dauer der Unterbrechung, die Dauer des vorangehenden bzw. nachfolgenden stationären Aufenthalts und der Sonderfall „halbstationärer Bereich“ erfüllt sind. Weiters ist für die Unterbrechung stationärer Aufenthalte der Funktionscode FC 100000xx zu dokumentieren und es erfolgt keine Abrechnung für den Zeitraum der Unterbrechung nach dem LKF-System. Wird ein Aufenthalt nach einer Unterbrechung nicht mehr fortgesetzt, dann ist die Unterbrechung in eine tatsächliche Entlassung umzuwandeln und die erbrachten Leistungen werden in Bezug auf die tatsächliche Belagsdauer abgerechnet. Mit der Einführung dieser Voraussetzungen wurde versucht, gezielt dem Drehtüreffekt entgegenzuwirken.

Weiters wurde für die **Genehmigung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** fünf Abrechnungsvoraussetzungen eingeführt und für die Dokumentation bestimmte Leistungscodes und Abrechnungsgruppen vorgesehen (vgl. BMGFJ 2010a, S. 36). Für die Genehmigung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfolgt eine einheitliche Vorgangsweise aller Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF (BMGFJ 2010a, S. 37).

Seit 2010 erfolgt in mehreren Bundesländern für den spitalsambulant und den niedergelassenen Bereich ein Pilotprojekt, indem ein gemeinsamer Katalog ambulanter Leistungen für den intra- und extramuralen Bereich erprobt wird (BMGFJ 2010b, S. 20).

In der Abbildung 61 werden die Änderungen der Sonderbereiche grafisch dargestellt.

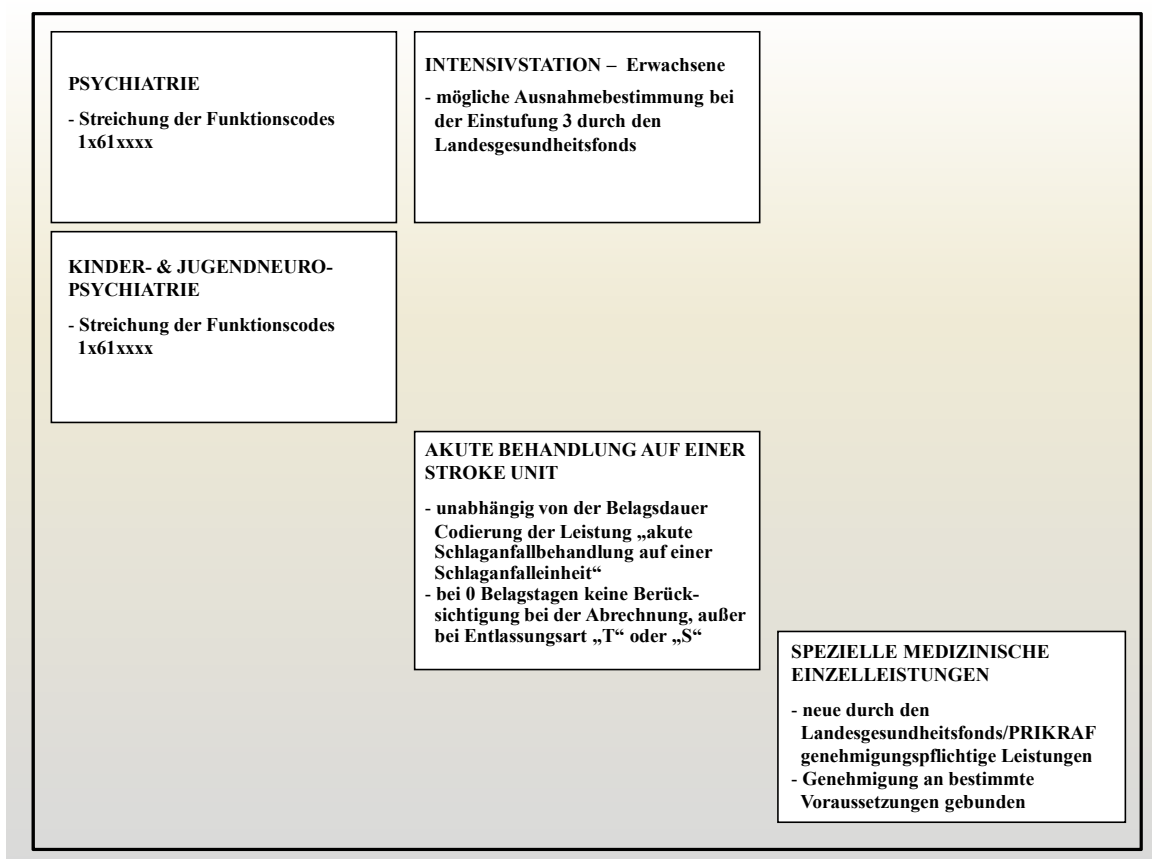


Abbildung 61: Änderungen der Sonderbereiche 2010

(Quelle: BMGFJ 2009a, S. 32 und S. 35 und 2010a, S. 11f.)

In der **Intensiveinheit für Erwachsene** besteht die Möglichkeit seitens des Landesgesundheitsfonds eine Ausnahme für die Einstufung in der Stufe 3 in der Intensivbehandlungseinheit zu erteilen (vgl. BMGFJ 2010a, S. 11). Dies ist dann möglich, wenn eine Intensivabteilung bzw. Intensivstation andere Krankenanstalten intensivmedizinisch mitversorgt und hierfür formale Vereinbarungen diese Mitversorgung regeln.

Im Bereich **Kinder- und Jugendneuropsychiatrie** und **Psychiatrie** wurde der Funktionscode FC 1x61xxxx Psychiatrie und Neurologie gestrichen (vgl. BMGFJ 2010a, S. 21 und S. 24, BMGFJ 2009a, S. 21 und 24). Bei der **tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie** und bei der **tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie** wurde folglich der Funktionscode FC 1x6185xx gestrichen (vgl. BMGFJ 2010a, S. 26 und 28).

Da im Bereich **Einheiten für die akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit)** die Krankenanstalten bis dato versuchten, ihre Erlöse zu maximieren, wurden folgende Änderungen vorgenommen. Es ist bei jedem Aufenthalt in einer Krankenanstalt die Leistung MEL26.02 unabhängig von der Belagsdauer zu dokumentieren (vgl. BMGFJ 2010a, S. 33). Beträgt der Belagstag jedoch 0 Tage, wird die Leistung nur mit der Entlassungsart „T“ und „S“ abgerechnet.

Weiters wurden noch fünf neue spezielle medizinische Einzelleistungen eingeführt:

- „Perkutane Destruktion peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung)“ (BMGFJ 2010a, S. 35)
- „Perkutane Destruktion vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)“
- „Perkutane interventionelle Pulmonalklappen-Implantation (LE=je Sitzung)“
- „Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe (LE=je Sitzung)“
- „Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung)“

Diese Leistungen sind vom Landesgesundheitsfonds bzw. PRIKRAF unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Health Technology Assessment-Berichte (HTA-Berichte) und unter Angabe des jeweiligen acht-stelligen Funktionscodes zu genehmigen (vgl. BMGFJ 2010a, 35). Für die Abrechnung jeder einzelnen oben genannten Leistung sind noch individuelle Voraussetzungen zu erfüllen.

Mit den Änderungen des **Tagesklinikmodells 2010** hat man auch im Jahr 2010 versucht, die Erlösmaximierung der Krankenanstalten einzudämmen. Im Tagesklinikmodell 2010 werden alle Fälle die nicht in einen tagesklinischen Fall, Fall mit der Entlassungsart „S“ oder „T“, Fall auf einen Sonderbereich oder Fall der Gruppe 22.xx eingestuft werden, mit der vollen Leistungskomponente und nicht mit 10% sondern mit 5% der Tageskomponente, die nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer nach unten berechnet wird, abgerechnet (vgl. BMGFJ 2010a, S. 44), wie in Abbildung 62 dargestellt.

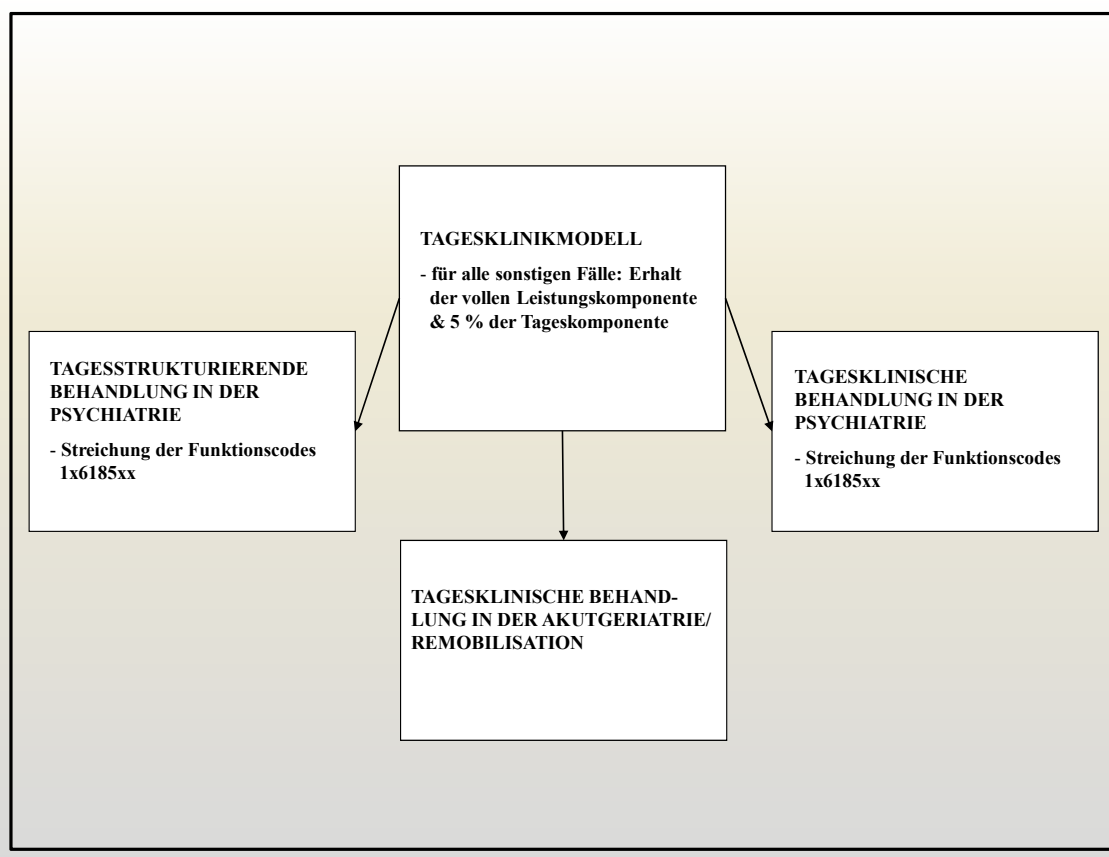


Abbildung 62: Änderungen des Tagesklinikmodells 2010

(Quelle: BMGFJ 2010a, S. 44)

5.3 Resümee

Für das Jahr 2009 wurden das LKF-System einer umfassenden Weiterentwicklung und die Kalkulationsgrundlagen einer aktuellen Neubewertung unterzogen. Diese Weiterentwicklung lässt sich sehr deutlich an den medizinischen Einzelleistungen, Hauptdiagnosegruppen, leistungsorientierten Diagnose-Fallgruppen, LDF-Fallpauschalen und den Belagsdauergrenzen erkennen, wie in den Abbildungen 54 und 55 und der Tabelle 13 dargestellt. Hingegen blieben diese Bereiche im Jahr 2010 eher unverändert und wurden nur notwendigen Wartungsmaßnahmen unterzogen.

Die Tabellen 22 bis 24 fassen diese Änderungen der HDG-, MEL- und LDF-Gruppen von 2009 und 2010 noch einmal zusammen. Es ist zu erkennen, dass beispielsweise in dem Bereich Chirurgie/Orthopädie für das Jahr 2009 lediglich Streichungen von MEL-Gruppen und LDF-Gruppen und Textänderungen von MEL-Gruppen vorgenommen wurden. Hingegen wurde für das Jahr 2010 für die Chirurgie/Orthopädie eine neue LDF-Gruppe eingeführt.

	Chirurgie / Orthopädie	Geriatric	Pathologie	Gynäkologie / Urologie
2009	52 neue LDF-Gruppen 4 MEL-Gruppen- Streichungen 32 LDF-Streichungen 1 HDG-Gruppen- Textänderungen 50 MEL-Gruppen- Textänderungen	-	-	19 neue LDF-Gruppen 3 HDG-Gruppen- Streichungen 13 LDF-Gruppen- Streichungen 1 MEL-Gruppen- Streichung 16 MEL-Gruppen- Textänderungen
2010	1 neue LDF-Gruppe	-	-	-

Tabelle 22: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Chirurgie/Orthopädie, Geriatric, Pathologie und Gynäkologie/Urologie von 2009 und 2010
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

	Kardiologie	Interne / Nephrologie / Pulmologie	Onkologie / Hämatologie	Strahlentherapie / Nuklearmedizin / Radiologie
2009	14 neue LDF-Gruppen 1 HDG-Gruppen- Streichung 1 MEL-Gruppen- Streichung 9 LDF-Gruppen- Streichungen 9 MEL-Gruppen- Textänderungen	28 neue LDF-Gruppen 3 HDG-Gruppen- Streichungen 16 LDF-Gruppen- Streichungen 3 HDG-Gruppen- Textänderungen	2 neue LDF-Gruppen 1 MEL-Gruppen- Streichung 4 LDF-Gruppen- Streichungen	4 neue LDF-Gruppen 2 LDF-Gruppen- Streichungen 1 MEL-Gruppen- Textänderung
2010	-	-	1 neue LDF-Gruppe	-

Tabelle 23: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Kardiologie, Interne/Nephrologie/Pulmologie, Onkologie/Hämatologie und Strahlentherapie/Nuklearmedizin/Radiologie von 2009 und 2010
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Die Tabelle 23 zeigt, dass die Bereiche Kardiologie, Interne/Nephrologie/Pulmologie, Onkologie/Hämatologie und Strahlentherapie/Nuklearmedizin/Radiologie für das Jahr 2009 an die Erfahrung der vergangenen Jahre und den Entwicklungen in der Medizin angepasst wurden. Für das Jahr 2010 bestand lediglich die Notwendigkeit den Bereich Onkologie/Hämatologie anzupassen.

In der Tabelle 24 ist wiederum zu erkennen, dass es sich bei dem Jahr 2009 um ein Hauptänderungsjahr handelt. Es wurden in den Bereichen Psychiatrie/Neurologie, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie und Augenheilkunde viele Änderungen vorgenommen. Beispielsweise wurden in der Psychiatrie/Neurologie 54 neue LDF-Gruppen eingeführt und 19 LDF-Gruppen gestrichen. Für das Jahr 2010 ergaben sich lediglich für die Bereiche Psychiatrie/Neurologie und Augenheilkunde minimale Änderungen.

	Psychiatrie / Neurologie	Hals-Nasen-Ohren	Dermatologie	Augenheilkunde
2009	54 neue LDF-Gruppen 2 HDG-Gruppen- Streichungen 2 MEL-Gruppen- Streichungen 19 LDF-Gruppen- Streichungen 4 HDG-Gruppen- Textänderungen	9 neue LDF-Gruppen 2 HDG-Gruppen- Streichungen 11 LDF-Gruppen- Streichungen 4 HDG-Gruppen- Textänderungen 8 MEL-Gruppen- Textänderungen	7 neue LDF-Gruppen 2 LDF-Gruppen- Streichungen	2 neue LDF-Gruppen 4 LDF-Gruppen- Streichungen 5 MEL-Textänderungen
2010	2 neue LDF-Gruppen	-	-	1 LDF-Gruppen- Streichung

Tabelle 24: Zusammenfassung der Änderungen der Sonderbereiche Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie und Augenheilkunde von 2009 und 2010
(Quelle: BMGFJ Excel Sheet LDF1997_2010)

Mit den Änderungen der Abrechnungsvoraussetzungen von Mehrfachleistungen wurde im Jahr 2009 versucht, dem Problem des „LDF-Point-Gathering“ entgegenzuwirken. Mit der Einführung detaillierter Kriterien bei der Unterbrechung von stationären Aufenthalten im Jahr 2010 sollte der Drehtüreffekt eingedämmt werden.

Für viele Sonderbereiche, wie z. B. der Akutbehandlung von neurologischen Patienten, der palliativmedizinischen Einrichtungen (PAL) oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJNP), ergab die umfassende Weiterentwicklung eine Erhöhung der LDF-Pauschalen. Aus dieser Entwicklung resultierte auch eine Erhöhung der LDF-Pauschalen aus den tagsklinischen Sonderbereichen tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie und in der tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation. Wie schon in den Jahren zuvor wurde die Abrechnung des Tagesklinikmodells sowohl im Jahr 2009 als auch im Jahr 2010 angepasst und versucht den Anreiz zur Erlösmaximierung der Krankenanstalten einzudämmen.

Das LKF-System für das Jahr 2010 blieb ausgenommen von ein paar notwendigen Änderungen, wie der Adaptierung der Dokumentation von stationären Aufenthalten, der

Weiterentwicklung der Abrechnung des Tagesklinikmodells und der Einführung von neuen speziellen medizinischen Einzelleistungen, unverändert.

6 Schlussfolgerung

Bereits bei der Erprobung des LKF-Systems im Jahr 1995 in Vorarlberg und 1996 in Niederösterreich wurde die Erfahrung gemacht, dass die Belagsdauer der Patienten in Krankenhäusern deutlich reduziert wurde, die Anzahl der Entlassungen am Freitag und die Anzahl der kürzeren Krankenhausaufenthalte stiegen, die Datenqualität in der Diagnose- und Leistungsdokumentation verbessert wurden (vgl. BMGFJ 1997b, S. 4). Durch die gesammelten Erfahrungen aus den Jahren 1997 und 1998 wurden die Belagsdauergrenzen für die Jahre 1998 und 1999 dementsprechend angepasst, wie in den Tabellen 2 und 3 dargestellt.

Nach den ersten Jahren wurde festgestellt, dass Krankenhäuser versuchten durch eine vorzeitige Entlassung und einer schnellen Wiederaufnahme anstelle von einem längeren Krankenhausaufenthalt zwei kürzere Krankenhausaufenthalte zu erzielen – dem sogenannten Drehtüreffekt (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 1999, S. 231 und Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 20f). Somit erhielten sie eine höhere Summe an LDF-Pauschalen. Diesem Problem wurde einerseits mit der Anpassung der Belagsdauergrenzen mittels dem Projekt „Nachkalkulation“ im Jahr 2002, wie in Tabelle 6 dargestellt, und andererseits mit der Einführung des Tageklinikmodells im Jahr 2002, welches unter Kapitel 4.1 „Systementwicklung für das Jahr 2002“ auf Seite 58 ff. beschrieben wurde, entgegenwirken (vgl. Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 21). Ein weiterer Versuch den Drehtüreffekt einzudämmen, erfolgte im Jahr 2010 mit der Einführung detaillierter Kriterien für die Unterbrechung von stationären Patienten. Jedoch wird der Drehtüreffekt nie zur Gänze beseitigt werden können, da hierfür die ganze Patientenhistorie auf einmal abrechnen werden müsste. Das Tagesklinikmodell inklusive der tagesklinischen und tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie und der tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie wurden über die Jahre hindurch verbessert und weiterentwickelt.

Ein weiteres Problem zu Beginn der Einführung des Systems ergab sich bei der Abwälzung der Kosten auf andere Krankenhäuser (vgl. Schaffhauser-Linzatti und Rauner 2008, S. 22). Es wurden Patienten in andere Krankenhäuser transferiert, erhielt jedoch trotzdem die gesamte

LDF-Pauschale und musste nicht die Gesamtkosten für die bereits erbrachten Leistungen übernehmen. Dieses Problem trat häufig bei Patienten mit der Diagnose Schlaganfall auf. Dementsprechend wurde im Jahr 2000 versucht mit der Einführung der medizinischen Einzelleistung MEL28.02 „Akutbehandlung auf einer Stroke unit“, welche unter Kapitel 3.3 „Systementwicklung für das Jahr 2000“ auf Seite 44, entgegenzuwirken. Für die Einstufung eines Patienten auf dieser MEL-Gruppe ist die Genehmigung der Landeskommission und die Erfüllung der 16 Richtlinien notwendig (vgl. BMGFJ 2000a, S. 18).

In dem Zeitraum von 1998 bis 2001 wurden im Wesentlichen die Sonderbereiche Intensivstation und der Psychiatrie weiterentwickelt. Weiters wurde im Jahr 2001 der Diagnoseschlüssel ICD-9 von dem Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSG 2001 abgelöst. In dem Zeitraum von 2002 bis 2008 wurden mit der Einführung des Euros im Jahr 2002 sowohl die LDF-Gesamtpauschalen als auch die Tages- und Leistungskomponenten dementsprechend angepasst. In diesem Abschnitt lag das Hauptaugenmerk eindeutig bei der Entwicklung der Intensivstation, der Einführung des Tagesklinikmodells und anderen Sonderbereichen wie beispielsweise palliativmedizinischen Einrichtungen, Akutgeriatrie/Remobilisation und Departments für Psychosomatik und Psychotherapie. Diese Änderungen wurden vorgenommen, um die Erlösmaximierung der Krankenanstalten einzudämmen.

Für die Jahre 2009 und 2010 erfolgte eine Bereinigung der Belagstagskosten was wiederum zu einer Adaptierung der LDF-Gesamtpauschalen, Tageskomponenten und Leistungskomponenten führte, wie in Tabelle 19 dargestellt. Die bereinigten Belagstagskosten hatten auch Auswirkung auf die Tagespauschalen einiger Sonderbereiche wie beispielsweise der palliativmedizinischen Einrichtungen oder der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Das Problem des LDF-Point-Gathering wurde im Jahr 2009 versucht mit den Änderungen der Abrechnungskriterien für Mehrfachleistungen unter Kontrolle zu bekommen. Der Anreiz zur Erlösmaximierung für Krankenanstalten war bis 2010 speziell im Bereich des Tagesklinikmodells zu sehen. Dementsprechend versuchte man mit der Adaptierung der Abrechnungsvoraussetzung diesem Problem stetig entgegenzuwirken. Im Jahr 2010 wurde

außerdem versucht, mit der Einführung von detaillierten Kriterien bei der Unterbrechung von stationären Patienten den Drehtüreffekt zu beseitigen.

Da sich die Medizin und die dazugehörigen Technologien über die Jahre hinweg fortlaufend weiterentwickelt haben, wurde das System an diese Entwicklungen angepasst. Das Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend vereinbarte daher, dass das LKF-System in den Jahren 1998, 2002 und 2009 einer umfassenden Weiterentwicklung unterzogen wurde (vgl. BMGFJ 2008a, S. 5). In den anderen Jahren sollte das System nur an aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen angepasst werden. Diese drei Hauptänderungsjahre lassen sich fortlaufend in den Bereichen Hauptdiagnosegruppen, medizinische Einzelleistungsgruppen und leistungsorientierte Diagnosefallgruppen, LDF-Pauschalen, Belagsdauergrenzen und den Sonderbereichen erkennen. Die anschließende Tabelle 15 zeigt die Änderungen der HDG-, MEL- und LDF-Gruppen von 1997 bis 2010.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MEL-Nr.														
MEL-Gruppen	141	158	171	173	179	188	191	205	209	213	213	213	204	204
LDF-Gruppen	320	324	342	346	354	367	374	398	407	414	415	423	427	429
ICD-9 Code					ICD-10 Code									
HDG-Gruppen	253	250	249	249	249	230	230	230	230	230	230	230	219	219
LDF-Gruppen	596	524	522	521	518	475	476	476	476	476	476	477	552	553
Gesamt-LDF-Punkte	916	848	864	867	872	842	850	874	883	890	891	900	979	982

Tabelle 25: Überblick über die Änderungen von HDG-Gruppen, MEL-Gruppen und LDF-Gruppen von 1997 - 2010
(Quelle: BMGFJ 1997a-2005a, S. 4f.; BMGFJ 2006a, S. 5f.; BMGFJ 2007a-2010a, S.7f.)

Für die Zukunft wurde vom Bund und den Bundesländern beschlossen, dass das LKF-Modell im Kernbereich abgesehen von aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Maßnahmen weitgehend über mehrere Jahre unverändert bleiben soll (vgl. BMGFJ 2010 b, S.

20). Besteht die Notwendigkeit einer entscheidenden Modelländerung, soll diese nur über in einem im Voraus festgelegtem LKF-Änderungsjahr erfolgen. Es wurde weiters vereinbart, dass folgende Themenschwerpunkte für die Weiterentwicklung zu bearbeiten und zu finalisieren sind:

- „Weiterentwicklung des Regelwerks zur Bepunktung und Plausibilitätsprüfung und Berücksichtigung im EDV-Tool „KDok“ zur Datenqualitätsprüfung und Abrechnung
- Pilotprojekt zur Weiterentwicklung der Dokumentation und Einstufungskriterien für Intensiveinheiten im Hinblick auf Vereinfachung
- Leistungserbringung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (z.B. Medikamente)“ (BMGFJ 2010b, S. 20)

Aufgrund einer immer stärkeren internationalen Orientierung des österreichischen LKF-Systems liefern laufende Beobachtungen und die Berücksichtigung entsprechender Entwicklungen im Ausland sowie die Auseinandersetzung mit Dokumentationsgrundlagen und Finanzierungsmodellen vor allem im deutschsprachigen Raum eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung des LKF-Systems (vgl. BMGFJ 2010b, S. 21).

Abschließend ist zu erwähnen, dass das leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem aufgrund des laufenden medizinischen und technischen Fortschritts laufend adaptiert werden muss.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 1997a): LKF Modell 1997, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 1997b): LKF Systembeschreibung 1997, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 1998a): LKF Modell 1998, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 1998b): LKF Systembeschreibung 1998, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 1999a): LKF Modell 1999, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 1999b): LKF Systembeschreibung 1999, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2000a): LKF Modell 2000, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2000b): LKF Systembeschreibung 2000, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2001a): LKF Modell 2001, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2001b): LKF Systembeschreibung 2001, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2001c): LKF Medizinische Dokumentation, 2001, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2002a): LKF Modell 2002, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2002b): LKF Systembeschreibung 2002, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2002c): LKF Änderungen gegenüber Modell 2001 im Überblick, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2003): LKF Modell 2003, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2004a): LKF Modell 2004, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2004b): LKF Änderungen gegenüber Modell 2003 im Überblick, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2004c): Die Funktionsweise des österreichischen LKF-Systems, 1. Auflage, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2005a): LKF Modell 2005, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2005b): LKF Systembeschreibung 2005, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2005c): LKF Änderungen gegenüber Modell 2004 im Überblick, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2006a): LKF Modell 2006, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2006b): LKF Systembeschreibung 2006, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2006c): LKF Änderungen gegenüber Modell 2005 im Überblick, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2007a): LKF Modell 2007, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2007b): LKF Systembeschreibung 2007, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2007c): LKF Änderungen gegenüber Modell 2006 im Überblick, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2008a): LKF Modell 2008, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2008c): LKF Änderungen gegenüber Modell 2007 im Überblick, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2009a): LKF Modell 2009, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2009b): LKF Änderungen und Neuerungen im Modell 2009, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2010a): LKF Modell 2010, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2010b): LKF Systembeschreibung 2010, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend (BMGFJ, 2010c): LKF Änderungen und Neuerungen im Modell 2010, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend: Excel Sheet LDF1997_2010

Dienesch S.; Heitzenberger G. (1997) Krankenanstaltenfinanzierung 9 mal anders. *Österreichische Krankenhauszeitung* 38, 12/1997, 5-8.

Forum Land (2010): Gesundheitsleitlinie 2010, Regionale Gesundheitsversorgung mit Zukunft, Wien.

Hofmarcher, M.M.; Riedel, M. (2001) Gesundheitsausgaben in der EU: Ohne Privat kein Staat, Schwerpunktthema: Das österreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neun Systeme? *Health System Watch*, 1/Frühjahr, Institute for Advanced Studies Vienna, Austria.

Hofmarcher, M.M.; Paterson, I.; Riedel, M. (2002) Measuring Hospital Efficiency in Austria – A DEA Approach. *Health Care Management Science* 5, 7-14.

Hofmarcher, M.M.; Lietz, C.; Schnabl, A. (2005) Inefficiency in Austrian Inpatient Care: Identifying Ailing Providers Based on DEA Results. *Central European Journal of Operations Research* 13, 341-363.

Leonard, K.; Rauner, S.M.; Schaffhauser-Linzatti, M.M. et al. (2003) The effect of funding policy on day week admissions and discharges in hospitals: the cases of Canada and Austria. *Health Policy* 63, 239-257.

Neugebauer, G.; Demmler, G. (1991) Bausteine eines rationale Krankenhausvergütungssystems. In: Neugebauer, G.; Siegen, G. (Hrsg.), *Alternative Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung*. Bleicher, Gerlingen, 13-42.

Rauner, M.S.; Schaffhauser-Linzatti, M.M. (1999) Evaluation of the new Austrian Inpatient Reimbursement System. In: De Angelis, V., Ricciardi, N., Storch, G. (Hrsg.), *Monitoring, Evaluating, Planning Health Services, Proceedings of the 24th meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services, Rome, Italy 19-24, 1998*. World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., Singapore, 221-233.

Rauner, M.S.; Schaffhauser-Linzatti, M.M. (2001) Interplay between In-Patient Reimbursement Systems and Healthcare Technology Management: the Austrian Case. *International Journal Healthcare Technology and Management* 3, 1-23.

Rauner, M.S.; Schaffhauser-Linzatti, M.M. (2002) Impact of the new Austrian inpatient payment strategy on hospital behavior: a system-dynamics model. *Socio-Economic Planning Sciences* 36, 161-182.

Rauner, M.S.; Zeileis, A.; Schaffhauser-Linzatti, M.M. et al. (2003) Modelling the effects of the Austrian inpatient reimbursement system on length-of-stay distributions. *OR Spectrum* 25, 183-206.

Rauner, M.S. (2007) Ein Rückblick auf die Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung in Österreich von 1997-2006 unter Berücksichtigung der Anreizwirkung auf Krankenhäuser. In: Bräunig, D.; Greiling, D. (Hrsg.) *Stand und Perspektiven der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, Festschrift für Professor Dr. Peter Eichhorn*. 1. Berliner WissenschaftsVerlag, Berlin, 120-128.

Rauner, M.M. (2009) Inpatient Reimbursement Systems – Part I, Folien aus dem VK Health Care Financial Management, Universität Wien, Institut für Betriebswirtschaftslehre, Lehrstuhl für Innovations- und Technologiemanagement.

Schaffhauser-Linzatti, M.M.; Rauner, M.S. (2008) Quo vadis Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung? Österreichische Erfahrungen und Perspektiven. In Schauer, R., Helmig, B., Putschert, R., Wirt, D. (Hsrg.) *Steuerung und Kontrolle in Nonprofit-Organisationen, 8. Colloquium der NPO-Forscher im deutschsprachigen Raum*. Johannes Kepler Universität Linz, 17.-18. April 2008, 335-364.

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*, Vol. 17(3), 293-314.

Sebek, Walter, Entwicklung des LKF-Systems 1997-2009.
http://www.prikraf.at/forum/lkf2009/pdf/Beitrag_Sebek.pdf [Zugriff am 05.10.2009].

Sommersguter-Reichmann, M. (2000) The impact of the Austrian hospital financing reform on hospital productivity: empirical evidence on efficiency and technology changes using a non-parametric input-based Malmquist approach. *Health Care Management Science* 3, 309-321.

Sommersguter-Reichmann, M. (2003) Analysing hospital productivity changes using non-parametric approaches. *OR Spectrum* 25, 145-160.

Anhang 1: Deutsche Zusammenfassung

Das österreichische LKF-System wurde im Jahr 1997 mit dem Ziel die enorme Kostensteigerung des vorhergehenden Pflegetagsvergütungssystems einzudämmen eingeführt. Weiters sollten die Belagsdauer und unnötige Mehrfachleistungen reduziert und ein Anreiz zu internen Rationalisierungsmaßnahmen geschaffen werden. Das LKF-System ist in zwei Bereiche unterteilt: LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich. Der Kernbereich ist in jedem Bundesland einheitlich, hingegen kann jedes Bundesland seinen Steuerungsbereich individuell gestalten.

Im Kernbereich werden die Leistungen nach sogenannten medizinischen Einzelleistungen und Hauptdiagnosegruppen eingeteilt. Diese lassen sich wiederum in leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF-Gruppe) unterteilen. Je nach LDF-Gruppe erhält eine Krankenanstalt für eine Leistung eine bestimmte LDF-Pauschale. Für jede LDF-Gruppe wurde eine Belagsdauerobergrenze und -untergrenze festgelegt. Ist ein Aufenthalt kürzer als die dafür vorgesehene Belagsdaueruntergrenze, wird die LDF-Pauschale nach der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes berechnet. Ist ein Aufenthalt jedoch länger als die vorgesehene Belagsdauerobergrenze, wird für jeden weiteren Tag außerhalb der Obergrenze eine degressive Pauschale berechnet.

Die Sonderbereiche halbstationäre Psychiatrie-Bereich, Akutnachbehandlung von neurologischen Patienten, Einheiten der medizinischen Geriatrie, welche später durch die Remobilisation / Nachsorge (RNS) abgelöst wurde, Akutgeriatrie / Remobilisation (AG/R), Palliative Einrichtungen (PAL), Stationen mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO), Intensiveinheiten, Tagesklinikmodell inklusive tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlungen in der Psychiatrie und tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie / Remobilisation werden nach wie vor mit Tagessätzen abgerechnet.

Die Abrechnung von den speziellen medizinischen Einzelleistungen Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (KJNP), Psychiatrie, Einrichtungen zur Alkohol- und Drogenentwöhnung, Behandlung auf einer Stroke unit und Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch CT-gezielte Punktion mit Ballonkatheter erfolgt nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen.

Nach ersten Erfahrungen wurden die LDF-Pauschalen, Tagessätze für die oben genannten Spezialbereiche und die Abrechnungsvoraussetzungen im Jahr 1998 das erste Mal einer Aktualisierung und Weiterentwicklung unterzogen. In dem Jahr 2002 wurde das LKF-System mit dem Projekt „Nachkalkulation“ und in dem Jahr 2009 mit einer umfassenden Weiterentwicklung aktualisiert und verbessert. Die anderen Jahre blieb das System bis auf aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Anpassungen unverändert.

Anhang 2: Englische Zusammenfassung

The Austrian LKF System was implemented in 1997 with the goal of curbing the massive cost increases of the previous *Pflegetagsvergütungssysteme*. Additionally, it was intended to reduce hospital stays and additional unnecessary services while providing an incentive for internal rationalization measures. The LKF System is divided into two parts: the LKF Core and the LKF Regulation Part. The Core Part is uniform throughout the federal states whereas each federal state may individualize its own Regulation Part.

In the Core Part, medical services are categorized by individual medical performance (MEL-Groups) and main diagnostic groups (HDG-Groups). These categories can be further subdivided into service-oriented diagnosis groups (LDF Groups). One receives a pre-determined fixed payment called LDF-Points depending on the LDF Group. An upper and lower bound for the length of stay has been fixed for every LDF Group. If a hospital stay is less than the minimum stay, then the LDF fixed rate will be based on the actual amount stayed. However, if the stay is longer than the upper bound, then the fixed rate shall be gradually reduced for each further day outside the upper bound.

Certain special categories will continue to be accounted for with per diem rates. These include: semi-inpatient psychiatry, acute after-care of neurological patients, certain units of geriatrics which were later replaced by remobilization and aftercare (RNS), palliative arrangements (PAL), stations focused on psychosomatics and psychiatry (PSO), intensive care, model day hospitals including day-hospitals and day-structured treatments in psychiatrics and day-hospital treatments in acute geriatrics and remobilization.

The accounting of other special medical performances requires the satisfaction of specific prerequisites. These special categories are children's and youth neuropsychiatry (KJNP), psychiatry, alcohol and drug rehabilitation, stroke unit treatment, and straightening and the restoration of the spinal chord through CT-targeted puncture with a balloon catheter.

In 1998, the accounting prerequisites and the LDF fixed rates for the above-described special categories were updated and developed for the first time. The LKF system was updated and improved in 2002 with the Project “Nachkalkulation“ and in 2009 with a comprehensive development program. In the remaining years, the system remained relatively unchanged except for medically and economically necessary adaptations.

Anhang 3: Curriculum Vitae

Name: Sabrina Herndl

Geburtsdatum: 7. Jänner 1982

Geburtsort: Wien

Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung:

Schule: 1998 – 1992 Volksschule Landsteinergaase

1992 – 1996 Bundesrealgymnasium Wien XVI

1996 – 2000 Bundesoberstufenrealgymnasium Wien I

Universität: 2000 – 2007 Bakkalaureatsstudium der Betriebswirtschaft am
Betriebswirtschaftszentrum der Universität Wien

ab 2007 Magisterstudium der Betriebswirtschaft am
Betriebswirtschaftszentrum der Universität Wien

Anhang 4: Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, 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 noch nicht veröffentlicht.

Wien, am