

Bericht an den Gemeinderat

Bearbeiterin: Gertrude Kettner

BerichterstellerIn:

Graz, am 2.4.2012

GZ.: KFA_K_42_2003_20

Sonderklassevereinbarungen
mit den Grazer Privatkliniken
bzw. Sanatorien
(Graz-Ragnitz, Kreuzschwestern, Leech,
Hansa, St. Leonhard, Kastanienhof)
gültig ab 1.3.2012

Seit 1.7.2003 bestehen zwischen allen Grazer Privatkliniken und der KFA Übereinkommen, welche die Direktverrechnung von Kosten für stationäre Aufenthalte in der Sonderklasse Mehrbettzimmer (2. Klasse) für KFA-Anspruchsberechtigte, die dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören, zum Inhalt haben.

Diese Übereinkommen werden über Antrag der Privatkliniken jeweils den zwischen den Kliniken und dem Verband der privaten Krankenversicherungsträger ausverhandelten Verträgen angepasst.

Nunmehr sind die Privatkliniken Ragnitz und Kastanienhof sowie das Sanatorium Hansa an die KFA herangetreten und haben um Adaptierung der seit 1.3.2011 gültigen Vereinbarung ersucht, da rückwirkend mit 1.1.2012 neue Tarife mit dem Verband der privaten Krankenversicherungsträger ausverhandelt wurden.

Die neue Vereinbarung mit der KFA soll mit 1.3.2012 in Kraft treten und bis 31.12.2012 Gültigkeit haben. Die Änderungen betreffen ausschließlich den tariflichen Bereich. Erhöhungen gibt es beim Tarif für das Zweibettzimmer, welcher von bisher tgl. € 142,50 auf tgl. € 149,34 (+ 4,8 %) angehoben wird, bei den technischen Pauschalen konservativ um 5 %, bei den Honoraren konservativ um 10 %, bei den technischen Pauschalen operativ um 6,6 % und bei den Honoraren operativ um 3 %. Das Geburtenpauschale bei Entbindungen wird um 3 % angehoben. Neu ist die Position „Erstkonsilium“, für welche ein Honorar von € 70,-- je Fachrichtung und Fall verrechnet werden kann.

Nicht erhöht werden die Tarife für Folgekonsilien (€ 53,04), für die Begleitperson, für den Qualitätsbonus, für Coloskopien und für die endoskopisch retrograde Cholangio-Pancreaticographie (ERCP). Die Tarife für Kataraktoperationen werden um 3 % für den Hausanteil bzw. 7 % für das Arzthonorar herabgesetzt.

b.w.

Um KFA-Anspruchsberechtigten, die dem Fonds für ZL angehören, auch weiterhin stationäre Aufenthalte in der 2. Gebührenklasse der Privatklinik Graz-Ragnitz zu ermöglichen, stellt der Ausschuss der KFA den

Antrag

der Gemeinderat wolle die einen integrierenden Bestandteil dieses Beschlusses bildende und in der Beilage A angeschlossene Vereinbarung, abgeschlossen zwischen der Privatklinik Graz-Ragnitz GmbH. in 8047 Graz, Berthold-Linder-Weg 15, der Privatklinik der Kreuzschwestern GmbH. in 8010 Graz, Kreuzgasse 35, der Privatklinik Leech GmbH. in 8010 Graz, Hugo-Wolf-Gasse 2-4, der Sanatorium Hansa Ges.m.b.H. in 8010 Graz, Körblergasse 42, der Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe GmbH. in 8010 Graz, Schanzelgasse 42 und der Privatklinik Kastanienhof GmbH. in 8052 Graz, Gritzenweg 16, einerseits und der Stadt Graz für die Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz andererseits, mit Wirksamkeit 1.3.2012 beschließen.

Beilage A

Die Sachbearbeiterin:

Der Abteilungsvorstand:

Gertrude Kettner eh.

Mag. Klaus Frölich eh.

Der Vorsitzende des
Ausschusses der KFA:

Harald Hansmann eh.

Vorberaten und angenommen in der
Sitzung des Ausschusses der
Krankenfürsorgeanstalt

am:

Der Vorsitzende:

(Harald Hansmann)

V E R E I N B A R U N G

abgeschlossen

zwischen der

Privatklinik Graz Ragnitz GmbH als Rechtsträger der Privatklinik Graz Ragnitz

8047 Graz, Berthold-Linder-Weg 15, im Folgenden kurz "Krankenanstalt" genannt

und der

**Stadt Graz für die Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten
der Landeshauptstadt Graz**

8011 Graz, Schmiedgasse 26, im Folgenden kurz "KFA" genannt

**über die direkte Verrechnung von Leistungen in der Sonderklasse Mehrbettzimmer für
Anspruchsberechtigte der KFA, die dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.**

A. Grundsätze

1. Gegenstand der Vereinbarung

Diese Vereinbarung legt die Rahmenbedingungen fest, nach denen medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen von entsprechend anspruchsberechtigten Personen in der Krankenanstalt direkt zwischen der KFA und der Krankenanstalt abgerechnet werden.

2. Allgemeines

2.1. Medizinische Notwendigkeit

Von der Vereinbarung umfasst sind nur medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in der Krankenanstalt. Grundlage für die Entscheidung ist die die Aufnahme begründende Diagnose/Therapie.

Die Frage, ob eine stationäre Behandlung in der Krankenanstalt medizinisch notwendig ist bzw. für welche Dauer, ist nach objektiven rein medizinischen Maßstäben zu beantworten.

Kein Leistungsgegenstand der KFA sind:

- Kosmetische Behandlungen
- Maßnahmen der Rehabilitation
- Pflegefälle
- Behandlungen in Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften
- Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

Darüber wurden die Anspruchsberechtigten durch die KFA in Kenntnis gesetzt.

2.2. Anforderungsprofil für die Sonderklasse

Von der Vereinbarung umfasst sind weiters nur stationäre Heilbehandlungen, bei denen die im Punkt C. 1. festgelegten Qualitätskriterien erfüllt werden.

2.3. Ärztliche Leistung

PatientInnen der Sonderklasse haben nach Maßgabe der organisatorischen Gegebenheiten die Möglichkeit, von einer Fachärztin/einem Facharzt ihrer Wahl behandelt und betreut zu werden.

2.4. Tagesklinische Behandlungen

Für den Fall, dass auch eine Tagesklinik-Vereinbarung besteht, gilt der Inhalt der stationären Vereinbarung sinngemäß, außer die Tagesklinik-Vereinbarung sieht abweichende Regelungen vor.

2.5. Ambulante Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

2.6. Pflichtversicherungen

Bei Anspruchsberechtigten, deren Pflichtversicherung auch Leistungen der Sonderklasse erbringt, wird für alle Honoraranteile dieser Vereinbarung ein Abschlag von

30 % berechnet. Dieser Abschlag entfällt beim Konsiliarhonorar (gem. Pkt. B.4) und beim Honoraranteil der Spontangeburt (gem. Pkt. B.5.1), da die KFA für diese Leistungen kein Honorar an die Ärztinnen/Ärzte bezahlt.

2.7.

Systematisch falsch oder gar nicht aufgeschlüsselte oder nicht vertragskonform erstellte Rechnungen können aus verwaltungstechnischen Gründen nicht bearbeitet werden und werden an den Rechnungssteller retourniert, ausgenommen Honoraraufteilungen gemäß Punkt B.1.2..

2.8.

Alle in dieser Vereinbarung angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

2.9.

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen.

3. Verrechnung

3.1.

Die KFA wird für ihre Anspruchsberechtigten bei gegebenem Leistungsanspruch Hauskosten und Honorare, in der Folge kurz "Kosten" genannt, sowie die verrechenbaren Kosten für eine Begleitperson von Kindern nach Maßgabe dieser Vereinbarung mit der Krankenanstalt direkt verrechnen, sofern sie für die jeweilige stationäre Heilbehandlung eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat.

3.2. Die Kostenübernahmeerklärung lautet:

3.2.1. Übernahme der Aufzahlungskosten der Sonderklasse – Zweibettzimmer für KFA-Anspruchsberechtigte.

3.2.2. Übernahme der vollen Kosten für eine Begleitperson laut B.2.1.3..

3.3.

Die Kostenübernahmeerklärung kann in der Regel von der Patientin/vom Patienten vor der Aufnahme in stationäre Behandlung vorgelegt werden. Ansonsten muss sie von der Krankenanstalt unverzüglich bei der Aufnahme bei der KFA schriftlich angefordert werden.

Hiebei sind folgende Mindestangaben erforderlich:

(Datensatz laut ÖNORM K2201-1), das sind:

- Krankenanstalt (Identnummer und Anstaltsart),
- Leistungserbringerin/Leistungserbringer (Ärztin/Arzt mit Identnummer und Fach),
- Patientin/Patient (Mitglieds- und Sozialversicherungsnummer, Familien- und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Begleitperson),
- Aufnahmezeiten (Aufnahmezahl, Datum, Art der Unterbringung und Zimmer-Nr.) sowie

- Medizinische Daten (Diagnose, frühere/geplante Untersuchungen und Therapien).

Unter Zugrundelegung dieser Angaben verpflichtet sich die KFA, unverzüglich, d.h. nach Möglichkeit am Tage der Anforderung, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Anforderung folgenden Werktages (außer Samstag), schriftlich entweder die Kostenübernahmeerklärung auszustellen, nähere Informationen bei der Krankenanstalt einzuholen oder mitzuteilen, dass kein Leistungsanspruch gegeben ist.

Wenn Informationen eingeholt werden, wird die Frist für die Abgabe der Stellungnahme der KFA bis zur Erteilung der Information gehemmt. Nach Eingang der vollständigen Informationen ist die Stellungnahme wie vorstehend abzugeben.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung nur für eine begrenzte Zeitdauer abgegeben und ergibt sich aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit einer Verlängerung der stationären Heilbehandlung, so ist nach Möglichkeit drei Werktage vor Ablauf der Zeitdauer, für die die Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, spätestens aber am vorletztem Werktag (außer Samstag), eine neue Kostenübernahmeerklärung anzufordern. Die KFA hat die Anforderung dieser Kostenübernahmeerklärung nach den oben festgelegten Grundsätzen zu behandeln.

Die Krankenanstalt wird die PatientInnen bzw. deren Angehörige in geeigneter Weise über die Art der Kostenübernahme der KFA informieren, insbesondere dann, wenn die KFA die Kosten nicht/nicht mehr oder nicht in voller Höhe (mit Begründung) übernimmt.

3.4.

Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt nach der Entlassung der Patientin/des Patienten aus der Krankenanstalt. (Bei einem mehrzeitigen Behandlungskonzept erfolgt die Rechnungslegung nach Abschluss der mehrzeitigen Behandlung, spätestens jeweils nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes).

3.4.1.

Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

Als Zahlungsfrist wird ein Zeitraum von 6 Wochen ab Einlangen der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der KFA vereinbart.

3.4.2.

Im Falle eines Zahlungsverzuges können Verzugszinsen für den aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag in Höhe von 3 Prozentpunkten p.a. über dem zum Rechnungsdatum gültigen, von der ÖNB veröffentlichten, 3-Monats-EURIBOR in Rechnung gestellt werden.

3.4.3.

Wenn für die Abrechnung begründet, zusätzliche medizinische Informationen, über die die Krankenanstalt oder die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt verfügen, erforderlich sind, tritt vom Tage der Anforderung der erforderlichen Informationen durch die KFA bis zum Zeitpunkt der Übermittlung der Informationen an die KFA Fristhemmung ein. Diese Anforderung versteht sich in der Regel als einmalige Anforderung pro Fall.

3.4.4.

Die Vertragsparteien streben in gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufenthalten von den dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehörenden Personen im Sinne dieser Vereinbarung, spätestens 12 Monate nach Beendigung des jeweiligen Aufenthaltes abzuschließen. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien folgende Vorgangsweise:

3.4.4.1.

Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die Rechnung über den jeweiligen Aufenthalt binnen 8 Wochen nach Beendigung des Aufenthaltes an die KFA abzusenden.

3.4.4.2.

Sofern eine Abgabefrist von 6 Monaten nicht eingehalten wird, gilt der Anspruch der Krankenanstalt gegenüber der KFA als erloschen.

3.4.4.3.

Die KFA hat die Rechnung binnen 6 Monaten ab Einlangen entweder dadurch zu erledigen, dass Zahlung geleistet wird (ausschlaggebend ist das Datum des Überweisungsbeleges) oder dass binnen 6 Monaten eine als solche ausdrücklich bezeichnete „endgültige Ablehnung“ schriftlich (auch via Fax oder e-mail) an die Krankenanstalt abgesendet wird.

3.4.4.4.

Sofern und soweit binnen der sechsmonatigen Frist weder die Überweisung vorgenommen, noch eine ausdrückliche schriftliche, endgültige Ablehnung an die Krankenanstalt versendet worden ist, gilt die Rechnung ausdrücklich und unwiderruflich als seitens der KFA anerkannt und kann gegen den geltend gemachten Anspruch kein wie immer gearteter Einwand erhoben werden (Präklusion des Einspruchsrechts).

3.4.4.5.

Binnen 4 Monaten nach Einlangen einer, als solche bezeichneten „endgültigen Ablehnung“ hinsichtlich des ganzen in Rechnung gestellten Betrages oder hinsichtlich eines Teiles davon, ist die Krankenanstalt berechtigt, das Schlichtungsverfahren hinsichtlich des Anspruches einzuleiten. Diese Frist ist gewahrt, wenn diese Sachverhaltsdarstellung schriftlich innerhalb innerhalb der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.4.6.

Wird eine gänzlich oder teilweise durch „endgültige Ablehnung“ seitens der KFA abgelehnte Rechnung nicht binnen 4 Monaten bei der Schlichtung eingebracht, erklärt damit die Krankenanstalt gegenüber der KFA den Verzicht auf die in Rechnung gestellten, aber „endgültig abgelehnten“ Beträge.

3.4.5.

Nachverrechnungen sollen nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden und können nur innerhalb von 12 Monaten ab Beendigung eines Aufenthaltes eingebracht werden. Sollte es

zu Nachverrechnungen kommen, die von der Krankenanstalt bzw. von den ÄrztInnen veranlasst worden sind, ist die KFA berechtigt, der Krankenanstalt für den sich dadurch ergebenden Verwaltungsaufwand als Bearbeitungsgebühr pro Rechnung den in Punkt D. 2. angeführten Betrag in Rechnung zu stellen. Die Kosten für von ÄrztInnen veranlasste Nachverrechnungen können von der Krankenanstalt weiterverrechnet werden.

3.4.6.

Die Abrechnung hat zu enthalten:

- a) Mitgliedsnummer
- b) Familien- und Vorname sowie Geburtsdatum und Geschlecht der Patientin/des Patienten.
- c) Sozialversicherungsträger
- d) Sozialversicherungsnummer
- e) Zimmernummer, wenn nicht ident mit Aufnahmeanzeige
- f) Aufenthaltsdauer (Anzahl der Verpflegungstage und Daten des Aufnahme- und Entlassungstages)
- g) Entlassungsart (insbesondere zum frühzeitigen Erkennen von Transferfällen)
- h) Haupt- und zusätzliche Diagnosen
- i) Art des operativen Eingriffes bzw. durchgeführte Behandlung (Medizinische Einzelleistungen/Arztbrief/OP-Bericht)
- j) Detaillierte Angaben über Hauskosten und Honorare

4. Kosten

4.1.

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) und technische Fächer sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, das für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von den HauptbehandlerInnen angeordnet werden und die Leistung von einer Ärztin/von einem Arzt mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.2.

Da die Krankenanstalt keine medizinisch abgeschlossenen Fachabteilungen hat, sondern ein offenes Belegkrankenhaus ist, kann die Übernahme von anderen HauptbehandlerInnen nur bei einer geänderten Hauptdiagnose und einer dadurch erforderlichen Änderung des medizinischen Fachgebietes erfolgen. In diesen Fällen wird die Weiterbehandlung bezüglich des Hauptbehandlungshonorars als Neuaufnahme honoriert, und zwar wie in einem Transferierungsfall in einem öffentlichen Krankenhaus. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, in einem solchen Fall, der KFA unverzüglich schriftlich Mitteilung zu machen.

Im Falle einer Transferierung von einer öffentlichen Krankenanstalt oder einer anderen Privatkrankenanstalt ist sinngemäß vorzugehen. Wird aber nach einer solchen Transferierung die in der übergebenden Krankenanstalt begonnene Behandlung fortgesetzt,

so ist hinsichtlich der Hauskosten und Honorare von einem durchgehenden Behandlungsfall auszugehen. Dies auch dann, wenn mit der Transferierung ein Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes verbunden ist. Die KFA bezahlt bei durchgehenden Behandlungsfällen keine Pflage tage doppelt, d.h. sollte seitens der abgebenden Krankenanstalt der Transferierungstag verrechnet werden, so geht dieser zu Lasten der aufnehmenden Krankenanstalt.

4.3.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten A.3.2.1. und A.3.2.2. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.3.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Punkt B.

4.3.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2002 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt B.3.2. bis B.3.5..

5. Behandlung durch BelegärztInnen

Die Krankenanstalt verpflichtet sich auf die bei ihr tätigen ÄrztInnen einzuwirken, dass die grundsätzlichen und honorarrelevanten Inhalte eingehalten werden (das sind neben der Honorarordnung insbesondere die Schlichtungsklausel).

Die Krankenanstalt erkennt an, dass sie für die von den BelegärztInnen veranlassten und durchgeführten medizinischen Eingriffen und Behandlungen abrechnungstechnisch verantwortlich ist. Sie wird deshalb die BelegärztInnen verpflichten, genaue Aufzeichnungen über die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu führen.

6. Mehrkosten

6.1.

Außer den in dieser Vereinbarung angeführten Hauskosten und Honoraren dürfen Beträge, unter welchem Namen immer, weder der Patientin/dem Patienten (Unterhaltspflichtigen) noch der KFA angerechnet werden. Wenn die Patientin/der Patient zusätzliche, über das vertragliche Ausmaß hinausgehende Leistungen ordert, sind diese der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen. Für derartige Leistungen obliegt der Krankenanstalt die vorherige Hinweispflicht.

6.2.

Es ist der Krankenanstalt gestattet, Pflegegebühren (Pflegekosten-)Ersätze oder allenfalls LKF-Gebühren, deren Bezahlung die KFA verweigert oder die diese nicht direkt mit der Krankenanstalt verrechnet, der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen.

6.3.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung befristet abgegeben und die darüber hinausgehenden Tage des Aufenthaltes werden als Verlängerung nicht akzeptiert, so können die diesen Teil des Aufenthaltes betreffenden Leistungen der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn die Patientin/der Patient oder deren Angehörige über die fehlende weitere Deckung der Kostenzusage informiert wurde und die Patientin/der Patient trotzdem (auf Anraten der Behandlerin/des Behandlers) auf eigenen Wunsch in stationärer Pflege verbleibt.

7. Krankengeschichten und verwaltungsmäßige Auskünfte

7.1.

Die KFA ist berechtigt, über bestehende oder frühere Erkrankungen und Gebrechen Erkundigungen einzuziehen.

Die KFA erklärt, dass sie bereits anlässlich der Antragsannahme jedenfalls schriftlich ermächtigt wurde, bei Krankenanstalten und ÄrztInnen alle mit der Anspruchsberechtigung (Versicherungsschutz) in Zusammenhang stehenden Auskünfte einzuholen.

7.2.

Verwaltungsmäßige Auskünfte und medizinische Informationen zu Fragen der Kostenübernahme und/oder Verrechnung (z.B.: Anamnese, OP-Bericht, Entlassungsbericht) werden kostenfrei zur Verfügung gestellt.

7.3.

Für Abschriften von Krankengeschichten wird der in Punkt D. 1. angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragsparteien Differenzen über die Interpretation von Bestimmungen aus dieser Vereinbarung, so werden diese zwischen den beiden ausgetragen. Kommt es zwischen der rechnungslegenden Krankenanstalt und der KFA zu keiner Einigung, wird der Fall einem Schlichtungsausschuss vorgelegt. Der Schlichtungsausschuss kann nach Bedarf von beiden Vertragsparteien einberufen werden. Ab Einberufung ist der Fall bei Vorliegen aller erforderlichen Informationen innerhalb einer Frist von 6 Monaten zu erledigen.

Der Schlichtungsausschuss wird paritätisch mit Mitgliedern beider Vertragsparteien besetzt. Der Schlichtungsausschuss kann Entscheidungen nur einvernehmlich treffen.

8.2.

Eine Kostenverrechnung an die Anspruchsberechtigten/PatientInnen ist jedenfalls in jenen Fällen zulässig, in denen eine Ablehnung der Kostentragung durch die KFA aus Gründen erfolgt, die das individuelle Vertragsverhältnis zwischen KFA und Anspruchsberechtigten betreffen (z.B. Leistungsausschlüsse, keine oder unvollständige Deckung der Kosten, Deckungsmängel usw.).

8.3.

Die KFA wird unstrittige bzw. vom Schlichtungsausschuss anerkannte Beträge innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen ab jeweiliger Rechnungslegung anweisen. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien beginnt die Zahlungsfrist von 4 Wochen mit dem Datum der Einigung (Genehmigung des Protokolls) zu laufen.

8.4.

Der KFA wird die Möglichkeit zu detaillierten Revisionen von Abrechnungsfällen eingeräumt. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die hierfür vorhandenen und erforderlichen Unterlagen vor Ort zur Verfügung zu stellen. Diese Revisionen können maximal 1x pro Jahr erfolgen. Außerordentliche Revisionen sind aus begründetem Anlass möglich.

Der Termin der Revision und deren Inhalt und Umfang werden einvernehmlich mit der Krankenanstalt/dem Rechtsträger festgelegt. Der Rechtsträger kann VertreterInnen entsenden.

Strittige Ergebnisse der Revision werden im Schlichtungsausschuss behandelt. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien wird als Zahlungsfrist ein Zeitraum von 4 Wochen ab Datum der Einigung vereinbart. Ein Rückzahlungsanspruch kann nur in jenen Fällen entstehen, in denen es zu keiner Präklusion des Einspruchsrechtes im Sinne des Punktes A. 3.4.4. gekommen ist.

8.5.

Die Vertragsparteien halten fest, dass der KFA auf Grund der erfolgten Aufnahme der Anspruchsberechtigten in den Fonds für Zusätzliche Leistungen die Prüfung des stationären Aufenthaltes eingeräumt ist. Davon erfasst ist, dass die Chefärztin/der Chefarzt der KFA die Patientin/den Patienten in der Krankenanstalt besucht, mit der Hauptbehandlerin/dem Hauptbehandler Gespräche führt, und in die erforderlichen Unterlagen bei kurzfristiger Terminvereinbarung Einsicht nehmen kann, weiters kann die KFA ihren Besuchsdienst in die Krankenanstalt entsenden.

9. Vergleichbarkeit Vertrag Private Krankenversicherungen Österreichs

Es gilt als vereinbart, dass die im Vertrag mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Sektion Krankenversicherungen, jeweils festgesetzten Preise und Bedingungen analog in diesem Vertrag fixiert werden.

B. Hauskosten und Honorare

1. Allgemeine Regelungen

1.1. Interdisziplinäre Behandlungen

1.1.1.

Operative und konservative BehandlerInnen

1.1.1.1.

Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Fachabteilungswechsel und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Abteilungen/beide ÄrztInnen insgesamt das Operationshonorar und 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.1.2.

Bei akuter Aufnahme

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind sowohl für die konservativ behandelnde/konservativ abklärende wie auch für die operierende Abteilung jeweils 100% des Honorars verrechenbar.

Von diesen beiden Abteilungen können während desselben Aufenthaltes zusätzlich keine Konsilien in Rechnung gestellt werden.

Erfordert die konservative Behandlung und/oder konservative Abklärung einen kürzeren Zeitraum als 3 Tage, so ist wie bei „elektiver Aufnahme“ abzurechnen.

1.1.1.3.

Postoperative Behandlung

Wird die Nachbehandlung der Patientin/des Patienten nicht von der Operateurin/von dem Operateur oder durch die Abteilung, an der die Patientin/der Patient operiert wurde, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten der Nachbehandlerin/des Nachbehandlers oder der nachbehandelnden Abteilung zu kürzen.

1.1.1.4.

Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt B.4.5.).

Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

1.1.2.

Mehrere konservative BehandlerInnen

1.1.2.1.

Bei medizinisch indiziertem Wechsel der Fachabteilung und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.2.2.

Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch FachärztInnen verschiedener Richtungen sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.3.

Mehrere operative BehandlerInnen

Die Honorierung mehrerer operativer BehandlerInnen ist unter Punkt B.3.3. bis B.3.5. geregelt.

1.2. Transferierung

Transferfälle zwischen 2 Krankenanstalten innerhalb eines Bundeslandes bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind wie ein (1) Behandlungsfall zu verrechnen.

Die Aufteilung der Honorare zwischen den ÄrztInnen bzw. die Aufteilung der Hauskosten zwischen den Krankenanstalten erfolgt aliquot gemäß den verrechneten bzw. verrechenbaren Honoraren und Hauskosten (nach der Aufenthaltsdauer) und wird nach Vorliegen aller Rechnungen durch die KFA vorgenommen.

1.3.

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

1.4. Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei einem (1) Krankheitsgeschehen im konservativen Behandlungsfall

Bei Chemotherapien und anderen Serienbehandlungen wird ein mehrzeitiges Vorgehen innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten als durchgehender Behandlungsfall angesehen.

2. Hauskosten

2.1. Pflegegebühren

2.1.1.

- Zweibettzimmer ab 1.3.2012 € 149,34 pro Tag

2.1.2.

Qualitätsbonus pro Tag gemäß Anforderungsprofil

- PK Graz Ragnitz ab 1.3.2011 € 34,74 pro Tag

2.1.3.

Begleitperson € 59,95 pro Tag

2.2. Technische Pauschalen

2.2.1.

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Nuklearmedizin, Fremdleistungen etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Verpflegungsfall entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

2.2.2.

Nichtoperative Fälle

2.2.2.1.

	ab 1.3.2012	
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	446,63
3 Tage	100%	446,63
4 Tage	110%	491,29
5 Tage	120%	535,96
6 Tage	130%	580,62
7 Tage	140%	625,28
8 Tage	145%	647,61
9 Tage	150%	669,95
10 Tage	155%	692,28
11 Tage	160%	714,61
12 Tage	165%	736,94
13 Tage	170%	759,27
14 Tage	175%	781,60

2.2.2.2.

Ab dem 14. Tag bleibt die technische Pauschale für nichtoperative Fälle unverändert.

2.2.3.

Operative Fälle

2.2.3.1.

		ab 1.3.2012
OP I	20%	193,14
OP II	40%	386,28
OP III	60%	579,43
OP IV	100%	965,71
OP V	140%	1.351,99
OP VI	190%	1.834,85
OP VII	240%	2.317,70
OP VIII	320%	3.090,27

2.2.3.2.

Bei Mehrfach-Operationen kann die technische Pauschale bis zum Limit der jeweils höchsten Operationsgruppe verrechnet werden.

3. Honorare

3.1. Konservative Behandlungsfälle

3.1.1.

Das konservative Behandlungshonorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen:

		ab 1.3.2012
1 Tag	35%	131,11
2 Tage	50%	187,31
3 Tage	60%	224,77
4 Tage	70%	262,23
5 Tage	80%	299,69
6 Tage	90%	337,15
7 Tage	100%	374,61
8 Tage	105%	393,34
9 Tage	110%	412,07
10 Tage	115%	430,80
11 Tage	120%	449,53
12 Tage	125%	468,26

13 Tage	130%	486,99
14 Tage	130%	486,99
15 Tage	135%	505,72
16 Tage	135%	505,72
17 Tage	135%	505,72
18 Tage	140%	524,45
19 Tage	140%	524,45
20 Tage	140%	524,45
21 Tage	140%	524,45

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 18,73 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

3.1.2.

Durch diese Honorare sind die Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtung abgegolten.

3.2. Operative Behandlungsfälle

Ein operativer Behandlungsfall im Sinne dieser Vereinbarung liegt vor, wenn ein operatives Behandlungshonorar durch die HauptbehandlerInnen gemäß Punkt B.3.2. zur Verrechnung gelangt.

Für operative Behandlungsfälle steht das Honorar für operative Fälle zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Fälle ist nicht möglich.

3.2.1.

Honorar für operative Behandlungsfälle ab 1.3.2012

OP I	20%	157,22
OP II	40%	314,43
OP III	60%	471,65
OP IV	100%	786,08
OP V	140%	1.100,51
OP VI	190%	1.493,55
OP VII	240%	1.886,59
OP VIII	320%	2.515,46

3.2.2.

Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2002.

3.2.3.

Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtungen, ausgenommen bei Verrechnung nach der Mehrfach–Operationsgruppenregelung, abgegolten.

3.3. Mehrfach–Operationsgruppenregelung

Bei einem Krankenhausaufenthalt sind maximal zwei Operationsgruppen verrechenbar. Dabei ist die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite Operationsgruppe

3.3.1.

bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

- bei gleichem operativen Zugang zu 50 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 80 %,

3.3.2.

bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

3.3.3.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

3.3.4.

Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einer Ärztin/einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

- bei gleichem operativen Zugang zu 80 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 100 %

verrechnet werden.

3.4.

Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer FachärztInnen verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Erkrankungen können für jede Fachärztin/jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt B.3.2. verrechnet werden.

3.5.

Operationen an paarigen Organen oder in identen Regionen bei einer bereits zum Zeitpunkt des Ersteingriffes bestehenden Erkrankung und planbaren Wiederaufnahmen sind nach den Regeln gemäß Punkt B.3.3.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren.

Planbar bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Ersteingriffes der Zeitpunkt des Zweiteingriffes bereits bestimmbar ist und innerhalb eines Jahres liegt.

Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

3.6. Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlag

Für dringende Operationen an Sonn- oder Feiertagen oder während der Nacht (20.00 bis 7.00 Uhr) erhöhen sich die Operationshonorare gemäß Punkt B.3.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

4. Konsiliarleistungen

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, dass für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von der Hauptbehandlerin/vom Hauptbehandler angeordnet werden und die Leistung von ÄrztInnen mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.1. Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ab 1.3.2012 ein Honorar von € 70,-- verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 53,04.

4.2.

4.2.1. Das Honorar pro klinischem Konsilium mit endoskopischer Leistung (Gastroskopie oder Coloskopie) beträgt € 205,17.

4.2.2.

Punkt B.4.2.1. ist zu 100% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, die/der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt B.4.2.1. ist zu 75% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, die/der aufgrund der Bestimmungen des Ärzterehtes die gastroenterologische Endoskopie durchführen darf, aber keine entsprechende Befähigung hat (Endoskopierichtlinie der Österreichischen Ärztekammer, Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie) diese Untersuchung selbst durchzuführen und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. In allen anderen Fällen ist die invasive Sonderleistung nur zu Lasten der Hauptbehandlerin/des Hauptbehandlers verrechenbar.

4.3.

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall höchstens 3 Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. verrechenbar.

4.4.

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch eine Kinderärztin/einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ab 1.3.2012 ein Maximalhonorar von € 196,34 verrechenbar.

4.5.

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt B.3.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. ist nicht möglich.

5. Pauschalen und Sonderregelungen

5.1. Entbindungen

Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Pflegegebühren) in der Höhe von € 2.560,90 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

Technische Pauschale	ab 1.3.2012	€ 1.337,15
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.223,75

5.1.1.

Ein (1) weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung als Zweiteingriff verrechenbar.

5.1.2.

Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.2.1. und B.4.4. abgegolten.

5.1.3.

Mehrlingsgeburten: Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt B.4.4. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

5.2. Katarakt

5.2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird ab 1.3.2012 eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.726,65 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 788,27

5.2.2.

Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in Höhe von € 2.357,27 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.418,89

5.2.3.

Sofern die Operation an zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. B.3.5 nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die Gesamtfallpauschale zur Verrechnung gelangt.

5.2.4.

Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

5.3. Coloskopie

Für die Durchführung von Coloskopien außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale von

Haus	1.3.2011	€ 141,78
Honorar	1.3.2011	€ 173,22
Gesamt	1.3.2011	€ 315,--

verrechenbar.

5.4. Diagnostische ERCP

5.4.1.

Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist ab 1.3.2011 eine Fallpauschalvergütung in Höhe von

Haus	€ 500,00
Honorar	€ 500,00
Gesamt	€ 1.000,00 verrechenbar.

5.4.2.

Für zusätzlich durchgeführte Coloskopien sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankenanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	<u>Kriterien</u>
Größe in m ²	Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer). PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien. PatientInnenzimmer $\leq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\leq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) jedoch $\geq 16,5\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 10,5\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt nicht bei Zusatzkriterien.
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbaren Kopf- und Fußteil (mechanisch)
Tisch, Sessel	Tisch; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon (P)	Je Bett, ohne Bereitstellungsgebühren
TV (P)	Kabel- oder Satelliten TV je Zimmer, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett
Radio (P)	Rundfunkempfang je Bett mit Handhörgerät oder Kopfhörer
Speisen + Getränke (P)	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäfte, Obst
Kleiderschrank (P)	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett

b) Pflegekomponente:

PflegedienstleiterIn	Sonderausbildung für Führungsaufgaben (siehe Übergangsregelungen in der Legende)
----------------------	--

1.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

	EG	<u>Kriterien</u>	Punkte
PatientInneninformationsmappe	100%	pro PatientIn	15
Bademantel (P)	100%		5
Wertfach (P)	100%	je Bett	10
Tageszeitung (P)	100%	Mindestens eine Tageszeitung pro Bett	10
Speisen + Getränke	100%	<ul style="list-style-type: none"> 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen (EU-Verordnung 2092/1991) 	5

		<ul style="list-style-type: none"> • bei 40% des Wareneinsatzes additiv • bei 50% des Wareneinsatzes additiv 	5 5
Betten	80%	Aller Betten höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.	15
Vorhänge, Bilder	100%	Vorhanden	5
Air Condition	50%	Kühlfunktion	5
Cafeteria (P)	100%	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet	15
Kostenlose Zwischenmahlzeiten (P)	100%	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware	5
		Summe	100

EG: mindester Erfüllungsgrad, auf die Anzahl der Vertragszimmer umgelegt, um die Punkte zu erhalten, z.B. 100% der Bäder müssen eine Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
	Technische Ausstattung, zusätzlicher technischer Komfort	
80%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett (additiv zu EG 50%)	5
50%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett	5
100%	- TV/Bett (P)	10
100%	- Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion, oder Ruf über das bettseitige Telefon direkt zur Stationsschwester mit Knopfdruck (P)	10
	Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	
95% ¹	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 90%²</u>	5
90%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 80%³</u>	5
80%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m²⁴</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärebereich (im Zweibettzimmer)</u>	
80%	- Dusche (Bad)/WC getrennt	15
	<u>Toiletteartikel</u>	
100%	- Toiletteset (Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile) inklusive Hausschuhe/Pantoffel (P)	5
100%	- <u>Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)</u>	5
	Bauliche Ausstattung	
80%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers) (additiv zu EG 50%)	10
50%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers)	5
50%	- Balkon	15
	<u>Infrastruktur/Haus</u>	
	- PatientInnen-Restaurant (nur für PatientInnen und deren BesucherInnen) (P)	5

	- à la carte Speisen (P)	10
	- Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen (P)	5
	- Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen (P)	15
	- Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	15
	- Zeitschriften- und Buchverkauf (P)	5
	- FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar (P)	15
	- Bezahlung mittels Bankomatkarte (P)	5
	- Zusätzlich mittels Kreditkarte (P)	5
	<u>Lage/Haus</u> - gelegen im Park (mind. 5.000 m ²); Punkte für Garten sind zusätzlich verrechenbar	5
	<u>Summe</u>	185

¹ Für 2004, ab 2005 100% EG

² Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

³ Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

b) Pflegekomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
- über 80% (additiv zu über 60%) - über 60%	Anteil des diplomierten am Gesamtpflegepersonal im stationären Bereich	10 5
100%	Jährlicher durchschnittlicher Zeitaufwand für Fortbildung pro Pflegeperson - über 8 Stunden	5
100%	Bezugspflege; eine die gesamte Betreuung koordinierende Pflegeperson pro Schicht. (P)	5
100%	Aufnahmegespräch (P)	5
100%	Vereinbaren/Besprechen der Pflege mit den PatientInnen (P)	5
100%	Fachspezifisch standardisiertes Entlassungsmanagement spitals-interne/-externe Organisation (P)	5
100%	Stationsleitung im stationären Versorgungsbereich hat Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement. Anerkennungsbestimmungen siehe Legende. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind auf die Dauer von längstens 12 Monaten ausgenommen.	5
	<u>Summe</u>	45

c) Organisationskomponente

	Gültige Direkverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif	15
	Summe – Zusatzkriterien	245

2. Legende zum Sonderklasse-Anforderungsprofil

2.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

Größe in m ²	„Zimmereinheit“ = PatientInnenzimmer, Nassräume, Vorraum
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbarem Kopf- und Fußteil (mechanisch), für die PatientInnen selbst leicht zu bedienen)
Tisch, Sessel	Tisch und Sessel zur Einnahme der Mahlzeiten; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon	Je Bett; langes Kabel, um es auch auf das Bett stellen zu können; keine Grundgebühr, keine Bereitstellungsgebühr
TV	Kabel- oder Satelliten-TV pro Zimmer, mittels Fernbedienung ein- und ausschaltbar, 1 Fernbedienung pro Bett, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Radio	Rundfunkempfang je Bett, Handhörgeräte oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäften, Obst.
Kleiderschrank	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett, mit Teil zum Hängen und Teil mit Fächern zum Legen.

b) Pflegekomponente

PflegedienstleiterIn	<p>Abgeschlossene Sonderausbildung für Führungsaufgaben muss vorhanden sein; diese kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als sonderausbildungskonform akzeptiert sein.</p> <p>Übergangsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die seit mindestens 7 Jahren als PflegedienstleiterInnen angestellten Personen wird diese Regelung nicht angewandt • Für PflegedienstleiterInnen, die zwischen 2001 und 2003 eingestellt wurden, muss der Nachweis der rechtsgültigen Anmeldung erfüllt sein. <p>Die interimistische Besetzung der Pflegedienstleitung ist von diesem Kriterium ausgenommen.</p>
----------------------	--

2.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

PatientInnen-informationsmappe	Auf alle Kriterien des Anforderungsprofils, die mit „P“ gekennzeichnet sind, muss in der Mappe beschreibend hingewiesen werden.
Bademantel	Unisex, 2 Größen (M,L), kostenlos
Wertfach	Ein mit dem Schrank fest verschraubtes verschließbares (Schlüssel oder Code) Wertfach, kostenlos.
Tageszeitung	Eine aktuelle Tageszeitung pro Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	50% bzw. 40% bzw. 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, (EU-Verordnung 2092/1991); für diese 50% bzw. 40% bzw. 30% können Produktpaletten durch die PKA bestimmt werden, diese müssen dann allerdings zu 100% aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, nachgewiesen mittels einer Bestätigung, die durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle ausgestellt werden muss (gilt auch für Fertigménüs). Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.
Betten	Höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, auch für bettlägrige PatientInnen mittels Fernbedienung leicht zu bedienen; Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.
Vorhänge, Bilder	Vorhänge, Rollos, Jalousien, etc. im PatientInnenzimmer, Bilder (Außenjalousien, zwischen den Fensterscheiben montierte Jalousien und ähnliches werden nicht gewertet).
Air Condition	Kühlfunktion; auf Hygienevorschriften entsprechend den üblichen Krankenhausstandards muss geachtet werden
Cafeteria	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet, 20% Sitzgelegenheiten der tatsächlich kategorisierten Bettenanzahl müssen vorhanden sein.
Kostenlose Zwischenmahlzeiten	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware

2.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

Zusätzlicher Telefonanschluss für Fax/Internet etc., je Bett	Es muss die Möglichkeit gegeben sein, dass PatientInnen ihre eigenen Geräte mitbringen und anstecken können, kostenlos, ausgenommen die Verbindungsentgelte.
TV/Bett	Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos. Es gelten sowohl Bedside TV-Geräte, als auch vis a vis von den PatientInnen aufgestellte Geräte. Eine Aufstellung von TV-Geräten übereinander ist nicht zulässig. Die Aufstellung der TV-Geräte hat zueinander in einem Achswinkel von mindestens 50° zu erfolgen.
Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion	Übersichtlich und leicht bedienbar, gut verständlich, nachts beleuchtete Druckknöpfe; gleichwertig ist die Lösung über direkten Ruf per Telefon ins Schwesternzimmer mit Druckknopf.
Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	Für die Erfüllung der Mindestgröße werden die Größen beider

	Nassraumeinrichtungen zusammengerechnet.
Dusche (Bad)/WC im Zweibettzimmer getrennt	Dusche (Bad) und WC sind in getrennten Räumlichkeiten untergebracht.
Toiletteset inklusive Hausschuhen/Pantoffel	Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile – einzeln und hygienisch verpackt; Einmalhausschuhe unisex, hygienisch verpackt, kostenlos. Duschbad, Shampoo und Seife kann auch im Spender vorhanden sein.
Föhn und Vergrößerungsspiegel je Zimmereinheit.	Transportables Föhngerät auf Wunsch, auch für bettlägrige PatientInnen verwendbar, mit Warm- und Kaltstufe; ev. abnehmbar und transportabel, kostenlos.
Vorraum	Zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers, mind. 2 m ² groß, Zugang zu Bad/WC muss vom Vorraum aus sein, räumlich abgegrenzt (idealerweise mit Türen) zur Wahrung der Intimsphäre der PatientInnen (Sichtschutz). Vorhang gilt nicht als Abgrenzung.
Balkon	Muss die Möglichkeit bieten, einen Sessel oder Rollstuhl hinaus stellen zu können, sollte auch entsprechenden Sonnenschutz (Schirm) haben
PatientInnen-Restaurant	Die PatientInnen müssen die Möglichkeit haben, gemeinsam mit anderen PatientInnen in einem eigenen Speiseraum (keinesfalls im Personalspeiseraum) zu essen, in gediegenem Ambiente und mit freundlichem Servierpersonal, PatientInnen-Restaurant und Cafeteria müssen sich in getrennten Räumlichkeiten befinden. Mindestanzahl der Sitzplätze 20.
À la carte Speisen	Zusätzlich zu den Menüs muss es sowohl im Zimmer als auch im PatientInnen-Restaurant – falls Restaurant vorhanden - die Möglichkeit geben, À la carte zu essen zu den üblichen Essenszeiten gegen Entgelt. Darunter ist die Auswahl aus mindestens 5 Hauptspeisen und 5 Snacks zu verstehen.
Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen	Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen.
Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen	Behördlich genehmigte Autoabstellplätze, eigens für PatientInnen und BesucherInnen ausgewiesene, am Areal des Krankenhauses gelegen. Für PatientInnen, bei denen eine Kostenabrechnung mit der KFA erfolgt, muss die Benutzung von Abstellplätzen kostenlos sein, für Tiefgaragenplätze darf max. €3.-/Stunde verlangt werden. Anzahl in Höhe von 30% der kategorisierten Betten.
Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	Auf dem Areal des Krankenhauses gelegen, Exklusivnutzung für PatientInnen, deren BesucherInnen und das Krankenhauspersonal, Bänke, Gartensessel und Gartentische zum Ausrasten müssen vorhanden sein.
Zeitschriften- und Buchverkauf	Gängigste Tages- und Wochenzeitschriften, aktuelle österreichische Bestseller, häufig nachgefragte Bücher.
FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar	Müssen auch aufs Zimmer kommen.
Gelegen im Park (mind. 5.000 m ²)	Gepflegte, befestigte Wege, übersichtlich, keine öffentliche Parkanlage, keine Nutzungsrechte durch andere Institutionen.

b) Pflegekomponente

Diplomiertes Pflegepersonal	Anteil des diplomierten Pflegepersonals am Gesamtpflegepersonal (pro Kopf) im stationären Bereich muss in den Personalakten der Pflegedirektion nachprüfbar sein.
Fortbildung des Pflegepersonals	Der jährliche Zeitaufwand für Fortbildung pro MitarbeiterIn im Pflegebereich muss durch geeignete Unterlagen in der Pflegedirektion nachprüfbar sein, zumindest innerhalb der jeweils letzten 3 Jahre mehr als 24 Fortbildungsstunden; gilt auch für Teilzeitkräfte.
Individuelle persönliche Betreuung (muss abgestimmt sein auf die Befindlichkeit und Wünsche der PatientInnen sowie auf die vorhandenen Ressourcen)	Den PatientInnen steht eine diplomierte Pflegeperson zur Seite, die jeweils die Verantwortung/Koordination für die gesamte Betreuung im Rahmen ihrer Schicht übernimmt. Somit können persönliche Wünsche der PatientInnen in den Tagesablauf eingeplant werden. Einfordern der täglichen Pflegevisite durch die Pflegeperson der Tagschicht, auch um die eigene Pflege zu evaluieren mit Dokumentation.
Aufnahmegespräch	Ein durchgeführtes persönliches Aufnahmegespräch muss in der Pflegedokumentation in fachspezifischen standardisierten Formularen niedergeschrieben sein.
Besprechen der Pflege	Pflegevisite bei 1 PatientInnen/Woche/Station durch die Pflegedienstleitung oder einer von ihr bestellten, leitenden Pflegeperson oder der qualitätsbeauftragten Person mit entsprechender fachspezifisch standardisierter Dokumentation.
Entlassungsmanagement	Abfrage und Dokumentation (fachspezifisch standardisiert) des Entlassungsmanagements und Organisation der entsprechenden Hilfestellungen zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Transport • Versorgungs- und Betreuungsnotwendigkeiten • Medikamente
Stationsschwester	Muss Weiterbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ erfolgreich absolviert haben; ist Teil der Sonderausbildung für Führungsaufgaben; die Weiterbildung kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als weiterbildungskonform akzeptiert sein. Vor 1.1.2004 bestellte Stationsleitungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits eine 10-jährige Tätigkeit als Stationsleitung ausgeübt haben, sind von dieser Regelung ausgenommen. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind, auf die Dauer von längstens 12 Monaten, von dieser Regelung ausgenommen.

a) Organisationskomponente

	Gültige Direktverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif
--	--

D. Gebühren

1. Krankengeschichten

Für Abschriften von Krankengeschichten wird gemäß Punkt A.7. von der KFA € 16,54 vergütet.

2. Nachtragsrechnungen

Im Falle von Nachtragsrechnungen wird gemäß Punkt A.3.4. der Grundvereinbarung von der KFA pro Rechnung eine Bearbeitungsgebühr von € 50,-- in Abzug gebracht.

E. Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2012 in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2012 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Vor Ablauf dieser Vereinbarung in Behandlung genommene Fälle werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet.

1.3.

Ab dem 1.1.2013 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.4.

Diese Vereinbarung erlischt ohne Kündigung im Falle der Auflösung der KFA oder der Krankenanstalt.

Graz am 19.4.2012

Für die Privatklinik Graz Ragnitz GmbH.

Für die Stadt Graz:
Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

V E R E I N B A R U N G

abgeschlossen

zwischen der

Privatklinik der Kreuzschwestern

8010 Graz, Kreuzgasse 35, im Folgenden kurz "Krankenanstalt" genannt

und der

Stadt Graz für die Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz

8011 Graz, Schmiedgasse 26, im Folgenden kurz "KFA" genannt

**über die direkte Verrechnung von Leistungen in der Sonderklasse Mehrbettzimmer für
Anspruchsberechtigte der KFA, die dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.**

A. Grundsätze

1. Gegenstand der Vereinbarung

Diese Vereinbarung legt die Rahmenbedingungen fest, nach denen medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen von entsprechend anspruchsberechtigten Personen in der Krankenanstalt direkt zwischen der KFA und der Krankenanstalt abgerechnet werden.

2. Allgemeines

2.1. Medizinische Notwendigkeit

Von der Vereinbarung umfasst sind nur medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in der Krankenanstalt. Grundlage für die Entscheidung ist die die Aufnahme begründende Diagnose/Therapie.

Die Frage, ob eine stationäre Behandlung in der Krankenanstalt medizinisch notwendig ist bzw. für welche Dauer, ist nach objektiven rein medizinischen Maßstäben zu beantworten.

Kein Leistungsgegenstand der KFA sind:

- Kosmetische Behandlungen
- Maßnahmen der Rehabilitation
- Pflegefälle
- Behandlungen in Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften
- Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

Darüber wurden die Anspruchsberechtigten durch die KFA in Kenntnis gesetzt.

2.2. Anforderungsprofil für die Sonderklasse

Von der Vereinbarung umfasst sind weiters nur stationäre Heilbehandlungen, bei denen die im Punkt C. 1. festgelegten Qualitätskriterien erfüllt werden.

2.3. Ärztliche Leistung

PatientInnen der Sonderklasse haben nach Maßgabe der organisatorischen Gegebenheiten die Möglichkeit, von einer Fachärztin/einem Facharzt ihrer Wahl behandelt und betreut zu werden.

2.4. Tagesklinische Behandlungen

Für den Fall, dass auch eine Tagesklinik-Vereinbarung besteht, gilt der Inhalt der stationären Vereinbarung sinngemäß, außer die Tagesklinik-Vereinbarung sieht abweichende Regelungen vor.

2.5. Ambulante Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

2.6. Pflichtversicherungen

Bei Anspruchsberechtigten, deren Pflichtversicherung auch Leistungen der Sonderklasse erbringt, wird für alle Honoraranteile dieser Vereinbarung ein Abschlag von

30 % berechnet. Dieser Abschlag entfällt beim Konsiliarhonorar (gem. Pkt. B.4) und beim Honoraranteil der Spontangeburt (gem. Pkt. B.5.1), da die KFA für diese Leistungen kein Honorar an die Ärztinnen/Ärzte bezahlt.

2.7.

Systematisch falsch oder gar nicht aufgeschlüsselte oder nicht vertragskonform erstellte Rechnungen können aus verwaltungstechnischen Gründen nicht bearbeitet werden und werden an den Rechnungssteller retourniert, ausgenommen Honoraraufteilungen gemäß Punkt B.1.2..

2.8.

Alle in dieser Vereinbarung angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

2.9.

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen.

3. Verrechnung

3.1.

Die KFA wird für ihre Anspruchsberechtigten bei gegebenem Leistungsanspruch Hauskosten und Honorare, in der Folge kurz "Kosten" genannt, sowie die verrechenbaren Kosten für eine Begleitperson von Kindern nach Maßgabe dieser Vereinbarung mit der Krankenanstalt direkt verrechnen, sofern sie für die jeweilige stationäre Heilbehandlung eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat.

3.2. Die Kostenübernahmeerklärung lautet:

3.2.1. Übernahme der Aufzahlungskosten der Sonderklasse – Zweibettzimmer für KFA-Anspruchsberechtigte.

3.2.2. Übernahme der vollen Kosten für eine Begleitperson laut B.2.1.3..

3.3.

Die Kostenübernahmeerklärung kann in der Regel von der Patientin/vom Patienten vor der Aufnahme in stationäre Behandlung vorgelegt werden. Ansonsten muss sie von der Krankenanstalt unverzüglich bei der Aufnahme bei der KFA schriftlich angefordert werden.

Hiebei sind folgende Mindestangaben erforderlich:

(Datensatz laut ÖNORM K2201-1), das sind:

- Krankenanstalt (Identnummer und Anstaltsart),
- Leistungserbringerin/Leistungserbringer (Ärztin/Arzt mit Identnummer und Fach),
- Patientin/Patient (Mitglieds- und Sozialversicherungsnummer, Familien- und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Begleitperson),
- Aufnahmezeiten (Aufnahmezahl, Datum, Art der Unterbringung und Zimmer-Nr.) sowie

- Medizinische Daten (Diagnose, frühere/geplante Untersuchungen und Therapien).

Unter Zugrundelegung dieser Angaben verpflichtet sich die KFA, unverzüglich, d.h. nach Möglichkeit am Tage der Anforderung, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Anforderung folgenden Werktages (außer Samstag), schriftlich entweder die Kostenübernahmeerklärung auszustellen, nähere Informationen bei der Krankenanstalt einzuholen oder mitzuteilen, dass kein Leistungsanspruch gegeben ist.

Wenn Informationen eingeholt werden, wird die Frist für die Abgabe der Stellungnahme der KFA bis zur Erteilung der Information gehemmt. Nach Eingang der vollständigen Informationen ist die Stellungnahme wie vorstehend abzugeben.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung nur für eine begrenzte Zeitdauer abgegeben und ergibt sich aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit einer Verlängerung der stationären Heilbehandlung, so ist nach Möglichkeit drei Werktage vor Ablauf der Zeitdauer, für die die Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, spätestens aber am vorletztem Werktag (außer Samstag), eine neue Kostenübernahmeerklärung anzufordern. Die KFA hat die Anforderung dieser Kostenübernahmeerklärung nach den oben festgelegten Grundsätzen zu behandeln.

Die Krankenanstalt wird die PatientInnen bzw. deren Angehörige in geeigneter Weise über die Art der Kostenübernahme der KFA informieren, insbesondere dann, wenn die KFA die Kosten nicht/nicht mehr oder nicht in voller Höhe (mit Begründung) übernimmt.

3.4.

Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt nach der Entlassung der Patientin/des Patienten aus der Krankenanstalt. (Bei einem mehrzeitigen Behandlungskonzept erfolgt die Rechnungslegung nach Abschluss der mehrzeitigen Behandlung, spätestens jeweils nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes).

3.4.1.

Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

Als Zahlungsfrist wird ein Zeitraum von 6 Wochen ab Einlangen der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der KFA vereinbart.

3.4.2.

Im Falle eines Zahlungsverzuges können Verzugszinsen für den aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag in Höhe von 3 Prozentpunkten p.a. über dem zum Rechnungsdatum gültigen, von der ÖNB veröffentlichten, 3-Monats-EURIBOR in Rechnung gestellt werden.

3.4.3.

Wenn für die Abrechnung begründet, zusätzliche medizinische Informationen, über die die Krankenanstalt oder die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt verfügen, erforderlich sind, tritt vom Tage der Anforderung der erforderlichen Informationen durch die KFA bis zum Zeitpunkt der Übermittlung der Informationen an die KFA Fristhemmung ein. Diese Anforderung versteht sich in der Regel als einmalige Anforderung pro Fall.

3.4.4.

Die Vertragsparteien streben in gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufenthalten von den dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehörenden Personen im Sinne dieser Vereinbarung, spätestens 12 Monate nach Beendigung des jeweiligen Aufenthaltes abzuschließen. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien folgende Vorgangsweise:

3.4.4.1.

Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die Rechnung über den jeweiligen Aufenthalt binnen 8 Wochen nach Beendigung des Aufenthaltes an die KFA abzusenden.

3.4.4.2.

Sofern eine Abgabefrist von 6 Monaten nicht eingehalten wird, gilt der Anspruch der Krankenanstalt gegenüber der KFA als erloschen.

3.4.4.3.

Die KFA hat die Rechnung binnen 6 Monaten ab Einlangen entweder dadurch zu erledigen, dass Zahlung geleistet wird (ausschlaggebend ist das Datum des Überweisungsbeleges) oder dass binnen 6 Monaten eine als solche ausdrücklich bezeichnete „endgültige Ablehnung“ schriftlich (auch via Fax oder e-mail) an die Krankenanstalt abgesendet wird.

3.4.4.4.

Sofern und soweit binnen der sechsmonatigen Frist weder die Überweisung vorgenommen, noch eine ausdrückliche schriftliche, endgültige Ablehnung an die Krankenanstalt versendet worden ist, gilt die Rechnung ausdrücklich und unwiderruflich als seitens der KFA anerkannt und kann gegen den geltend gemachten Anspruch kein wie immer gearteter Einwand erhoben werden (Präklusion des Einspruchsrechts).

3.4.4.5.

Binnen 4 Monaten nach Einlangen einer, als solche bezeichneten „endgültigen Ablehnung“ hinsichtlich des ganzen in Rechnung gestellten Betrages oder hinsichtlich eines Teiles davon, ist die Krankenanstalt berechtigt, das Schlichtungsverfahren hinsichtlich des Anspruches einzuleiten. Diese Frist ist gewahrt, wenn diese Sachverhaltsdarstellung schriftlich innerhalb innerhalb der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.4.6.

Wird eine gänzlich oder teilweise durch „endgültige Ablehnung“ seitens der KFA abgelehnte Rechnung nicht binnen 4 Monaten bei der Schlichtung eingebracht, erklärt damit die Krankenanstalt gegenüber der KFA den Verzicht auf die in Rechnung gestellten, aber „endgültig abgelehnten“ Beträge.

3.4.5.

Nachverrechnungen sollen nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden und können nur innerhalb von 12 Monaten ab Beendigung eines Aufenthaltes eingebracht werden. Sollte es

zu Nachverrechnungen kommen, die von der Krankenanstalt bzw. von den ÄrztInnen veranlasst worden sind, ist die KFA berechtigt, der Krankenanstalt für den sich dadurch ergebenden Verwaltungsaufwand als Bearbeitungsgebühr pro Rechnung den in Punkt D. 2. angeführten Betrag in Rechnung zu stellen. Die Kosten für von ÄrztInnen veranlasste Nachverrechnungen können von der Krankenanstalt weiterverrechnet werden.

3.4.6.

Die Abrechnung hat zu enthalten:

- a) Mitgliedsnummer
- b) Familien- und Vorname sowie Geburtsdatum und Geschlecht der Patientin/des Patienten.
- c) Sozialversicherungsträger
- d) Sozialversicherungsnummer
- e) Zimmernummer, wenn nicht ident mit Aufnahmeanzeige
- f) Aufenthaltsdauer (Anzahl der Verpflegungstage und Daten des Aufnahme- und Entlassungstages)
- g) Entlassungsart (insbesondere zum frühzeitigen Erkennen von Transferfällen)
- h) Haupt- und zusätzliche Diagnosen
- i) Art des operativen Eingriffes bzw. durchgeführte Behandlung (Medizinische Einzelleistungen/Arztbrief/OP-Bericht)
- j) Detaillierte Angaben über Hauskosten und Honorare

4. Kosten

4.1.

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) und technische Fächer sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, das für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von den HauptbehandlerInnen angeordnet werden und die Leistung von einer Ärztin/von einem Arzt mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.2.

Da die Krankenanstalt keine medizinisch abgeschlossenen Fachabteilungen hat, sondern ein offenes Belegkrankenhaus ist, kann die Übernahme von anderen HauptbehandlerInnen nur bei einer geänderten Hauptdiagnose und einer dadurch erforderlichen Änderung des medizinischen Fachgebietes erfolgen. In diesen Fällen wird die Weiterbehandlung bezüglich des Hauptbehandlungshonorars als Neuaufnahme honoriert, und zwar wie in einem Transferierungsfall in einem öffentlichen Krankenhaus. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, in einem solchen Fall, der KFA unverzüglich schriftlich Mitteilung zu machen.

Im Falle einer Transferierung von einer öffentlichen Krankenanstalt oder einer anderen Privatkrankenanstalt ist sinngemäß vorzugehen. Wird aber nach einer solchen Transferierung die in der übergebenden Krankenanstalt begonnene Behandlung fortgesetzt,

so ist hinsichtlich der Hauskosten und Honorare von einem durchgehenden Behandlungsfall auszugehen. Dies auch dann, wenn mit der Transferierung ein Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes verbunden ist. Die KFA bezahlt bei durchgehenden Behandlungsfällen keine Pflage tage doppelt, d.h. sollte seitens der abgebenden Krankenanstalt der Transferierungstag verrechnet werden, so geht dieser zu Lasten der aufnehmenden Krankenanstalt.

4.3.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten A.3.2.1. und A.3.2.2. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.3.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Punkt B.

4.3.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2002 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt B.3.2. bis B.3.5..

5. Behandlung durch BelegärztInnen

Die Krankenanstalt verpflichtet sich auf die bei ihr tätigen ÄrztInnen einzuwirken, dass die grundsätzlichen und honorarrelevanten Inhalte eingehalten werden (das sind neben der Honorarordnung insbesondere die Schlichtungsklausel).

Die Krankenanstalt erkennt an, dass sie für die von den BelegärztInnen veranlassten und durchgeführten medizinischen Eingriffen und Behandlungen abrechnungstechnisch verantwortlich ist. Sie wird deshalb die BelegärztInnen verpflichten, genaue Aufzeichnungen über die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu führen.

6. Mehrkosten

6.1.

Außer den in dieser Vereinbarung angeführten Hauskosten und Honoraren dürfen Beträge, unter welchem Namen immer, weder der Patientin/dem Patienten (Unterhaltspflichtigen) noch der KFA angerechnet werden. Wenn die Patientin/der Patient zusätzliche, über das vertragliche Ausmaß hinausgehende Leistungen ordert, sind diese der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen. Für derartige Leistungen obliegt der Krankenanstalt die vorherige Hinweispflicht.

6.2.

Es ist der Krankenanstalt gestattet, Pflegegebühren (Pflegekosten-)Ersätze oder allenfalls LKF-Gebühren, deren Bezahlung die KFA verweigert oder die diese nicht direkt mit der Krankenanstalt verrechnet, der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen.

6.3.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung befristet abgegeben und die darüber hinausgehenden Tage des Aufenthaltes werden als Verlängerung nicht akzeptiert, so können die diesen Teil des Aufenthaltes betreffenden Leistungen der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn die Patientin/der Patient oder deren Angehörige über die fehlende weitere Deckung der Kostenzusage informiert wurde und die Patientin/der Patient trotzdem (auf Anraten der Behandlerin/des Behandlers) auf eigenen Wunsch in stationärer Pflege verbleibt.

7. Krankengeschichten und verwaltungsmäßige Auskünfte

7.1.

Die KFA ist berechtigt, über bestehende oder frühere Erkrankungen und Gebrechen Erkundigungen einzuziehen.

Die KFA erklärt, dass sie bereits anlässlich der Antragsannahme jedenfalls schriftlich ermächtigt wurde, bei Krankenanstalten und ÄrztInnen alle mit der Anspruchsberechtigung (Versicherungsschutz) in Zusammenhang stehenden Auskünfte einzuholen.

7.2.

Verwaltungsmäßige Auskünfte und medizinische Informationen zu Fragen der Kostenübernahme und/oder Verrechnung (z.B.: Anamnese, OP-Bericht, Entlassungsbericht) werden kostenfrei zur Verfügung gestellt.

7.3.

Für Abschriften von Krankengeschichten wird der in Punkt D. 1. angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragsparteien Differenzen über die Interpretation von Bestimmungen aus dieser Vereinbarung, so werden diese zwischen den beiden ausgetragen. Kommt es zwischen der rechnungslegenden Krankenanstalt und der KFA zu keiner Einigung, wird der Fall einem Schlichtungsausschuss vorgelegt. Der Schlichtungsausschuss kann nach Bedarf von beiden Vertragsparteien einberufen werden. Ab Einberufung ist der Fall bei Vorliegen aller erforderlichen Informationen innerhalb einer Frist von 6 Monaten zu erledigen.

Der Schlichtungsausschuss wird paritätisch mit Mitgliedern beider Vertragsparteien besetzt. Der Schlichtungsausschuss kann Entscheidungen nur einvernehmlich treffen.

8.2.

Eine Kostenverrechnung an die Anspruchsberechtigten/PatientInnen ist jedenfalls in jenen Fällen zulässig, in denen eine Ablehnung der Kostentragung durch die KFA aus Gründen erfolgt, die das individuelle Vertragsverhältnis zwischen KFA und Anspruchsberechtigten betreffen (z.B. Leistungsausschlüsse, keine oder unvollständige Deckung der Kosten, Deckungsmängel usw.).

8.3.

Die KFA wird unstrittige bzw. vom Schlichtungsausschuss anerkannte Beträge innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen ab jeweiliger Rechnungslegung anweisen. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien beginnt die Zahlungsfrist von 4 Wochen mit dem Datum der Einigung (Genehmigung des Protokolls) zu laufen.

8.4.

Der KFA wird die Möglichkeit zu detaillierten Revisionen von Abrechnungsfällen eingeräumt. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die hierfür vorhandenen und erforderlichen Unterlagen vor Ort zur Verfügung zu stellen. Diese Revisionen können maximal 1x pro Jahr erfolgen. Außerordentliche Revisionen sind aus begründetem Anlass möglich.

Der Termin der Revision und deren Inhalt und Umfang werden einvernehmlich mit der Krankenanstalt/dem Rechtsträger festgelegt. Der Rechtsträger kann VertreterInnen entsenden.

Strittige Ergebnisse der Revision werden im Schlichtungsausschuss behandelt. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien wird als Zahlungsfrist ein Zeitraum von 4 Wochen ab Datum der Einigung vereinbart. Ein Rückzahlungsanspruch kann nur in jenen Fällen entstehen, in denen es zu keiner Präklusion des Einspruchsrechtes im Sinne des Punktes A. 3.4.4. gekommen ist.

8.5.

Die Vertragsparteien halten fest, dass der KFA auf Grund der erfolgten Aufnahme der Anspruchsberechtigten in den Fonds für Zusätzliche Leistungen die Prüfung des stationären Aufenthaltes eingeräumt ist. Davon erfasst ist, dass die Chefärztin/der Chefarzt der KFA die Patientin/den Patienten in der Krankenanstalt besucht, mit der Hauptbehandlerin/dem Hauptbehandler Gespräche führt, und in die erforderlichen Unterlagen bei kurzfristiger Terminvereinbarung Einsicht nehmen kann, weiters kann die KFA ihren Besuchsdienst in die Krankenanstalt entsenden.

9. Vergleichbarkeit Vertrag Private Krankenversicherungen Österreichs

Es gilt als vereinbart, dass die im Vertrag mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Sektion Krankenversicherungen, jeweils festgesetzten Preise und Bedingungen analog in diesem Vertrag fixiert werden.

B. Hauskosten und Honorare

1. Allgemeine Regelungen

1.1. Interdisziplinäre Behandlungen

1.1.1.

Operative und konservative BehandlerInnen

1.1.1.1.

Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Fachabteilungswechsel und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Abteilungen/beide ÄrztInnen insgesamt das Operationshonorar und 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.1.2.

Bei akuter Aufnahme

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind sowohl für die konservativ behandelnde/konservativ abklärende wie auch für die operierende Abteilung jeweils 100% des Honorars verrechenbar.

Von diesen beiden Abteilungen können während desselben Aufenthaltes zusätzlich keine Konsilien in Rechnung gestellt werden.

Erfordert die konservative Behandlung und/oder konservative Abklärung einen kürzeren Zeitraum als 3 Tage, so ist wie bei „elektiver Aufnahme“ abzurechnen.

1.1.1.3.

Postoperative Behandlung

Wird die Nachbehandlung der Patientin/des Patienten nicht von der Operateurin/von dem Operateur oder durch die Abteilung, an der die Patientin/der Patient operiert wurde, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten der Nachbehandlerin/des Nachbehandlers oder der nachbehandelnden Abteilung zu kürzen.

1.1.1.4.

Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt B.4.5.).

Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

1.1.2.

Mehrere konservative BehandlerInnen

1.1.2.1.

Bei medizinisch indiziertem Wechsel der Fachabteilung und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.2.2.

Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch FachärztInnen verschiedener Richtungen sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.3.

Mehrere operative BehandlerInnen

Die Honorierung mehrerer operativer BehandlerInnen ist unter Punkt B.3.3. bis B.3.5. geregelt.

1.2. Transferierung

Transferfälle zwischen 2 Krankenanstalten innerhalb eines Bundeslandes bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind wie ein (1) Behandlungsfall zu verrechnen.

Die Aufteilung der Honorare zwischen den ÄrztInnen bzw. die Aufteilung der Hauskosten zwischen den Krankenanstalten erfolgt aliquot gemäß den verrechneten bzw. verrechenbaren Honoraren und Hauskosten (nach der Aufenthaltsdauer) und wird nach Vorliegen aller Rechnungen durch die KFA vorgenommen.

1.3.

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

1.4. Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei einem (1) Krankheitsgeschehen im konservativen Behandlungsfall

Bei Chemotherapien und anderen Serienbehandlungen wird ein mehrzeitiges Vorgehen innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten als durchgehender Behandlungsfall angesehen.

2. Hauskosten

2.1. Pflegegebühren

2.1.1.

- Zweibettzimmer ab 1.3.2012 € 149,34 pro Tag

2.1.2.

Qualitätsbonus pro Tag gemäß Anforderungsprofil

- Sanatorium Kreuzschwestern ab 1.3.2011 € 33,79 pro Tag

2.1.3.

Begleitperson € 59,95 pro Tag

2.2. Technische Pauschalen

2.2.1.

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Nuklearmedizin, Fremdleistungen etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Verpflegungsfall entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

2.2.2.

Nichtoperative Fälle

2.2.2.1.

	ab 1.3.2012	
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	446,63
3 Tage	100%	446,63
4 Tage	110%	491,29
5 Tage	120%	535,96
6 Tage	130%	580,62
7 Tage	140%	625,28
8 Tage	145%	647,61
9 Tage	150%	669,95
10 Tage	155%	692,28
11 Tage	160%	714,61
12 Tage	165%	736,94
13 Tage	170%	759,27
14 Tage	175%	781,60

2.2.2.2.

Ab dem 14. Tag bleibt die technische Pauschale für nichtoperative Fälle unverändert.

2.2.3.

Operative Fälle

2.2.3.1.

		ab 1.3.2012
OP I	20%	193,14
OP II	40%	386,28
OP III	60%	579,43
OP IV	100%	965,71
OP V	140%	1.351,99
OP VI	190%	1.834,85
OP VII	240%	2.317,70
OP VIII	320%	3.090,27

2.2.3.2.

Bei Mehrfach-Operationen kann die technische Pauschale bis zum Limit der jeweils höchsten Operationsgruppe verrechnet werden.

3. Honorare

3.1. Konservative Behandlungsfälle

3.1.1.

Das konservative Behandlungshonorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen:

		ab 1.3.2012
1 Tag	35%	131,11
2 Tage	50%	187,31
3 Tage	60%	224,77
4 Tage	70%	262,23
5 Tage	80%	299,69
6 Tage	90%	337,15
7 Tage	100%	374,61
8 Tage	105%	393,34
9 Tage	110%	412,07
10 Tage	115%	430,80
11 Tage	120%	449,53
12 Tage	125%	468,26

13 Tage	130%	486,99
14 Tage	130%	486,99
15 Tage	135%	505,72
16 Tage	135%	505,72
17 Tage	135%	505,72
18 Tage	140%	524,45
19 Tage	140%	524,45
20 Tage	140%	524,45
21 Tage	140%	524,45

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 18,73 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

3.1.2.

Durch diese Honorare sind die Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtung abgegolten.

3.2. Operative Behandlungsfälle

Ein operativer Behandlungsfall im Sinne dieser Vereinbarung liegt vor, wenn ein operatives Behandlungshonorar durch die HauptbehandlerInnen gemäß Punkt B.3.2. zur Verrechnung gelangt.

Für operative Behandlungsfälle steht das Honorar für operative Fälle zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Fälle ist nicht möglich.

3.2.1.

Honorar für operative Behandlungsfälle ab 1.3.2012

OP I	20%	157,22
OP II	40%	314,43
OP III	60%	471,65
OP IV	100%	786,08
OP V	140%	1.100,51
OP VI	190%	1.493,55
OP VII	240%	1.886,59
OP VIII	320%	2.515,46

3.2.2.

Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2002.

3.2.3.

Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtungen, ausgenommen bei Verrechnung nach der Mehrfach–Operationsgruppenregelung, abgegolten.

3.3. Mehrfach–Operationsgruppenregelung

Bei einem Krankenhausaufenthalt sind maximal zwei Operationsgruppen verrechenbar. Dabei ist die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite Operationsgruppe

3.3.1.

bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

- bei gleichem operativen Zugang zu 50 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 80 %,

3.3.2.

bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

3.3.3.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

3.3.4.

Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einer Ärztin/einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

- bei gleichem operativen Zugang zu 80 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 100 %

verrechnet werden.

3.4.

Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer FachärztInnen verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Erkrankungen können für jede Fachärztin/jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt B.3.2. verrechnet werden.

3.5.

Operationen an paarigen Organen oder in identen Regionen bei einer bereits zum Zeitpunkt des Ersteingriffes bestehenden Erkrankung und planbaren Wiederaufnahmen sind nach den Regeln gemäß Punkt B.3.3.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren.

Planbar bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Ersteingriffes der Zeitpunkt des Zweiteingriffes bereits bestimmbar ist und innerhalb eines Jahres liegt.

Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

3.6. Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlag

Für dringende Operationen an Sonn- oder Feiertagen oder während der Nacht (20.00 bis 7.00 Uhr) erhöhen sich die Operationshonorare gemäß Punkt B.3.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

4. Konsiliarleistungen

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, dass für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von der Hauptbehandlerin/vom Hauptbehandler angeordnet werden und die Leistung von ÄrztInnen mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.1. Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ab 1.3.2012 ein Honorar von € 70,-- verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 53,04.

4.2.

4.2.1. Das Honorar pro klinischem Konsilium mit endoskopischer Leistung (Gastroskopie oder Coloskopie) beträgt € 205,17.

4.2.2.

Punkt B.4.2.1. ist zu 100% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, die/der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt B.4.2.1. ist zu 75% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, die/der aufgrund der Bestimmungen des Ärzterehtes die gastroenterologische Endoskopie durchführen darf, aber keine entsprechende Befähigung hat (Endoskopierichtlinie der Österreichischen Ärztekammer, Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie) diese Untersuchung selbst durchzuführen und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. In allen anderen Fällen ist die invasive Sonderleistung nur zu Lasten der Hauptbehandlerin/des Hauptbehandlers verrechenbar.

4.3.

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall höchstens 3 Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. verrechenbar.

4.4.

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch eine Kinderärztin/einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ab 1.3.2012 ein Maximalhonorar von € 196,34 verrechenbar.

4.5.

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt B.3.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. ist nicht möglich.

5. Pauschalen und Sonderregelungen

5.1. Entbindungen

Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Pflegegebühren) in der Höhe von € 2.560,90 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

Technische Pauschale	ab 1.3.2012	€ 1.337,15
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.223,75

5.1.1.

Ein (1) weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung als Zweiteingriff verrechenbar.

5.1.2.

Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.2.1. und B.4.4. abgegolten.

5.1.3.

Mehrlingsgeburten: Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt B.4.4. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

5.2. Katarakt

5.2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird ab 1.3.2012 eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.726,65 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 788,27

5.2.2.

Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in Höhe von € 2.357,27 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.418,89

5.2.3.

Sofern die Operation an zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. B.3.5 nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die Gesamtfallpauschale zur Verrechnung gelangt.

5.2.4.

Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

5.3. Coloskopie

Für die Durchführung von Coloskopien außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale von

Haus	1.3.2011	€ 141,78
Honorar	1.3.2011	€ 173,22
Gesamt	1.3.2011	€ 315,--

verrechenbar.

5.4. Diagnostische ERCP

5.4.1.

Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist ab 1.3.2011 eine Fallpauschalvergütung in Höhe von

Haus	€ 500,00
Honorar	€ 500,00
Gesamt	€ 1.000,00 verrechenbar.

5.4.2.

Für zusätzlich durchgeführte Coloskopien sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankenanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	<u>Kriterien</u>
Größe in m ²	Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer). PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien. PatientInnenzimmer $\leq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\leq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) jedoch $\geq 16,5\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 10,5\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt nicht bei Zusatzkriterien.
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbaren Kopf- und Fußteil (mechanisch)
Tisch, Sessel	Tisch; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon (P)	Je Bett, ohne Bereitstellungsgebühren
TV (P)	Kabel- oder Satelliten TV je Zimmer, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett
Radio (P)	Rundfunkempfang je Bett mit Handhörgerät oder Kopfhörer
Speisen + Getränke (P)	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäfte, Obst
Kleiderschrank (P)	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett

b) Pflegekomponente:

PflegedienstleiterIn	Sonderausbildung für Führungsaufgaben (siehe Übergangsregelungen in der Legende)
----------------------	--

1.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

	EG	<u>Kriterien</u>	Punkte
PatientInneninformationsmappe	100%	pro PatientIn	15
Bademantel (P)	100%		5
Wertfach (P)	100%	je Bett	10
Tageszeitung (P)	100%	Mindestens eine Tageszeitung pro Bett	10
Speisen + Getränke	100%	<ul style="list-style-type: none"> 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen (EU-Verordnung 2092/1991) 	5

		<ul style="list-style-type: none"> • bei 40% des Wareneinsatzes additiv • bei 50% des Wareneinsatzes additiv 	5 5
Betten	80%	Aller Betten höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.	15
Vorhänge, Bilder	100%	Vorhanden	5
Air Condition	50%	Kühlfunktion	5
Cafeteria (P)	100%	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet	15
Kostenlose Zwischenmahlzeiten (P)	100%	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware	5
		Summe	100

EG: mindester Erfüllungsgrad, auf die Anzahl der Vertragszimmer umgelegt, um die Punkte zu erhalten, z.B. 100% der Bäder müssen eine Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
	Technische Ausstattung, zusätzlicher technischer Komfort	
80%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett (additiv zu EG 50%)	5
50%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett	5
100%	- TV/Bett (P)	10
100%	- Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion, oder Ruf über das bettseitige Telefon direkt zur Stationsschwester mit Knopfdruck (P)	10
	Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	
95% ¹	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 90%²</u>	5
90%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 80%³</u>	5
80%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m²⁴</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärebereich (im Zweibettzimmer)</u>	
80%	- Dusche (Bad)/WC getrennt	15
	<u>Toiletteartikel</u>	
100%	- Toiletteset (Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile) inklusive Hausschuhe/Pantoffel (P)	5
100%	- <u>Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)</u>	5
	Bauliche Ausstattung	
80%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers) (additiv zu EG 50%)	10
50%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers)	5
50%	- Balkon	15
	<u>Infrastruktur/Haus</u>	
	- PatientInnen-Restaurant (nur für PatientInnen und deren BesucherInnen) (P)	5

	- à la carte Speisen (P)	10
	- Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen (P)	5
	- Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen (P)	15
	- Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	15
	- Zeitschriften- und Buchverkauf (P)	5
	- FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar (P)	15
	- Bezahlung mittels Bankomatkarte (P)	5
	- Zusätzlich mittels Kreditkarte (P)	5
	<u>Lage/Haus</u> - gelegen im Park (mind. 5.000 m ²); Punkte für Garten sind zusätzlich verrechenbar	5
	<u>Summe</u>	185

¹ Für 2004, ab 2005 100% EG

² Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

³ Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

b) Pflegekomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
- über 80% (additiv zu über 60%) - über 60%	Anteil des diplomierten am Gesamtpflegepersonal im stationären Bereich	10 5
100%	Jährlicher durchschnittlicher Zeitaufwand für Fortbildung pro Pflegeperson - über 8 Stunden	5
100%	Bezugspflege; eine die gesamte Betreuung koordinierende Pflegeperson pro Schicht. (P)	5
100%	Aufnahmegespräch (P)	5
100%	Vereinbaren/Besprechen der Pflege mit den PatientInnen (P)	5
100%	Fachspezifisch standardisiertes Entlassungsmanagement spitals-interne/-externe Organisation (P)	5
100%	Stationsleitung im stationären Versorgungsbereich hat Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement. Anerkennungsbestimmungen siehe Legende. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind auf die Dauer von längstens 12 Monaten ausgenommen.	5
	<u>Summe</u>	45

c) Organisationskomponente

	Gültige Direkverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif	15
	Summe – Zusatzkriterien	245

2. Legende zum Sonderklasse-Anforderungsprofil

2.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

Größe in m ²	„Zimmereinheit“ = PatientInnenzimmer, Nassräume, Vorraum
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbarem Kopf- und Fußteil (mechanisch), für die PatientInnen selbst leicht zu bedienen)
Tisch, Sessel	Tisch und Sessel zur Einnahme der Mahlzeiten; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon	Je Bett; langes Kabel, um es auch auf das Bett stellen zu können; keine Grundgebühr, keine Bereitstellungsgebühr
TV	Kabel- oder Satelliten-TV pro Zimmer, mittels Fernbedienung ein- und ausschaltbar, 1 Fernbedienung pro Bett, Handhörergerät oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Radio	Rundfunkempfang je Bett, Handhörergeräte oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäften, Obst.
Kleiderschrank	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett, mit Teil zum Hängen und Teil mit Fächern zum Legen.

b) Pflegekomponente

PflegedienstleiterIn	<p>Abgeschlossene Sonderausbildung für Führungsaufgaben muss vorhanden sein; diese kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als sonderausbildungskonform akzeptiert sein.</p> <p>Übergangsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die seit mindestens 7 Jahren als PflegedienstleiterInnen angestellten Personen wird diese Regelung nicht angewandt • Für PflegedienstleiterInnen, die zwischen 2001 und 2003 eingestellt wurden, muss der Nachweis der rechtsgültigen Anmeldung erfüllt sein. <p>Die interimistische Besetzung der Pflegedienstleitung ist von diesem Kriterium ausgenommen.</p>
----------------------	--

2.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

PatientInnen-informationsmappe	Auf alle Kriterien des Anforderungsprofils, die mit „P“ gekennzeichnet sind, muss in der Mappe beschreibend hingewiesen werden.
Bademantel	Unisex, 2 Größen (M,L), kostenlos
Wertfach	Ein mit dem Schrank fest verschraubtes verschließbares (Schlüssel oder Code) Wertfach, kostenlos.
Tageszeitung	Eine aktuelle Tageszeitung pro Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	50% bzw. 40% bzw. 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, (EU-Verordnung 2092/1991); für diese 50% bzw. 40% bzw. 30% können Produktpaletten durch die PKA bestimmt werden, diese müssen dann allerdings zu 100% aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, nachgewiesen mittels einer Bestätigung, die durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle ausgestellt werden muss (gilt auch für Fertigménüs). Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.
Betten	Höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, auch für bettlägrige PatientInnen mittels Fernbedienung leicht zu bedienen; Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.
Vorhänge, Bilder	Vorhänge, Rollos, Jalousien, etc. im PatientInnenzimmer, Bilder (Außenjalousien, zwischen den Fensterscheiben montierte Jalousien und ähnliches werden nicht gewertet).
Air Condition	Kühlfunktion; auf Hygienevorschriften entsprechend den üblichen Krankenhausstandards muss geachtet werden
Cafeteria	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet, 20% Sitzgelegenheiten der tatsächlich kategorisierten Bettenanzahl müssen vorhanden sein.
Kostenlose Zwischenmahlzeiten	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware

2.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

Zusätzlicher Telefonanschluss für Fax/Internet etc., je Bett	Es muss die Möglichkeit gegeben sein, dass PatientInnen ihre eigenen Geräte mitbringen und anstecken können, kostenlos, ausgenommen die Verbindungsentgelte.
TV/Bett	Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos. Es gelten sowohl Bedside TV-Geräte, als auch vis a vis von den PatientInnen aufgestellte Geräte. Eine Aufstellung von TV-Geräten übereinander ist nicht zulässig. Die Aufstellung der TV-Geräte hat zueinander in einem Achswinkel von mindestens 50° zu erfolgen.
Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion	Übersichtlich und leicht bedienbar, gut verständlich, nachts beleuchtete Druckknöpfe; gleichwertig ist die Lösung über direkten Ruf per Telefon ins Schwesternzimmer mit Druckknopf.
Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	Für die Erfüllung der Mindestgröße werden die Größen beider

	Nassraumeinrichtungen zusammengerechnet.
Dusche (Bad)/WC im Zweibettzimmer getrennt	Dusche (Bad) und WC sind in getrennten Räumlichkeiten untergebracht.
Toiletteset inklusive Hausschuhen/Pantoffel	Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile – einzeln und hygienisch verpackt; Einmalhausschuhe unisex, hygienisch verpackt, kostenlos. Duschbad, Shampoo und Seife kann auch im Spender vorhanden sein.
Föhn und Vergrößerungsspiegel je Zimmereinheit.	Transportables Föhngerät auf Wunsch, auch für bettlägrige PatientInnen verwendbar, mit Warm- und Kaltstufe; ev. abnehmbar und transportabel, kostenlos.
Vorraum	Zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers, mind. 2 m ² groß, Zugang zu Bad/WC muss vom Vorraum aus sein, räumlich abgegrenzt (idealerweise mit Türen) zur Wahrung der Intimsphäre der PatientInnen (Sichtschutz). Vorhang gilt nicht als Abgrenzung.
Balkon	Muss die Möglichkeit bieten, einen Sessel oder Rollstuhl hinaus stellen zu können, sollte auch entsprechenden Sonnenschutz (Schirm) haben
PatientInnen-Restaurant	Die PatientInnen müssen die Möglichkeit haben, gemeinsam mit anderen PatientInnen in einem eigenen Speiseraum (keinesfalls im Personalspeiseraum) zu essen, in gediegenem Ambiente und mit freundlichem Servierpersonal, PatientInnen-Restaurant und Cafeteria müssen sich in getrennten Räumlichkeiten befinden. Mindestanzahl der Sitzplätze 20.
À la carte Speisen	Zusätzlich zu den Menüs muss es sowohl im Zimmer als auch im PatientInnen-Restaurant – falls Restaurant vorhanden - die Möglichkeit geben, À la carte zu essen zu den üblichen Essenszeiten gegen Entgelt. Darunter ist die Auswahl aus mindestens 5 Hauptspeisen und 5 Snacks zu verstehen.
Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen	Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen.
Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen	Behördlich genehmigte Autoabstellplätze, eigens für PatientInnen und BesucherInnen ausgewiesene, am Areal des Krankenhauses gelegen. Für PatientInnen, bei denen eine Kostenabrechnung mit der KFA erfolgt, muss die Benutzung von Abstellplätzen kostenlos sein, für Tiefgaragenplätze darf max. €3.-/Stunde verlangt werden. Anzahl in Höhe von 30% der kategorisierten Betten.
Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	Auf dem Areal des Krankenhauses gelegen, Exklusivnutzung für PatientInnen, deren BesucherInnen und das Krankenhauspersonal, Bänke, Gartensessel und Gartentische zum Ausrasten müssen vorhanden sein.
Zeitschriften- und Buchverkauf	Gängigste Tages- und Wochenzeitschriften, aktuelle österreichische Bestseller, häufig nachgefragte Bücher.
FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar	Müssen auch aufs Zimmer kommen.
Gelegen im Park (mind. 5.000 m ²)	Gepflegte, befestigte Wege, übersichtlich, keine öffentliche Parkanlage, keine Nutzungsrechte durch andere Institutionen.

b) Pflegekomponente

Diplomiertes Pflegepersonal	Anteil des diplomierten Pflegepersonals am Gesamtpflegepersonal (pro Kopf) im stationären Bereich muss in den Personalakten der Pflegedirektion nachprüfbar sein.
Fortbildung des Pflegepersonals	Der jährliche Zeitaufwand für Fortbildung pro MitarbeiterIn im Pflegebereich muss durch geeignete Unterlagen in der Pflegedirektion nachprüfbar sein, zumindest innerhalb der jeweils letzten 3 Jahre mehr als 24 Fortbildungsstunden; gilt auch für Teilzeitkräfte.
Individuelle persönliche Betreuung (muss abgestimmt sein auf die Befindlichkeit und Wünsche der PatientInnen sowie auf die vorhandenen Ressourcen)	Den PatientInnen steht eine diplomierte Pflegeperson zur Seite, die jeweils die Verantwortung/Koordination für die gesamte Betreuung im Rahmen ihrer Schicht übernimmt. Somit können persönliche Wünsche der PatientInnen in den Tagesablauf eingeplant werden. Einfordern der täglichen Pflegevisite durch die Pflegeperson der Tagschicht, auch um die eigene Pflege zu evaluieren mit Dokumentation.
Aufnahmegespräch	Ein durchgeführtes persönliches Aufnahmegespräch muss in der Pflegedokumentation in fachspezifischen standardisierten Formularen niedergeschrieben sein.
Besprechen der Pflege	Pflegevisite bei 1 PatientInnen/Woche/Station durch die Pflegedienstleitung oder einer von ihr bestellten, leitenden Pflegeperson oder der qualitätsbeauftragten Person mit entsprechender fachspezifisch standardisierter Dokumentation.
Entlassungsmanagement	Abfrage und Dokumentation (fachspezifisch standardisiert) des Entlassungsmanagements und Organisation der entsprechenden Hilfestellungen zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Transport • Versorgungs- und Betreuungsnotwendigkeiten • Medikamente
Stationsschwester	Muss Weiterbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ erfolgreich absolviert haben; ist Teil der Sonderausbildung für Führungsaufgaben; die Weiterbildung kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als weiterbildungskonform akzeptiert sein. Vor 1.1.2004 bestellte Stationsleitungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits eine 10-jährige Tätigkeit als Stationsleitung ausgeübt haben, sind von dieser Regelung ausgenommen. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind, auf die Dauer von längstens 12 Monaten, von dieser Regelung ausgenommen.

a) Organisationskomponente

	Gültige Direktverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif
--	--

D. Gebühren

1. Krankengeschichten

Für Abschriften von Krankengeschichten wird gemäß Punkt A.7. von der KFA € 16,54 vergütet.

2. Nachtragsrechnungen

Im Falle von Nachtragsrechnungen wird gemäß Punkt A.3.4. der Grundvereinbarung von der KFA pro Rechnung eine Bearbeitungsgebühr von € 50,-- in Abzug gebracht.

E. Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2012 in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2012 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Vor Ablauf dieser Vereinbarung in Behandlung genommene Fälle werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet.

1.3.

Ab dem 1.1.2013 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.4.

Diese Vereinbarung erlischt ohne Kündigung im Falle der Auflösung der KFA oder der Krankenanstalt.

Graz am 19.4.2012

Für die Privatklinik der Kreuzschwestern:

Für die Stadt Graz:
Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

V E R E I N B A R U N G

abgeschlossen

zwischen der

Privatklinik Leech GmbH.

8010 Graz, Hugo-Wolf-Gasse 2-4, im Folgenden kurz "Krankenanstalt" genannt

und der

**Stadt Graz für die Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten
der Landeshauptstadt Graz**

8011 Graz, Schmiedgasse 26, im Folgenden kurz "KFA" genannt

**über die direkte Verrechnung von Leistungen in der Sonderklasse Mehrbettzimmer für
Anspruchsberechtigte der KFA, die dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.**

A. Grundsätze

1. Gegenstand der Vereinbarung

Diese Vereinbarung legt die Rahmenbedingungen fest, nach denen medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen von entsprechend anspruchsberechtigten Personen in der Krankenanstalt direkt zwischen der KFA und der Krankenanstalt abgerechnet werden.

2. Allgemeines

2.1. Medizinische Notwendigkeit

Von der Vereinbarung umfasst sind nur medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in der Krankenanstalt. Grundlage für die Entscheidung ist die die Aufnahme begründende Diagnose/Therapie.

Die Frage, ob eine stationäre Behandlung in der Krankenanstalt medizinisch notwendig ist bzw. für welche Dauer, ist nach objektiven rein medizinischen Maßstäben zu beantworten.

Kein Leistungsgegenstand der KFA sind:

- Kosmetische Behandlungen
- Maßnahmen der Rehabilitation
- Pflegefälle
- Behandlungen in Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften
- Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

Darüber wurden die Anspruchsberechtigten durch die KFA in Kenntnis gesetzt.

2.2. Anforderungsprofil für die Sonderklasse

Von der Vereinbarung umfasst sind weiters nur stationäre Heilbehandlungen, bei denen die im Punkt C. 1. festgelegten Qualitätskriterien erfüllt werden.

2.3. Ärztliche Leistung

PatientInnen der Sonderklasse haben nach Maßgabe der organisatorischen Gegebenheiten die Möglichkeit, von einer Fachärztin/einem Facharzt ihrer Wahl behandelt und betreut zu werden.

2.4. Tagesklinische Behandlungen

Für den Fall, dass auch eine Tagesklinik-Vereinbarung besteht, gilt der Inhalt der stationären Vereinbarung sinngemäß, außer die Tagesklinik-Vereinbarung sieht abweichende Regelungen vor.

2.5. Ambulante Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

2.6. Pflichtversicherungen

Bei Anspruchsberechtigten, deren Pflichtversicherung auch Leistungen der Sonderklasse erbringt, wird für alle Honoraranteile dieser Vereinbarung ein Abschlag von

30 % berechnet. Dieser Abschlag entfällt beim Konsiliarhonorar (gem. Pkt. B.4) und beim Honoraranteil der Spontangeburt (gem. Pkt. B.5.1), da die KFA für diese Leistungen kein Honorar an die Ärztinnen/Ärzte bezahlt.

2.7.

Systematisch falsch oder gar nicht aufgeschlüsselte oder nicht vertragskonform erstellte Rechnungen können aus verwaltungstechnischen Gründen nicht bearbeitet werden und werden an den Rechnungssteller retourniert, ausgenommen Honoraraufteilungen gemäß Punkt B.1.2..

2.8.

Alle in dieser Vereinbarung angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

2.9.

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen.

3. Verrechnung

3.1.

Die KFA wird für ihre Anspruchsberechtigten bei gegebenem Leistungsanspruch Hauskosten und Honorare, in der Folge kurz "Kosten" genannt, sowie die verrechenbaren Kosten für eine Begleitperson von Kindern nach Maßgabe dieser Vereinbarung mit der Krankenanstalt direkt verrechnen, sofern sie für die jeweilige stationäre Heilbehandlung eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat.

3.2. Die Kostenübernahmeerklärung lautet:

3.2.1. Übernahme der Aufzahlungskosten der Sonderklasse – Zweibettzimmer für KFA-Anspruchsberechtigte.

3.2.2. Übernahme der vollen Kosten für eine Begleitperson laut B.2.1.3..

3.3.

Die Kostenübernahmeerklärung kann in der Regel von der Patientin/vom Patienten vor der Aufnahme in stationäre Behandlung vorgelegt werden. Ansonsten muss sie von der Krankenanstalt unverzüglich bei der Aufnahme bei der KFA schriftlich angefordert werden.

Hiebei sind folgende Mindestangaben erforderlich:

(Datensatz laut ÖNORM K2201-1), das sind:

- Krankenanstalt (Identnummer und Anstaltsart),
- Leistungserbringerin/Leistungserbringer (Ärztin/Arzt mit Identnummer und Fach),
- Patientin/Patient (Mitglieds- und Sozialversicherungsnummer, Familien- und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Begleitperson),
- Aufnahmezeiten (Aufnahmezahl, Datum, Art der Unterbringung und Zimmer-Nr.) sowie

- Medizinische Daten (Diagnose, frühere/geplante Untersuchungen und Therapien).

Unter Zugrundelegung dieser Angaben verpflichtet sich die KFA, unverzüglich, d.h. nach Möglichkeit am Tage der Anforderung, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Anforderung folgenden Werktages (außer Samstag), schriftlich entweder die Kostenübernahmeerklärung auszustellen, nähere Informationen bei der Krankenanstalt einzuholen oder mitzuteilen, dass kein Leistungsanspruch gegeben ist.

Wenn Informationen eingeholt werden, wird die Frist für die Abgabe der Stellungnahme der KFA bis zur Erteilung der Information gehemmt. Nach Eingang der vollständigen Informationen ist die Stellungnahme wie vorstehend abzugeben.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung nur für eine begrenzte Zeitdauer abgegeben und ergibt sich aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit einer Verlängerung der stationären Heilbehandlung, so ist nach Möglichkeit drei Werktage vor Ablauf der Zeitdauer, für die die Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, spätestens aber am vorletztem Werktag (außer Samstag), eine neue Kostenübernahmeerklärung anzufordern. Die KFA hat die Anforderung dieser Kostenübernahmeerklärung nach den oben festgelegten Grundsätzen zu behandeln.

Die Krankenanstalt wird die PatientInnen bzw. deren Angehörige in geeigneter Weise über die Art der Kostenübernahme der KFA informieren, insbesondere dann, wenn die KFA die Kosten nicht/nicht mehr oder nicht in voller Höhe (mit Begründung) übernimmt.

3.4.

Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt nach der Entlassung der Patientin/des Patienten aus der Krankenanstalt. (Bei einem mehrzeitigen Behandlungskonzept erfolgt die Rechnungslegung nach Abschluss der mehrzeitigen Behandlung, spätestens jeweils nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes).

3.4.1.

Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

Als Zahlungsfrist wird ein Zeitraum von 6 Wochen ab Einlangen der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der KFA vereinbart.

3.4.2.

Im Falle eines Zahlungsverzuges können Verzugszinsen für den aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag in Höhe von 3 Prozentpunkten p.a. über dem zum Rechnungsdatum gültigen, von der ÖNB veröffentlichten, 3-Monats-EURIBOR in Rechnung gestellt werden.

3.4.3.

Wenn für die Abrechnung begründet, zusätzliche medizinische Informationen, über die die Krankenanstalt oder die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt verfügen, erforderlich sind, tritt vom Tage der Anforderung der erforderlichen Informationen durch die KFA bis zum Zeitpunkt der Übermittlung der Informationen an die KFA Fristhemmung ein. Diese Anforderung versteht sich in der Regel als einmalige Anforderung pro Fall.

3.4.4.

Die Vertragsparteien streben in gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufenthalten von den dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehörenden Personen im Sinne dieser Vereinbarung, spätestens 12 Monate nach Beendigung des jeweiligen Aufenthaltes abzuschließen. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien folgende Vorgangsweise:

3.4.4.1.

Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die Rechnung über den jeweiligen Aufenthalt binnen 8 Wochen nach Beendigung des Aufenthaltes an die KFA abzusenden.

3.4.4.2.

Sofern eine Abgabefrist von 6 Monaten nicht eingehalten wird, gilt der Anspruch der Krankenanstalt gegenüber der KFA als erloschen.

3.4.4.3.

Die KFA hat die Rechnung binnen 6 Monaten ab Einlangen entweder dadurch zu erledigen, dass Zahlung geleistet wird (ausschlaggebend ist das Datum des Überweisungsbeleges) oder dass binnen 6 Monaten eine als solche ausdrücklich bezeichnete „endgültige Ablehnung“ schriftlich (auch via Fax oder e-mail) an die Krankenanstalt abgesendet wird.

3.4.4.4.

Sofern und soweit binnen der sechsmonatigen Frist weder die Überweisung vorgenommen, noch eine ausdrückliche schriftliche, endgültige Ablehnung an die Krankenanstalt versendet worden ist, gilt die Rechnung ausdrücklich und unwiderruflich als seitens der KFA anerkannt und kann gegen den geltend gemachten Anspruch kein wie immer gearteter Einwand erhoben werden (Präklusion des Einspruchsrechts).

3.4.4.5.

Binnen 4 Monaten nach Einlangen einer, als solche bezeichneten „endgültigen Ablehnung“ hinsichtlich des ganzen in Rechnung gestellten Betrages oder hinsichtlich eines Teiles davon, ist die Krankenanstalt berechtigt, das Schlichtungsverfahren hinsichtlich des Anspruches einzuleiten. Diese Frist ist gewahrt, wenn diese Sachverhaltsdarstellung schriftlich innerhalb innerhalb der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.4.6.

Wird eine gänzlich oder teilweise durch „endgültige Ablehnung“ seitens der KFA abgelehnte Rechnung nicht binnen 4 Monaten bei der Schlichtung eingebracht, erklärt damit die Krankenanstalt gegenüber der KFA den Verzicht auf die in Rechnung gestellten, aber „endgültig abgelehnten“ Beträge.

3.4.5.

Nachverrechnungen sollen nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden und können nur innerhalb von 12 Monaten ab Beendigung eines Aufenthaltes eingebracht werden. Sollte es

zu Nachverrechnungen kommen, die von der Krankenanstalt bzw. von den ÄrztInnen veranlasst worden sind, ist die KFA berechtigt, der Krankenanstalt für den sich dadurch ergebenden Verwaltungsaufwand als Bearbeitungsgebühr pro Rechnung den in Punkt D. 2. angeführten Betrag in Rechnung zu stellen. Die Kosten für von ÄrztInnen veranlasste Nachverrechnungen können von der Krankenanstalt weiterverrechnet werden.

3.4.6.

Die Abrechnung hat zu enthalten:

- a) Mitgliedsnummer
- b) Familien- und Vorname sowie Geburtsdatum und Geschlecht der Patientin/des Patienten.
- c) Sozialversicherungsträger
- d) Sozialversicherungsnummer
- e) Zimmernummer, wenn nicht ident mit Aufnahmeanzeige
- f) Aufenthaltsdauer (Anzahl der Verpflegungstage und Daten des Aufnahme- und Entlassungstages)
- g) Entlassungsart (insbesondere zum frühzeitigen Erkennen von Transferfällen)
- h) Haupt- und zusätzliche Diagnosen
- i) Art des operativen Eingriffes bzw. durchgeführte Behandlung (Medizinische Einzelleistungen/Arztbrief/OP-Bericht)
- j) Detaillierte Angaben über Hauskosten und Honorare

4. Kosten

4.1.

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) und technische Fächer sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, das für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von den HauptbehandlerInnen angeordnet werden und die Leistung von einer Ärztin/von einem Arzt mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.2.

Da die Krankenanstalt keine medizinisch abgeschlossenen Fachabteilungen hat, sondern ein offenes Belegkrankenhaus ist, kann die Übernahme von anderen HauptbehandlerInnen nur bei einer geänderten Hauptdiagnose und einer dadurch erforderlichen Änderung des medizinischen Fachgebietes erfolgen. In diesen Fällen wird die Weiterbehandlung bezüglich des Hauptbehandlungshonorars als Neuaufnahme honoriert, und zwar wie in einem Transferierungsfall in einem öffentlichen Krankenhaus. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, in einem solchen Fall, der KFA unverzüglich schriftlich Mitteilung zu machen.

Im Falle einer Transferierung von einer öffentlichen Krankenanstalt oder einer anderen Privatkrankenanstalt ist sinngemäß vorzugehen. Wird aber nach einer solchen Transferierung die in der übergebenden Krankenanstalt begonnene Behandlung fortgesetzt,

so ist hinsichtlich der Hauskosten und Honorare von einem durchgehenden Behandlungsfall auszugehen. Dies auch dann, wenn mit der Transferierung ein Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes verbunden ist. Die KFA bezahlt bei durchgehenden Behandlungsfällen keine Pflage tage doppelt, d.h. sollte seitens der abgebenden Krankenanstalt der Transferierungstag verrechnet werden, so geht dieser zu Lasten der aufnehmenden Krankenanstalt.

4.3.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten A.3.2.1. und A.3.2.2. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.3.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Punkt B.

4.3.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2002 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt B.3.2. bis B.3.5..

5. Behandlung durch BelegärztInnen

Die Krankenanstalt verpflichtet sich auf die bei ihr tätigen ÄrztInnen einzuwirken, dass die grundsätzlichen und honorarrelevanten Inhalte eingehalten werden (das sind neben der Honorarordnung insbesondere die Schlichtungsklausel).

Die Krankenanstalt erkennt an, dass sie für die von den BelegärztInnen veranlassten und durchgeführten medizinischen Eingriffen und Behandlungen abrechnungstechnisch verantwortlich ist. Sie wird deshalb die BelegärztInnen verpflichten, genaue Aufzeichnungen über die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu führen.

6. Mehrkosten

6.1.

Außer den in dieser Vereinbarung angeführten Hauskosten und Honoraren dürfen Beträge, unter welchem Namen immer, weder der Patientin/dem Patienten (Unterhaltspflichtigen) noch der KFA angerechnet werden. Wenn die Patientin/der Patient zusätzliche, über das vertragliche Ausmaß hinausgehende Leistungen ordert, sind diese der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen. Für derartige Leistungen obliegt der Krankenanstalt die vorherige Hinweispflicht.

6.2.

Es ist der Krankenanstalt gestattet, Pflegegebühren (Pflegekosten-)Ersätze oder allenfalls LKF-Gebühren, deren Bezahlung die KFA verweigert oder die diese nicht direkt mit der Krankenanstalt verrechnet, der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen.

6.3.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung befristet abgegeben und die darüber hinausgehenden Tage des Aufenthaltes werden als Verlängerung nicht akzeptiert, so können die diesen Teil des Aufenthaltes betreffenden Leistungen der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn die Patientin/der Patient oder deren Angehörige über die fehlende weitere Deckung der Kostenzusage informiert wurde und die Patientin/der Patient trotzdem (auf Anraten der Behandlerin/des Behandlers) auf eigenen Wunsch in stationärer Pflege verbleibt.

7. Krankengeschichten und verwaltungsmäßige Auskünfte

7.1.

Die KFA ist berechtigt, über bestehende oder frühere Erkrankungen und Gebrechen Erkundigungen einzuziehen.

Die KFA erklärt, dass sie bereits anlässlich der Antragsannahme jedenfalls schriftlich ermächtigt wurde, bei Krankenanstalten und ÄrztInnen alle mit der Anspruchsberechtigung (Versicherungsschutz) in Zusammenhang stehenden Auskünfte einzuholen.

7.2.

Verwaltungsmäßige Auskünfte und medizinische Informationen zu Fragen der Kostenübernahme und/oder Verrechnung (z.B.: Anamnese, OP-Bericht, Entlassungsbericht) werden kostenfrei zur Verfügung gestellt.

7.3.

Für Abschriften von Krankengeschichten wird der in Punkt D. 1. angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragsparteien Differenzen über die Interpretation von Bestimmungen aus dieser Vereinbarung, so werden diese zwischen den beiden ausgetragen. Kommt es zwischen der rechnungslegenden Krankenanstalt und der KFA zu keiner Einigung, wird der Fall einem Schlichtungsausschuss vorgelegt. Der Schlichtungsausschuss kann nach Bedarf von beiden Vertragsparteien einberufen werden. Ab Einberufung ist der Fall bei Vorliegen aller erforderlichen Informationen innerhalb einer Frist von 6 Monaten zu erledigen.

Der Schlichtungsausschuss wird paritätisch mit Mitgliedern beider Vertragsparteien besetzt. Der Schlichtungsausschuss kann Entscheidungen nur einvernehmlich treffen.

8.2.

Eine Kostenverrechnung an die Anspruchsberechtigten/PatientInnen ist jedenfalls in jenen Fällen zulässig, in denen eine Ablehnung der Kostentragung durch die KFA aus Gründen erfolgt, die das individuelle Vertragsverhältnis zwischen KFA und Anspruchsberechtigten betreffen (z.B. Leistungsausschlüsse, keine oder unvollständige Deckung der Kosten, Deckungsmängel usw.).

8.3.

Die KFA wird unstrittige bzw. vom Schlichtungsausschuss anerkannte Beträge innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen ab jeweiliger Rechnungslegung anweisen. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien beginnt die Zahlungsfrist von 4 Wochen mit dem Datum der Einigung (Genehmigung des Protokolls) zu laufen.

8.4.

Der KFA wird die Möglichkeit zu detaillierten Revisionen von Abrechnungsfällen eingeräumt. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die hierfür vorhandenen und erforderlichen Unterlagen vor Ort zur Verfügung zu stellen. Diese Revisionen können maximal 1x pro Jahr erfolgen. Außerordentliche Revisionen sind aus begründetem Anlass möglich.

Der Termin der Revision und deren Inhalt und Umfang werden einvernehmlich mit der Krankenanstalt/dem Rechtsträger festgelegt. Der Rechtsträger kann VertreterInnen entsenden.

Strittige Ergebnisse der Revision werden im Schlichtungsausschuss behandelt. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien wird als Zahlungsfrist ein Zeitraum von 4 Wochen ab Datum der Einigung vereinbart. Ein Rückzahlungsanspruch kann nur in jenen Fällen entstehen, in denen es zu keiner Präklusion des Einspruchsrechtes im Sinne des Punktes A. 3.4.4. gekommen ist.

8.5.

Die Vertragsparteien halten fest, dass der KFA auf Grund der erfolgten Aufnahme der Anspruchsberechtigten in den Fonds für Zusätzliche Leistungen die Prüfung des stationären Aufenthaltes eingeräumt ist. Davon erfasst ist, dass die Chefärztin/der Chefarzt der KFA die Patientin/den Patienten in der Krankenanstalt besucht, mit der Hauptbehandlerin/dem Hauptbehandler Gespräche führt, und in die erforderlichen Unterlagen bei kurzfristiger Terminvereinbarung Einsicht nehmen kann, weiters kann die KFA ihren Besuchsdienst in die Krankenanstalt entsenden.

9. Vergleichbarkeit Vertrag Private Krankenversicherungen Österreichs

Es gilt als vereinbart, dass die im Vertrag mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Sektion Krankenversicherungen, jeweils festgesetzten Preise und Bedingungen analog in diesem Vertrag fixiert werden.

B. Hauskosten und Honorare

1. Allgemeine Regelungen

1.1. Interdisziplinäre Behandlungen

1.1.1.

Operative und konservative BehandlerInnen

1.1.1.1.

Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Fachabteilungswechsel und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Abteilungen/beide ÄrztInnen insgesamt das Operationshonorar und 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.1.2.

Bei akuter Aufnahme

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind sowohl für die konservativ behandelnde/konservativ abklärende wie auch für die operierende Abteilung jeweils 100% des Honorars verrechenbar.

Von diesen beiden Abteilungen können während desselben Aufenthaltes zusätzlich keine Konsilien in Rechnung gestellt werden.

Erfordert die konservative Behandlung und/oder konservative Abklärung einen kürzeren Zeitraum als 3 Tage, so ist wie bei „elektiver Aufnahme“ abzurechnen.

1.1.1.3.

Postoperative Behandlung

Wird die Nachbehandlung der Patientin/des Patienten nicht von der Operateurin/von dem Operateur oder durch die Abteilung, an der die Patientin/der Patient operiert wurde, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten der Nachbehandlerin/des Nachbehandlers oder der nachbehandelnden Abteilung zu kürzen.

1.1.1.4.

Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt B.4.5.).

Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

1.1.2.

Mehrere konservative BehandlerInnen

1.1.2.1.

Bei medizinisch indiziertem Wechsel der Fachabteilung und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.2.2.

Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch FachärztInnen verschiedener Richtungen sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.3.

Mehrere operative BehandlerInnen

Die Honorierung mehrerer operativer BehandlerInnen ist unter Punkt B.3.3. bis B.3.5. geregelt.

1.2. Transferierung

Transferfälle zwischen 2 Krankenanstalten innerhalb eines Bundeslandes bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind wie ein (1) Behandlungsfall zu verrechnen.

Die Aufteilung der Honorare zwischen den ÄrztInnen bzw. die Aufteilung der Hauskosten zwischen den Krankenanstalten erfolgt aliquot gemäß den verrechneten bzw. verrechenbaren Honoraren und Hauskosten (nach der Aufenthaltsdauer) und wird nach Vorliegen aller Rechnungen durch die KFA vorgenommen.

1.3.

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

1.4. Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei einem (1) Krankheitsgeschehen im konservativen Behandlungsfall

Bei Chemotherapien und anderen Serienbehandlungen wird ein mehrzeitiges Vorgehen innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten als durchgehender Behandlungsfall angesehen.

2. Hauskosten

2.1. Pflegegebühren

2.1.1.

- Zweibettzimmer ab 1.3.2012 € 149,34 pro Tag

2.1.2.

Qualitätsbonus pro Tag gemäß Anforderungsprofil

- PK Leech ab 1.3.2011 € 25,44 pro Tag

2.1.3.

Begleitperson € 59,95 pro Tag

2.2. Technische Pauschalen

2.2.1.

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Nuklearmedizin, Fremdleistungen etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Verpflegungsfall entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

2.2.2.

Nichtoperative Fälle

2.2.2.1.

	ab 1.3.2012	
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	446,63
3 Tage	100%	446,63
4 Tage	110%	491,29
5 Tage	120%	535,96
6 Tage	130%	580,62
7 Tage	140%	625,28
8 Tage	145%	647,61
9 Tage	150%	669,95
10 Tage	155%	692,28
11 Tage	160%	714,61
12 Tage	165%	736,94
13 Tage	170%	759,27
14 Tage	175%	781,60

2.2.2.2.

Ab dem 14. Tag bleibt die technische Pauschale für nichtoperative Fälle unverändert.

2.2.3.

Operative Fälle

2.2.3.1.

		ab 1.3.2012
OP I	20%	193,14
OP II	40%	386,28
OP III	60%	579,43
OP IV	100%	965,71
OP V	140%	1.351,99
OP VI	190%	1.834,85
OP VII	240%	2.317,70
OP VIII	320%	3.090,27

2.2.3.2.

Bei Mehrfach-Operationen kann die technische Pauschale bis zum Limit der jeweils höchsten Operationsgruppe verrechnet werden.

3. Honorare

3.1. Konservative Behandlungsfälle

3.1.1.

Das konservative Behandlungshonorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen:

		ab 1.3.2012
1 Tag	35%	131,11
2 Tage	50%	187,31
3 Tage	60%	224,77
4 Tage	70%	262,23
5 Tage	80%	299,69
6 Tage	90%	337,15
7 Tage	100%	374,61
8 Tage	105%	393,34
9 Tage	110%	412,07
10 Tage	115%	430,80
11 Tage	120%	449,53
12 Tage	125%	468,26

13 Tage	130%	486,99
14 Tage	130%	486,99
15 Tage	135%	505,72
16 Tage	135%	505,72
17 Tage	135%	505,72
18 Tage	140%	524,45
19 Tage	140%	524,45
20 Tage	140%	524,45
21 Tage	140%	524,45

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 18,73 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

3.1.2.

Durch diese Honorare sind die Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtung abgegolten.

3.2. Operative Behandlungsfälle

Ein operativer Behandlungsfall im Sinne dieser Vereinbarung liegt vor, wenn ein operatives Behandlungshonorar durch die HauptbehandlerInnen gemäß Punkt B.3.2. zur Verrechnung gelangt.

Für operative Behandlungsfälle steht das Honorar für operative Fälle zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Fälle ist nicht möglich.

3.2.1.

Honorar für operative Behandlungsfälle ab 1.3.2012

OP I	20%	157,22
OP II	40%	314,43
OP III	60%	471,65
OP IV	100%	786,08
OP V	140%	1.100,51
OP VI	190%	1.493,55
OP VII	240%	1.886,59
OP VIII	320%	2.515,46

3.2.2.

Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2002.

3.2.3.

Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtungen, ausgenommen bei Verrechnung nach der Mehrfach–Operationsgruppenregelung, abgegolten.

3.3. Mehrfach–Operationsgruppenregelung

Bei einem Krankenhausaufenthalt sind maximal zwei Operationsgruppen verrechenbar. Dabei ist die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite Operationsgruppe

3.3.1.

bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

- bei gleichem operativen Zugang zu 50 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 80 %,

3.3.2.

bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

3.3.3.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

3.3.4.

Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einer Ärztin/einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

- bei gleichem operativen Zugang zu 80 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 100 %

verrechnet werden.

3.4.

Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer FachärztInnen verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Erkrankungen können für jede Fachärztin/jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt B.3.2. verrechnet werden.

3.5.

Operationen an paarigen Organen oder in identen Regionen bei einer bereits zum Zeitpunkt des Ersteingriffes bestehenden Erkrankung und planbaren Wiederaufnahmen sind nach den Regeln gemäß Punkt B.3.3.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren.

Planbar bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Ersteingriffes der Zeitpunkt des Zweiteingriffes bereits bestimmbar ist und innerhalb eines Jahres liegt.

Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

3.6. Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlag

Für dringende Operationen an Sonn- oder Feiertagen oder während der Nacht (20.00 bis 7.00 Uhr) erhöhen sich die Operationshonorare gemäß Punkt B.3.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

4. Konsiliarleistungen

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, dass für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von der Hauptbehandlerin/vom Hauptbehandler angeordnet werden und die Leistung von ÄrztInnen mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.1. Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ab 1.3.2012 ein Honorar von € 70,-- verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 53,04.

4.2.

4.2.1. Das Honorar pro klinischem Konsilium mit endoskopischer Leistung (Gastroskopie oder Coloskopie) beträgt € 205,17.

4.2.2.

Punkt B.4.2.1. ist zu 100% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, die/der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt B.4.2.1. ist zu 75% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, die/der aufgrund der Bestimmungen des Ärzterehtes die gastroenterologische Endoskopie durchführen darf, aber keine entsprechende Befähigung hat (Endoskopierichtlinie der Österreichischen Ärztekammer, Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie) diese Untersuchung selbst durchzuführen und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. In allen anderen Fällen ist die invasive Sonderleistung nur zu Lasten der Hauptbehandlerin/des Hauptbehandlers verrechenbar.

4.3.

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall höchstens 3 Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. verrechenbar.

4.4.

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch eine Kinderärztin/einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ab 1.3.2012 ein Maximalhonorar von € 196,34 verrechenbar.

4.5.

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt B.3.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. ist nicht möglich.

5. Pauschalen und Sonderregelungen

5.1. Entbindungen

Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Pflegegebühren) in der Höhe von € 2.560,90 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

Technische Pauschale	ab 1.3.2012	€ 1.337,15
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.223,75

5.1.1.

Ein (1) weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung als Zweiteingriff verrechenbar.

5.1.2.

Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.2.1. und B.4.4. abgegolten.

5.1.3.

Mehrlingsgeburten: Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt B.4.4. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

5.2. Katarakt

5.2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird ab 1.3.2012 eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.726,65 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 788,27

5.2.2.

Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in Höhe von € 2.357,27 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.418,89

5.2.3.

Sofern die Operation an zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. B.3.5 nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die Gesamtfallpauschale zur Verrechnung gelangt.

5.2.4.

Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

5.3. Coloskopie

Für die Durchführung von Coloskopien außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale von

Haus	1.3.2011	€ 141,78
Honorar	1.3.2011	€ 173,22
Gesamt	1.3.2011	€ 315,--

verrechenbar.

5.4. Diagnostische ERCP

5.4.1.

Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist ab 1.3.2011 eine Fallpauschalvergütung in Höhe von

Haus	€ 500,00
Honorar	€ 500,00
Gesamt	€ 1.000,00 verrechenbar.

5.4.2.

Für zusätzlich durchgeführte Coloskopien sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankenanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	<u>Kriterien</u>
Größe in m ²	Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer). PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien. PatientInnenzimmer $\leq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\leq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) jedoch $\geq 16,5\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 10,5\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt nicht bei Zusatzkriterien.
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbaren Kopf- und Fußteil (mechanisch)
Tisch, Sessel	Tisch; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon (P)	Je Bett, ohne Bereitstellungsgebühren
TV (P)	Kabel- oder Satelliten TV je Zimmer, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett
Radio (P)	Rundfunkempfang je Bett mit Handhörgerät oder Kopfhörer
Speisen + Getränke (P)	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäfte, Obst
Kleiderschrank (P)	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett

b) Pflegekomponente:

PflegedienstleiterIn	Sonderausbildung für Führungsaufgaben (siehe Übergangsregelungen in der Legende)
----------------------	--

1.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

	EG	<u>Kriterien</u>	Punkte
PatientInneninformationsmappe	100%	pro PatientIn	15
Bademantel (P)	100%		5
Wertfach (P)	100%	je Bett	10
Tageszeitung (P)	100%	Mindestens eine Tageszeitung pro Bett	10
Speisen + Getränke	100%	<ul style="list-style-type: none"> 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen (EU-Verordnung 2092/1991) 	5

		<ul style="list-style-type: none"> • bei 40% des Wareneinsatzes additiv • bei 50% des Wareneinsatzes additiv 	5 5
Betten	80%	Aller Betten höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.	15
Vorhänge, Bilder	100%	Vorhanden	5
Air Condition	50%	Kühlfunktion	5
Cafeteria (P)	100%	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet	15
Kostenlose Zwischenmahlzeiten (P)	100%	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware	5
		Summe	100

EG: mindester Erfüllungsgrad, auf die Anzahl der Vertragszimmer umgelegt, um die Punkte zu erhalten, z.B. 100% der Bäder müssen eine Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
	Technische Ausstattung, zusätzlicher technischer Komfort	
80%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett (additiv zu EG 50%)	5
50%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett	5
100%	- TV/Bett (P)	10
100%	- Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion, oder Ruf über das bettseitige Telefon direkt zur Stationsschwester mit Knopfdruck (P)	10
	Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	
95% ¹	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 90%²</u>	5
90%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 80%³</u>	5
80%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m²⁴</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärebereich (im Zweibettzimmer)</u>	
80%	- Dusche (Bad)/WC getrennt	15
	<u>Toiletteartikel</u>	
100%	- Toiletteset (Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile) inklusive Hausschuhe/Pantoffel (P)	5
100%	- <u>Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)</u>	5
	Bauliche Ausstattung	
80%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers) (additiv zu EG 50%)	10
50%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers)	5
50%	- Balkon	15
	<u>Infrastruktur/Haus</u>	
	- PatientInnen-Restaurant (nur für PatientInnen und deren BesucherInnen) (P)	5

	- à la carte Speisen (P)	10
	- Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen (P)	5
	- Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen (P)	15
	- Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	15
	- Zeitschriften- und Buchverkauf (P)	5
	- FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar (P)	15
	- Bezahlung mittels Bankomatkarte (P)	5
	- Zusätzlich mittels Kreditkarte (P)	5
	<u>Lage/Haus</u> - gelegen im Park (mind. 5.000 m ²); Punkte für Garten sind zusätzlich verrechenbar	5
	<u>Summe</u>	185

¹ Für 2004, ab 2005 100% EG

² Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

³ Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

b) Pflegekomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
- über 80% (additiv zu über 60%) - über 60%	Anteil des diplomierten am Gesamtpflegepersonal im stationären Bereich	10 5
100%	Jährlicher durchschnittlicher Zeitaufwand für Fortbildung pro Pflegeperson - über 8 Stunden	5
100%	Bezugspflege; eine die gesamte Betreuung koordinierende Pflegeperson pro Schicht. (P)	5
100%	Aufnahmegespräch (P)	5
100%	Vereinbaren/Besprechen der Pflege mit den PatientInnen (P)	5
100%	Fachspezifisch standardisiertes Entlassungsmanagement spitals-interne/-externe Organisation (P)	5
100%	Stationsleitung im stationären Versorgungsbereich hat Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement. Anerkennungsbestimmungen siehe Legende. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind auf die Dauer von längstens 12 Monaten ausgenommen.	5
	<u>Summe</u>	45

c) Organisationskomponente

	Gültige Direkverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif	15
	Summe – Zusatzkriterien	245

2. Legende zum Sonderklasse-Anforderungsprofil

2.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

Größe in m ²	„Zimmereinheit“ = PatientInnenzimmer, Nassräume, Vorraum
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbarem Kopf- und Fußteil (mechanisch), für die PatientInnen selbst leicht zu bedienen)
Tisch, Sessel	Tisch und Sessel zur Einnahme der Mahlzeiten; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon	Je Bett; langes Kabel, um es auch auf das Bett stellen zu können; keine Grundgebühr, keine Bereitstellungsgebühr
TV	Kabel- oder Satelliten-TV pro Zimmer, mittels Fernbedienung ein- und ausschaltbar, 1 Fernbedienung pro Bett, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Radio	Rundfunkempfang je Bett, Handhörgeräte oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäften, Obst.
Kleiderschrank	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett, mit Teil zum Hängen und Teil mit Fächern zum Legen.

b) Pflegekomponente

PflegedienstleiterIn	<p>Abgeschlossene Sonderausbildung für Führungsaufgaben muss vorhanden sein; diese kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als sonderausbildungskonform akzeptiert sein.</p> <p>Übergangsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die seit mindestens 7 Jahren als PflegedienstleiterInnen angestellten Personen wird diese Regelung nicht angewandt • Für PflegedienstleiterInnen, die zwischen 2001 und 2003 eingestellt wurden, muss der Nachweis der rechtsgültigen Anmeldung erfüllt sein. <p>Die interimistische Besetzung der Pflegedienstleitung ist von diesem Kriterium ausgenommen.</p>
----------------------	--

2.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

PatientInnen-informationsmappe	Auf alle Kriterien des Anforderungsprofils, die mit „P“ gekennzeichnet sind, muss in der Mappe beschreibend hingewiesen werden.
Bademantel	Unisex, 2 Größen (M,L), kostenlos
Wertfach	Ein mit dem Schrank fest verschraubtes verschließbares (Schlüssel oder Code) Wertfach, kostenlos.
Tageszeitung	Eine aktuelle Tageszeitung pro Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	50% bzw. 40% bzw. 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, (EU-Verordnung 2092/1991); für diese 50% bzw. 40% bzw. 30% können Produktpaletten durch die PKA bestimmt werden, diese müssen dann allerdings zu 100% aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, nachgewiesen mittels einer Bestätigung, die durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle ausgestellt werden muss (gilt auch für Fertigménüs). Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.
Betten	Höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, auch für bettlägrige PatientInnen mittels Fernbedienung leicht zu bedienen; Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.
Vorhänge, Bilder	Vorhänge, Rollos, Jalousien, etc. im PatientInnenzimmer, Bilder (Außenjalousien, zwischen den Fensterscheiben montierte Jalousien und ähnliches werden nicht gewertet).
Air Condition	Kühlfunktion; auf Hygienevorschriften entsprechend den üblichen Krankenhausstandards muss geachtet werden
Cafeteria	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet, 20% Sitzgelegenheiten der tatsächlich kategorisierten Bettenanzahl müssen vorhanden sein.
Kostenlose Zwischenmahlzeiten	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware

2.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

Zusätzlicher Telefonanschluss für Fax/Internet etc., je Bett	Es muss die Möglichkeit gegeben sein, dass PatientInnen ihre eigenen Geräte mitbringen und anstecken können, kostenlos, ausgenommen die Verbindungsentgelte.
TV/Bett	Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos. Es gelten sowohl Bedside TV-Geräte, als auch vis a vis von den PatientInnen aufgestellte Geräte. Eine Aufstellung von TV-Geräten übereinander ist nicht zulässig. Die Aufstellung der TV-Geräte hat zueinander in einem Achswinkel von mindestens 50° zu erfolgen.
Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion	Übersichtlich und leicht bedienbar, gut verständlich, nachts beleuchtete Druckknöpfe; gleichwertig ist die Lösung über direkten Ruf per Telefon ins Schwesternzimmer mit Druckknopf.
Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	Für die Erfüllung der Mindestgröße werden die Größen beider

	Nassraumeinrichtungen zusammengerechnet.
Dusche (Bad)/WC im Zweibettzimmer getrennt	Dusche (Bad) und WC sind in getrennten Räumlichkeiten untergebracht.
Toiletteset inklusive Hausschuhen/Pantoffel	Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile – einzeln und hygienisch verpackt; Einmalhausschuhe unisex, hygienisch verpackt, kostenlos. Duschbad, Shampoo und Seife kann auch im Spender vorhanden sein.
Föhn und Vergrößerungsspiegel je Zimmereinheit.	Transportables Föhngerät auf Wunsch, auch für bettlägrige PatientInnen verwendbar, mit Warm- und Kaltstufe; ev. abnehmbar und transportabel, kostenlos.
Vorraum	Zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers, mind. 2 m ² groß, Zugang zu Bad/WC muss vom Vorraum aus sein, räumlich abgegrenzt (idealerweise mit Türen) zur Wahrung der Intimsphäre der PatientInnen (Sichtschutz). Vorhang gilt nicht als Abgrenzung.
Balkon	Muss die Möglichkeit bieten, einen Sessel oder Rollstuhl hinaus stellen zu können, sollte auch entsprechenden Sonnenschutz (Schirm) haben
PatientInnen-Restaurant	Die PatientInnen müssen die Möglichkeit haben, gemeinsam mit anderen PatientInnen in einem eigenen Speiseraum (keinesfalls im Personalspeiseraum) zu essen, in gediegenem Ambiente und mit freundlichem Servierpersonal, PatientInnen-Restaurant und Cafeteria müssen sich in getrennten Räumlichkeiten befinden. Mindestanzahl der Sitzplätze 20.
À la carte Speisen	Zusätzlich zu den Menüs muss es sowohl im Zimmer als auch im PatientInnen-Restaurant – falls Restaurant vorhanden - die Möglichkeit geben, À la carte zu essen zu den üblichen Essenszeiten gegen Entgelt. Darunter ist die Auswahl aus mindestens 5 Hauptspeisen und 5 Snacks zu verstehen.
Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen	Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen.
Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen	Behördlich genehmigte Autoabstellplätze, eigens für PatientInnen und BesucherInnen ausgewiesene, am Areal des Krankenhauses gelegen. Für PatientInnen, bei denen eine Kostenabrechnung mit der KFA erfolgt, muss die Benutzung von Abstellplätzen kostenlos sein, für Tiefgaragenplätze darf max. €3.-/Stunde verlangt werden. Anzahl in Höhe von 30% der kategorisierten Betten.
Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	Auf dem Areal des Krankenhauses gelegen, Exklusivnutzung für PatientInnen, deren BesucherInnen und das Krankenhauspersonal, Bänke, Gartensessel und Gartentische zum Ausrasten müssen vorhanden sein.
Zeitschriften- und Buchverkauf	Gängigste Tages- und Wochenzeitschriften, aktuelle österreichische Bestseller, häufig nachgefragte Bücher.
FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar	Müssen auch aufs Zimmer kommen.
Gelegen im Park (mind. 5.000 m ²)	Gepflegte, befestigte Wege, übersichtlich, keine öffentliche Parkanlage, keine Nutzungsrechte durch andere Institutionen.

b) Pflegekomponente

Diplomiertes Pflegepersonal	Anteil des diplomierten Pflegepersonals am Gesamtpflegepersonal (pro Kopf) im stationären Bereich muss in den Personalakten der Pflegedirektion nachprüfbar sein.
Fortbildung des Pflegepersonals	Der jährliche Zeitaufwand für Fortbildung pro MitarbeiterIn im Pflegebereich muss durch geeignete Unterlagen in der Pflegedirektion nachprüfbar sein, zumindest innerhalb der jeweils letzten 3 Jahre mehr als 24 Fortbildungsstunden; gilt auch für Teilzeitkräfte.
Individuelle persönliche Betreuung (muss abgestimmt sein auf die Befindlichkeit und Wünsche der PatientInnen sowie auf die vorhandenen Ressourcen)	Den PatientInnen steht eine diplomierte Pflegeperson zur Seite, die jeweils die Verantwortung/Koordination für die gesamte Betreuung im Rahmen ihrer Schicht übernimmt. Somit können persönliche Wünsche der PatientInnen in den Tagesablauf eingeplant werden. Einfordern der täglichen Pflegevisite durch die Pflegeperson der Tagschicht, auch um die eigene Pflege zu evaluieren mit Dokumentation.
Aufnahmegespräch	Ein durchgeführtes persönliches Aufnahmegespräch muss in der Pflegedokumentation in fachspezifischen standardisierten Formularen niedergeschrieben sein.
Besprechen der Pflege	Pflegevisite bei 1 PatientInnen/Woche/Station durch die Pflegedienstleitung oder einer von ihr bestellten, leitenden Pflegeperson oder der qualitätsbeauftragten Person mit entsprechender fachspezifisch standardisierter Dokumentation.
Entlassungsmanagement	Abfrage und Dokumentation (fachspezifisch standardisiert) des Entlassungsmanagements und Organisation der entsprechenden Hilfestellungen zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Transport • Versorgungs- und Betreuungsnotwendigkeiten • Medikamente
Stationsschwester	Muss Weiterbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ erfolgreich absolviert haben; ist Teil der Sonderausbildung für Führungsaufgaben; die Weiterbildung kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als weiterbildungskonform akzeptiert sein. Vor 1.1.2004 bestellte Stationsleitungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits eine 10-jährige Tätigkeit als Stationsleitung ausgeübt haben, sind von dieser Regelung ausgenommen. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind, auf die Dauer von längstens 12 Monaten, von dieser Regelung ausgenommen.

a) Organisationskomponente

	Gültige Direktverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif
--	--

D. Gebühren

1. Krankengeschichten

Für Abschriften von Krankengeschichten wird gemäß Punkt A.7. von der KFA € 16,54 vergütet.

2. Nachtragsrechnungen

Im Falle von Nachtragsrechnungen wird gemäß Punkt A.3.4. der Grundvereinbarung von der KFA pro Rechnung eine Bearbeitungsgebühr von € 50,-- in Abzug gebracht.

E. Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2012 in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2012 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Vor Ablauf dieser Vereinbarung in Behandlung genommene Fälle werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet.

1.3.

Ab dem 1.1.2013 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.4.

Diese Vereinbarung erlischt ohne Kündigung im Falle der Auflösung der KFA oder der Krankenanstalt.

Graz am 19.4.2012

Für die Privatklinik Leech GmbH.

Für die Stadt Graz:
Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

V E R E I N B A R U N G

abgeschlossen

zwischen der

Sanatorium Hansa Gesellschaft m.b.H.

8010 Graz, Körblergasse 42, im Folgenden kurz "Krankenanstalt" genannt

und der

**Stadt Graz für die Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten
der Landeshauptstadt Graz**

8011 Graz, Schmiedgasse 26, im Folgenden kurz "KFA" genannt

**über die direkte Verrechnung von Leistungen in der Sonderklasse Mehrbettzimmer für
Anspruchsberechtigte der KFA, die dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.**

A. Grundsätze

1. Gegenstand der Vereinbarung

Diese Vereinbarung legt die Rahmenbedingungen fest, nach denen medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen von entsprechend anspruchsberechtigten Personen in der Krankenanstalt direkt zwischen der KFA und der Krankenanstalt abgerechnet werden.

2. Allgemeines

2.1. Medizinische Notwendigkeit

Von der Vereinbarung umfasst sind nur medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in der Krankenanstalt. Grundlage für die Entscheidung ist die die Aufnahme begründende Diagnose/Therapie.

Die Frage, ob eine stationäre Behandlung in der Krankenanstalt medizinisch notwendig ist bzw. für welche Dauer, ist nach objektiven rein medizinischen Maßstäben zu beantworten.

Kein Leistungsgegenstand der KFA sind:

- Kosmetische Behandlungen
- Maßnahmen der Rehabilitation
- Pflegefälle
- Behandlungen in Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften
- Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

Darüber wurden die Anspruchsberechtigten durch die KFA in Kenntnis gesetzt.

2.2. Anforderungsprofil für die Sonderklasse

Von der Vereinbarung umfasst sind weiters nur stationäre Heilbehandlungen, bei denen die im Punkt C. 1. festgelegten Qualitätskriterien erfüllt werden.

2.3. Ärztliche Leistung

PatientInnen der Sonderklasse haben nach Maßgabe der organisatorischen Gegebenheiten die Möglichkeit, von einer Fachärztin/einem Facharzt ihrer Wahl behandelt und betreut zu werden.

2.4. Tagesklinische Behandlungen

Für den Fall, dass auch eine Tagesklinik-Vereinbarung besteht, gilt der Inhalt der stationären Vereinbarung sinngemäß, außer die Tagesklinik-Vereinbarung sieht abweichende Regelungen vor.

2.5. Ambulante Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

2.6. Pflichtversicherungen

Bei Anspruchsberechtigten, deren Pflichtversicherung auch Leistungen der Sonderklasse erbringt, wird für alle Honoraranteile dieser Vereinbarung ein Abschlag von

30 % berechnet. Dieser Abschlag entfällt beim Konsiliarhonorar (gem. Pkt. B.4) und beim Honoraranteil der Spontangeburt (gem. Pkt. B.5.1), da die KFA für diese Leistungen kein Honorar an die Ärztinnen/Ärzte bezahlt.

2.7.

Systematisch falsch oder gar nicht aufgeschlüsselte oder nicht vertragskonform erstellte Rechnungen können aus verwaltungstechnischen Gründen nicht bearbeitet werden und werden an den Rechnungssteller retourniert, ausgenommen Honoraraufteilungen gemäß Punkt B.1.2..

2.8.

Alle in dieser Vereinbarung angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

2.9.

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen.

3. Verrechnung

3.1.

Die KFA wird für ihre Anspruchsberechtigten bei gegebenem Leistungsanspruch Hauskosten und Honorare, in der Folge kurz "Kosten" genannt, sowie die verrechenbaren Kosten für eine Begleitperson von Kindern nach Maßgabe dieser Vereinbarung mit der Krankenanstalt direkt verrechnen, sofern sie für die jeweilige stationäre Heilbehandlung eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat.

3.2. Die Kostenübernahmeerklärung lautet:

3.2.1. Übernahme der Aufzahlungskosten der Sonderklasse – Zweibettzimmer für KFA-Anspruchsberechtigte.

3.2.2. Übernahme der vollen Kosten für eine Begleitperson laut B.2.1.3..

3.3.

Die Kostenübernahmeerklärung kann in der Regel von der Patientin/vom Patienten vor der Aufnahme in stationäre Behandlung vorgelegt werden. Ansonsten muss sie von der Krankenanstalt unverzüglich bei der Aufnahme bei der KFA schriftlich angefordert werden.

Hiebei sind folgende Mindestangaben erforderlich:

(Datensatz laut ÖNORM K2201-1), das sind:

- Krankenanstalt (Identnummer und Anstaltsart),
- Leistungserbringerin/Leistungserbringer (Ärztin/Arzt mit Identnummer und Fach),
- Patientin/Patient (Mitglieds- und Sozialversicherungsnummer, Familien- und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Begleitperson),
- Aufnahmezeiten (Aufnahmezahl, Datum, Art der Unterbringung und Zimmer-Nr.) sowie

- Medizinische Daten (Diagnose, frühere/geplante Untersuchungen und Therapien).

Unter Zugrundelegung dieser Angaben verpflichtet sich die KFA, unverzüglich, d.h. nach Möglichkeit am Tage der Anforderung, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Anforderung folgenden Werktages (außer Samstag), schriftlich entweder die Kostenübernahmeerklärung auszustellen, nähere Informationen bei der Krankenanstalt einzuholen oder mitzuteilen, dass kein Leistungsanspruch gegeben ist.

Wenn Informationen eingeholt werden, wird die Frist für die Abgabe der Stellungnahme der KFA bis zur Erteilung der Information gehemmt. Nach Eingang der vollständigen Informationen ist die Stellungnahme wie vorstehend abzugeben.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung nur für eine begrenzte Zeitdauer abgegeben und ergibt sich aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit einer Verlängerung der stationären Heilbehandlung, so ist nach Möglichkeit drei Werktage vor Ablauf der Zeitdauer, für die die Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, spätestens aber am vorletztem Werktag (außer Samstag), eine neue Kostenübernahmeerklärung anzufordern. Die KFA hat die Anforderung dieser Kostenübernahmeerklärung nach den oben festgelegten Grundsätzen zu behandeln.

Die Krankenanstalt wird die PatientInnen bzw. deren Angehörige in geeigneter Weise über die Art der Kostenübernahme der KFA informieren, insbesondere dann, wenn die KFA die Kosten nicht/nicht mehr oder nicht in voller Höhe (mit Begründung) übernimmt.

3.4.

Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt nach der Entlassung der Patientin/des Patienten aus der Krankenanstalt. (Bei einem mehrzeitigen Behandlungskonzept erfolgt die Rechnungslegung nach Abschluss der mehrzeitigen Behandlung, spätestens jeweils nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes).

3.4.1.

Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

Als Zahlungsfrist wird ein Zeitraum von 6 Wochen ab Einlangen der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der KFA vereinbart.

3.4.2.

Im Falle eines Zahlungsverzuges können Verzugszinsen für den aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag in Höhe von 3 Prozentpunkten p.a. über dem zum Rechnungsdatum gültigen, von der ÖNB veröffentlichten, 3-Monats-EURIBOR in Rechnung gestellt werden.

3.4.3.

Wenn für die Abrechnung begründet, zusätzliche medizinische Informationen, über die die Krankenanstalt oder die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt verfügen, erforderlich sind, tritt vom Tage der Anforderung der erforderlichen Informationen durch die KFA bis zum Zeitpunkt der Übermittlung der Informationen an die KFA Fristhemmung ein. Diese Anforderung versteht sich in der Regel als einmalige Anforderung pro Fall.

3.4.4.

Die Vertragsparteien streben in gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufenthalten von den dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehörenden Personen im Sinne dieser Vereinbarung, spätestens 12 Monate nach Beendigung des jeweiligen Aufenthaltes abzuschließen. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien folgende Vorgangsweise:

3.4.4.1.

Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die Rechnung über den jeweiligen Aufenthalt binnen 8 Wochen nach Beendigung des Aufenthaltes an die KFA abzusenden.

3.4.4.2.

Sofern eine Abgabefrist von 6 Monaten nicht eingehalten wird, gilt der Anspruch der Krankenanstalt gegenüber der KFA als erloschen.

3.4.4.3.

Die KFA hat die Rechnung binnen 6 Monaten ab Einlangen entweder dadurch zu erledigen, dass Zahlung geleistet wird (ausschlaggebend ist das Datum des Überweisungsbeleges) oder dass binnen 6 Monaten eine als solche ausdrücklich bezeichnete „endgültige Ablehnung“ schriftlich (auch via Fax oder e-mail) an die Krankenanstalt abgesendet wird.

3.4.4.4.

Sofern und soweit binnen der sechsmonatigen Frist weder die Überweisung vorgenommen, noch eine ausdrückliche schriftliche, endgültige Ablehnung an die Krankenanstalt versendet worden ist, gilt die Rechnung ausdrücklich und unwiderruflich als seitens der KFA anerkannt und kann gegen den geltend gemachten Anspruch kein wie immer gearteter Einwand erhoben werden (Präklusion des Einspruchsrechts).

3.4.4.5.

Binnen 4 Monaten nach Einlangen einer, als solche bezeichneten „endgültigen Ablehnung“ hinsichtlich des ganzen in Rechnung gestellten Betrages oder hinsichtlich eines Teiles davon, ist die Krankenanstalt berechtigt, das Schlichtungsverfahren hinsichtlich des Anspruches einzuleiten. Diese Frist ist gewahrt, wenn diese Sachverhaltsdarstellung schriftlich innerhalb innerhalb der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.4.6.

Wird eine gänzlich oder teilweise durch „endgültige Ablehnung“ seitens der KFA abgelehnte Rechnung nicht binnen 4 Monaten bei der Schlichtung eingebracht, erklärt damit die Krankenanstalt gegenüber der KFA den Verzicht auf die in Rechnung gestellten, aber „endgültig abgelehnten“ Beträge.

3.4.5.

Nachverrechnungen sollen nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden und können nur innerhalb von 12 Monaten ab Beendigung eines Aufenthaltes eingebracht werden. Sollte es

zu Nachverrechnungen kommen, die von der Krankenanstalt bzw. von den ÄrztInnen veranlasst worden sind, ist die KFA berechtigt, der Krankenanstalt für den sich dadurch ergebenden Verwaltungsaufwand als Bearbeitungsgebühr pro Rechnung den in Punkt D. 2. angeführten Betrag in Rechnung zu stellen. Die Kosten für von ÄrztInnen veranlasste Nachverrechnungen können von der Krankenanstalt weiterverrechnet werden.

3.4.6.

Die Abrechnung hat zu enthalten:

- a) Mitgliedsnummer
- b) Familien- und Vorname sowie Geburtsdatum und Geschlecht der Patientin/des Patienten.
- c) Sozialversicherungsträger
- d) Sozialversicherungsnummer
- e) Zimmernummer, wenn nicht ident mit Aufnahmeanzeige
- f) Aufenthaltsdauer (Anzahl der Verpflegungstage und Daten des Aufnahme- und Entlassungstages)
- g) Entlassungsart (insbesondere zum frühzeitigen Erkennen von Transferfällen)
- h) Haupt- und zusätzliche Diagnosen
- i) Art des operativen Eingriffes bzw. durchgeführte Behandlung (Medizinische Einzelleistungen/Arztbrief/OP-Bericht)
- j) Detaillierte Angaben über Hauskosten und Honorare

4. Kosten

4.1.

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) und technische Fächer sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, das für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von den HauptbehandlerInnen angeordnet werden und die Leistung von einer Ärztin/von einem Arzt mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.2.

Da die Krankenanstalt keine medizinisch abgeschlossenen Fachabteilungen hat, sondern ein offenes Belegkrankenhaus ist, kann die Übernahme von anderen HauptbehandlerInnen nur bei einer geänderten Hauptdiagnose und einer dadurch erforderlichen Änderung des medizinischen Fachgebietes erfolgen. In diesen Fällen wird die Weiterbehandlung bezüglich des Hauptbehandlungshonorars als Neuaufnahme honoriert, und zwar wie in einem Transferierungsfall in einem öffentlichen Krankenhaus. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, in einem solchen Fall, der KFA unverzüglich schriftlich Mitteilung zu machen.

Im Falle einer Transferierung von einer öffentlichen Krankenanstalt oder einer anderen Privatkrankenanstalt ist sinngemäß vorzugehen. Wird aber nach einer solchen Transferierung die in der übergebenden Krankenanstalt begonnene Behandlung fortgesetzt,

so ist hinsichtlich der Hauskosten und Honorare von einem durchgehenden Behandlungsfall auszugehen. Dies auch dann, wenn mit der Transferierung ein Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes verbunden ist. Die KFA bezahlt bei durchgehenden Behandlungsfällen keine Pflage tage doppelt, d.h. sollte seitens der abgebenden Krankenanstalt der Transferierungstag verrechnet werden, so geht dieser zu Lasten der aufnehmenden Krankenanstalt.

4.3.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten A.3.2.1. und A.3.2.2. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.3.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Punkt B.

4.3.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2002 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt B.3.2. bis B.3.5..

5. Behandlung durch BelegärztInnen

Die Krankenanstalt verpflichtet sich auf die bei ihr tätigen ÄrztInnen einzuwirken, dass die grundsätzlichen und honorarrelevanten Inhalte eingehalten werden (das sind neben der Honorarordnung insbesondere die Schlichtungsklausel).

Die Krankenanstalt erkennt an, dass sie für die von den BelegärztInnen veranlassten und durchgeführten medizinischen Eingriffen und Behandlungen abrechnungstechnisch verantwortlich ist. Sie wird deshalb die BelegärztInnen verpflichten, genaue Aufzeichnungen über die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu führen.

6. Mehrkosten

6.1.

Außer den in dieser Vereinbarung angeführten Hauskosten und Honoraren dürfen Beträge, unter welchem Namen immer, weder der Patientin/dem Patienten (Unterhaltspflichtigen) noch der KFA angerechnet werden. Wenn die Patientin/der Patient zusätzliche, über das vertragliche Ausmaß hinausgehende Leistungen ordert, sind diese der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen. Für derartige Leistungen obliegt der Krankenanstalt die vorherige Hinweispflicht.

6.2.

Es ist der Krankenanstalt gestattet, Pflegegebühren (Pflegekosten-)Ersätze oder allenfalls LKF-Gebühren, deren Bezahlung die KFA verweigert oder die diese nicht direkt mit der Krankenanstalt verrechnet, der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen.

6.3.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung befristet abgegeben und die darüber hinausgehenden Tage des Aufenthaltes werden als Verlängerung nicht akzeptiert, so können die diesen Teil des Aufenthaltes betreffenden Leistungen der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn die Patientin/der Patient oder deren Angehörige über die fehlende weitere Deckung der Kostenzusage informiert wurde und die Patientin/der Patient trotzdem (auf Anraten der Behandlerin/des Behandlers) auf eigenen Wunsch in stationärer Pflege verbleibt.

7. Krankengeschichten und verwaltungsmäßige Auskünfte

7.1.

Die KFA ist berechtigt, über bestehende oder frühere Erkrankungen und Gebrechen Erkundigungen einzuziehen.

Die KFA erklärt, dass sie bereits anlässlich der Antragsannahme jedenfalls schriftlich ermächtigt wurde, bei Krankenanstalten und ÄrztInnen alle mit der Anspruchsberechtigung (Versicherungsschutz) in Zusammenhang stehenden Auskünfte einzuholen.

7.2.

Verwaltungsmäßige Auskünfte und medizinische Informationen zu Fragen der Kostenübernahme und/oder Verrechnung (z.B.: Anamnese, OP-Bericht, Entlassungsbericht) werden kostenfrei zur Verfügung gestellt.

7.3.

Für Abschriften von Krankengeschichten wird der in Punkt D. 1. angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragsparteien Differenzen über die Interpretation von Bestimmungen aus dieser Vereinbarung, so werden diese zwischen den beiden ausgetragen. Kommt es zwischen der rechnungslegenden Krankenanstalt und der KFA zu keiner Einigung, wird der Fall einem Schlichtungsausschuss vorgelegt. Der Schlichtungsausschuss kann nach Bedarf von beiden Vertragsparteien einberufen werden. Ab Einberufung ist der Fall bei Vorliegen aller erforderlichen Informationen innerhalb einer Frist von 6 Monaten zu erledigen.

Der Schlichtungsausschuss wird paritätisch mit Mitgliedern beider Vertragsparteien besetzt. Der Schlichtungsausschuss kann Entscheidungen nur einvernehmlich treffen.

8.2.

Eine Kostenverrechnung an die Anspruchsberechtigten/PatientInnen ist jedenfalls in jenen Fällen zulässig, in denen eine Ablehnung der Kostentragung durch die KFA aus Gründen erfolgt, die das individuelle Vertragsverhältnis zwischen KFA und Anspruchsberechtigten betreffen (z.B. Leistungsausschlüsse, keine oder unvollständige Deckung der Kosten, Deckungsmängel usw.).

8.3.

Die KFA wird unstrittige bzw. vom Schlichtungsausschuss anerkannte Beträge innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen ab jeweiliger Rechnungslegung anweisen. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien beginnt die Zahlungsfrist von 4 Wochen mit dem Datum der Einigung (Genehmigung des Protokolls) zu laufen.

8.4.

Der KFA wird die Möglichkeit zu detaillierten Revisionen von Abrechnungsfällen eingeräumt. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die hierfür vorhandenen und erforderlichen Unterlagen vor Ort zur Verfügung zu stellen. Diese Revisionen können maximal 1x pro Jahr erfolgen. Außerordentliche Revisionen sind aus begründetem Anlass möglich.

Der Termin der Revision und deren Inhalt und Umfang werden einvernehmlich mit der Krankenanstalt/dem Rechtsträger festgelegt. Der Rechtsträger kann VertreterInnen entsenden.

Strittige Ergebnisse der Revision werden im Schlichtungsausschuss behandelt. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien wird als Zahlungsfrist ein Zeitraum von 4 Wochen ab Datum der Einigung vereinbart. Ein Rückzahlungsanspruch kann nur in jenen Fällen entstehen, in denen es zu keiner Präklusion des Einspruchsrechtes im Sinne des Punktes A. 3.4.4. gekommen ist.

8.5.

Die Vertragsparteien halten fest, dass der KFA auf Grund der erfolgten Aufnahme der Anspruchsberechtigten in den Fonds für Zusätzliche Leistungen die Prüfung des stationären Aufenthaltes eingeräumt ist. Davon erfasst ist, dass die Chefärztin/der Chefarzt der KFA die Patientin/den Patienten in der Krankenanstalt besucht, mit der Hauptbehandlerin/dem Hauptbehandler Gespräche führt, und in die erforderlichen Unterlagen bei kurzfristiger Terminvereinbarung Einsicht nehmen kann, weiters kann die KFA ihren Besuchsdienst in die Krankenanstalt entsenden.

9. Vergleichbarkeit Vertrag Private Krankenversicherungen Österreichs

Es gilt als vereinbart, dass die im Vertrag mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Sektion Krankenversicherungen, jeweils festgesetzten Preise und Bedingungen analog in diesem Vertrag fixiert werden.

B. Hauskosten und Honorare

1. Allgemeine Regelungen

1.1. Interdisziplinäre Behandlungen

1.1.1.

Operative und konservative BehandlerInnen

1.1.1.1.

Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Fachabteilungswechsel und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Abteilungen/beide ÄrztInnen insgesamt das Operationshonorar und 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.1.2.

Bei akuter Aufnahme

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind sowohl für die konservativ behandelnde/konservativ abklärende wie auch für die operierende Abteilung jeweils 100% des Honorars verrechenbar.

Von diesen beiden Abteilungen können während desselben Aufenthaltes zusätzlich keine Konsilien in Rechnung gestellt werden.

Erfordert die konservative Behandlung und/oder konservative Abklärung einen kürzeren Zeitraum als 3 Tage, so ist wie bei „elektiver Aufnahme“ abzurechnen.

1.1.1.3.

Postoperative Behandlung

Wird die Nachbehandlung der Patientin/des Patienten nicht von der Operateurin/von dem Operateur oder durch die Abteilung, an der die Patientin/der Patient operiert wurde, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten der Nachbehandlerin/des Nachbehandlers oder der nachbehandelnden Abteilung zu kürzen.

1.1.1.4.

Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt B.4.5.).

Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

1.1.2.

Mehrere konservative BehandlerInnen

1.1.2.1.

Bei medizinisch indiziertem Wechsel der Fachabteilung und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.2.2.

Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch FachärztInnen verschiedener Richtungen sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.3.

Mehrere operative BehandlerInnen

Die Honorierung mehrerer operativer BehandlerInnen ist unter Punkt B.3.3. bis B.3.5. geregelt.

1.2. Transferierung

Transferfälle zwischen 2 Krankenanstalten innerhalb eines Bundeslandes bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind wie ein (1) Behandlungsfall zu verrechnen.

Die Aufteilung der Honorare zwischen den ÄrztInnen bzw. die Aufteilung der Hauskosten zwischen den Krankenanstalten erfolgt aliquot gemäß den verrechneten bzw. verrechenbaren Honoraren und Hauskosten (nach der Aufenthaltsdauer) und wird nach Vorliegen aller Rechnungen durch die KFA vorgenommen.

1.3.

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

1.4. Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei einem (1) Krankheitsgeschehen im konservativen Behandlungsfall

Bei Chemotherapien und anderen Serienbehandlungen wird ein mehrzeitiges Vorgehen innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten als durchgehender Behandlungsfall angesehen.

2. Hauskosten

2.1. Pflegegebühren

2.1.1.

- Zweibettzimmer ab 1.3.2012 € 149,34 pro Tag

2.1.2.

Qualitätsbonus pro Tag gemäß Anforderungsprofil

- Sanatorium Hansa ab 1.3.2011 € 26,01 pro Tag

2.1.3.

Begleitperson € 59,95 pro Tag

2.2. Technische Pauschalen

2.2.1.

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Nuklearmedizin, Fremdleistungen etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Verpflegungsfall entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

2.2.2.

Nichtoperative Fälle

2.2.2.1.

	ab 1.3.2012	
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	446,63
3 Tage	100%	446,63
4 Tage	110%	491,29
5 Tage	120%	535,96
6 Tage	130%	580,62
7 Tage	140%	625,28
8 Tage	145%	647,61
9 Tage	150%	669,95
10 Tage	155%	692,28
11 Tage	160%	714,61
12 Tage	165%	736,94
13 Tage	170%	759,27
14 Tage	175%	781,60

2.2.2.2.

Ab dem 14. Tag bleibt die technische Pauschale für nichtoperative Fälle unverändert.

2.2.3.

Operative Fälle

2.2.3.1.

		ab 1.3.2012
OP I	20%	193,14
OP II	40%	386,28
OP III	60%	579,43
OP IV	100%	965,71
OP V	140%	1.351,99
OP VI	190%	1.834,85
OP VII	240%	2.317,70
OP VIII	320%	3.090,27

2.2.3.2.

Bei Mehrfach-Operationen kann die technische Pauschale bis zum Limit der jeweils höchsten Operationsgruppe verrechnet werden.

3. Honorare

3.1. Konservative Behandlungsfälle

3.1.1.

Das konservative Behandlungshonorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen:

		ab 1.3.2012
1 Tag	35%	131,11
2 Tage	50%	187,31
3 Tage	60%	224,77
4 Tage	70%	262,23
5 Tage	80%	299,69
6 Tage	90%	337,15
7 Tage	100%	374,61
8 Tage	105%	393,34
9 Tage	110%	412,07
10 Tage	115%	430,80
11 Tage	120%	449,53
12 Tage	125%	468,26

13 Tage	130%	486,99
14 Tage	130%	486,99
15 Tage	135%	505,72
16 Tage	135%	505,72
17 Tage	135%	505,72
18 Tage	140%	524,45
19 Tage	140%	524,45
20 Tage	140%	524,45
21 Tage	140%	524,45

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 18,73 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

3.1.2.

Durch diese Honorare sind die Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtung abgegolten.

3.2. Operative Behandlungsfälle

Ein operativer Behandlungsfall im Sinne dieser Vereinbarung liegt vor, wenn ein operatives Behandlungshonorar durch die HauptbehandlerInnen gemäß Punkt B.3.2. zur Verrechnung gelangt.

Für operative Behandlungsfälle steht das Honorar für operative Fälle zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Fälle ist nicht möglich.

3.2.1.

Honorar für operative Behandlungsfälle ab 1.3.2012

OP I	20%	157,22
OP II	40%	314,43
OP III	60%	471,65
OP IV	100%	786,08
OP V	140%	1.100,51
OP VI	190%	1.493,55
OP VII	240%	1.886,59
OP VIII	320%	2.515,46

3.2.2.

Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2002.

3.2.3.

Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtungen, ausgenommen bei Verrechnung nach der Mehrfach–Operationsgruppenregelung, abgegolten.

3.3. Mehrfach–Operationsgruppenregelung

Bei einem Krankenhausaufenthalt sind maximal zwei Operationsgruppen verrechenbar. Dabei ist die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite Operationsgruppe

3.3.1.

bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

- bei gleichem operativen Zugang zu 50 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 80 %,

3.3.2.

bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

3.3.3.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

3.3.4.

Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einer Ärztin/einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

- bei gleichem operativen Zugang zu 80 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 100 %

verrechnet werden.

3.4.

Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer FachärztInnen verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Erkrankungen können für jede Fachärztin/jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt B.3.2. verrechnet werden.

3.5.

Operationen an paarigen Organen oder in identen Regionen bei einer bereits zum Zeitpunkt des Ersteingriffes bestehenden Erkrankung und planbaren Wiederaufnahmen sind nach den Regeln gemäß Punkt B.3.3.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren.

Planbar bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Ersteingriffes der Zeitpunkt des Zweiteingriffes bereits bestimmbar ist und innerhalb eines Jahres liegt.

Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

3.6. Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlag

Für dringende Operationen an Sonn- oder Feiertagen oder während der Nacht (20.00 bis 7.00 Uhr) erhöhen sich die Operationshonorare gemäß Punkt B.3.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

4. Konsiliarleistungen

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, dass für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von der Hauptbehandlerin/vom Hauptbehandler angeordnet werden und die Leistung von ÄrztInnen mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.1. Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ab 1.3.2012 ein Honorar von € 70,-- verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 53,04.

4.2.

4.2.1. Das Honorar pro klinischem Konsilium mit endoskopischer Leistung (Gastroskopie oder Coloskopie) beträgt € 205,17.

4.2.2.

Punkt B.4.2.1. ist zu 100% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, die/der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt B.4.2.1. ist zu 75% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, die/der aufgrund der Bestimmungen des Ärzterehtes die gastroenterologische Endoskopie durchführen darf, aber keine entsprechende Befähigung hat (Endoskopierichtlinie der Österreichischen Ärztekammer, Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie) diese Untersuchung selbst durchzuführen und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. In allen anderen Fällen ist die invasive Sonderleistung nur zu Lasten der Hauptbehandlerin/des Hauptbehandlers verrechenbar.

4.3.

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall höchstens 3 Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. verrechenbar.

4.4.

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch eine Kinderärztin/einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ab 1.3.2012 ein Maximalhonorar von € 196,34 verrechenbar.

4.5.

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt B.3.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. ist nicht möglich.

5. Pauschalen und Sonderregelungen

5.1. Entbindungen

Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Pflegegebühren) in der Höhe von € 2.560,90 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

Technische Pauschale	ab 1.3.2012	€ 1.337,15
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.223,75

5.1.1.

Ein (1) weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung als Zweiteingriff verrechenbar.

5.1.2.

Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.2.1. und B.4.4. abgegolten.

5.1.3.

Mehrlingsgeburten: Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt B.4.4. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

5.2. Katarakt

5.2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird ab 1.3.2012 eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.726,65 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 788,27

5.2.2.

Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in Höhe von € 2.357,27 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.418,89

5.2.3.

Sofern die Operation an zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. B.3.5 nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die Gesamtfallpauschale zur Verrechnung gelangt.

5.2.4.

Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

5.3. Coloskopie

Für die Durchführung von Coloskopien außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale von

Haus	1.3.2011	€ 141,78
Honorar	1.3.2011	€ 173,22
Gesamt	1.3.2011	€ 315,--

verrechenbar.

5.4. Diagnostische ERCP

5.4.1.

Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist ab 1.3.2011 eine Fallpauschalvergütung in Höhe von

Haus	€ 500,00
Honorar	€ 500,00
Gesamt	€ 1.000,00 verrechenbar.

5.4.2.

Für zusätzlich durchgeführte Coloskopien sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankenanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	<u>Kriterien</u>
Größe in m ²	Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer). PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien. PatientInnenzimmer $\leq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\leq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) jedoch $\geq 16,5\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 10,5\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt nicht bei Zusatzkriterien.
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbaren Kopf- und Fußteil (mechanisch)
Tisch, Sessel	Tisch; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon (P)	Je Bett, ohne Bereitstellungsgebühren
TV (P)	Kabel- oder Satelliten TV je Zimmer, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett
Radio (P)	Rundfunkempfang je Bett mit Handhörgerät oder Kopfhörer
Speisen + Getränke (P)	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäfte, Obst
Kleiderschrank (P)	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett

b) Pflegekomponente:

PflegedienstleiterIn	Sonderausbildung für Führungsaufgaben (siehe Übergangsregelungen in der Legende)
----------------------	--

1.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

	EG	<u>Kriterien</u>	Punkte
PatientInneninformationsmappe	100%	pro PatientIn	15
Bademantel (P)	100%		5
Wertfach (P)	100%	je Bett	10
Tageszeitung (P)	100%	Mindestens eine Tageszeitung pro Bett	10
Speisen + Getränke	100%	<ul style="list-style-type: none"> 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen (EU-Verordnung 2092/1991) 	5

		<ul style="list-style-type: none"> • bei 40% des Wareneinsatzes additiv • bei 50% des Wareneinsatzes additiv 	5 5
Betten	80%	Aller Betten höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.	15
Vorhänge, Bilder	100%	Vorhanden	5
Air Condition	50%	Kühlfunktion	5
Cafeteria (P)	100%	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet	15
Kostenlose Zwischenmahlzeiten (P)	100%	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware	5
		Summe	100

EG: mindester Erfüllungsgrad, auf die Anzahl der Vertragszimmer umgelegt, um die Punkte zu erhalten, z.B. 100% der Bäder müssen eine Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
	Technische Ausstattung, zusätzlicher technischer Komfort	
80%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett (additiv zu EG 50%)	5
50%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett	5
100%	- TV/Bett (P)	10
100%	- Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion, oder Ruf über das bettseitige Telefon direkt zur Stationsschwester mit Knopfdruck (P)	10
	Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	
95% ¹	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 90%²</u>	5
90%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 80%³</u>	5
80%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m²⁴</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärebereich (im Zweibettzimmer)</u>	
80%	- Dusche (Bad)/WC getrennt	15
	<u>Toiletteartikel</u>	
100%	- Toiletteset (Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile) inklusive Hausschuhe/Pantoffel (P)	5
100%	- <u>Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)</u>	5
	Bauliche Ausstattung	
80%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers) (additiv zu EG 50%)	10
50%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers)	5
50%	- Balkon	15
	<u>Infrastruktur/Haus</u>	
	- PatientInnen-Restaurant (nur für PatientInnen und deren BesucherInnen) (P)	5

	- à la carte Speisen (P)	10
	- Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen (P)	5
	- Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen (P)	15
	- Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	15
	- Zeitschriften- und Buchverkauf (P)	5
	- FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar (P)	15
	- Bezahlung mittels Bankomatkarte (P)	5
	- Zusätzlich mittels Kreditkarte (P)	5
	<u>Lage/Haus</u> - gelegen im Park (mind. 5.000 m ²); Punkte für Garten sind zusätzlich verrechenbar	5
	<u>Summe</u>	185

¹ Für 2004, ab 2005 100% EG

² Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

³ Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

b) Pflegekomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
- über 80% (additiv zu über 60%) - über 60%	Anteil des diplomierten am Gesamtpflegepersonal im stationären Bereich	10 5
100%	Jährlicher durchschnittlicher Zeitaufwand für Fortbildung pro Pflegeperson - über 8 Stunden	5
100%	Bezugspflege; eine die gesamte Betreuung koordinierende Pflegeperson pro Schicht. (P)	5
100%	Aufnahmegespräch (P)	5
100%	Vereinbaren/Besprechen der Pflege mit den PatientInnen (P)	5
100%	Fachspezifisch standardisiertes Entlassungsmanagement spitals-interne/-externe Organisation (P)	5
100%	Stationsleitung im stationären Versorgungsbereich hat Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement. Anerkennungsbestimmungen siehe Legende. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind auf die Dauer von längstens 12 Monaten ausgenommen.	5
	<u>Summe</u>	45

c) Organisationskomponente

	Gültige Direkverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif	15
	Summe – Zusatzkriterien	245

2. Legende zum Sonderklasse-Anforderungsprofil

2.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

Größe in m ²	„Zimmereinheit“ = PatientInnenzimmer, Nassräume, Vorraum
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbarem Kopf- und Fußteil (mechanisch), für die PatientInnen selbst leicht zu bedienen)
Tisch, Sessel	Tisch und Sessel zur Einnahme der Mahlzeiten; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon	Je Bett; langes Kabel, um es auch auf das Bett stellen zu können; keine Grundgebühr, keine Bereitstellungsgebühr
TV	Kabel- oder Satelliten-TV pro Zimmer, mittels Fernbedienung ein- und ausschaltbar, 1 Fernbedienung pro Bett, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Radio	Rundfunkempfang je Bett, Handhörgeräte oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäften, Obst.
Kleiderschrank	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett, mit Teil zum Hängen und Teil mit Fächern zum Legen.

b) Pflegekomponente

PflegedienstleiterIn	<p>Abgeschlossene Sonderausbildung für Führungsaufgaben muss vorhanden sein; diese kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als sonderausbildungskonform akzeptiert sein.</p> <p>Übergangsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die seit mindestens 7 Jahren als PflegedienstleiterInnen angestellten Personen wird diese Regelung nicht angewandt • Für PflegedienstleiterInnen, die zwischen 2001 und 2003 eingestellt wurden, muss der Nachweis der rechtsgültigen Anmeldung erfüllt sein. <p>Die interimistische Besetzung der Pflegedienstleitung ist von diesem Kriterium ausgenommen.</p>
----------------------	--

2.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

PatientInnen-informationsmappe	Auf alle Kriterien des Anforderungsprofils, die mit „P“ gekennzeichnet sind, muss in der Mappe beschreibend hingewiesen werden.
Bademantel	Unisex, 2 Größen (M,L), kostenlos
Wertfach	Ein mit dem Schrank fest verschraubtes verschließbares (Schlüssel oder Code) Wertfach, kostenlos.
Tageszeitung	Eine aktuelle Tageszeitung pro Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	50% bzw. 40% bzw. 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, (EU-Verordnung 2092/1991); für diese 50% bzw. 40% bzw. 30% können Produktpaletten durch die PKA bestimmt werden, diese müssen dann allerdings zu 100% aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, nachgewiesen mittels einer Bestätigung, die durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle ausgestellt werden muss (gilt auch für Fertigenüs). Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.
Betten	Höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, auch für bettlägrige PatientInnen mittels Fernbedienung leicht zu bedienen; Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.
Vorhänge, Bilder	Vorhänge, Rollos, Jalousien, etc. im PatientInnenzimmer, Bilder (Außenjalousien, zwischen den Fensterscheiben montierte Jalousien und ähnliches werden nicht gewertet).
Air Condition	Kühlfunktion; auf Hygienevorschriften entsprechend den üblichen Krankenhausstandards muss geachtet werden
Cafeteria	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet, 20% Sitzgelegenheiten der tatsächlich kategorisierten Bettenanzahl müssen vorhanden sein.
Kostenlose Zwischenmahlzeiten	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware

2.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

Zusätzlicher Telefonanschluss für Fax/Internet etc., je Bett	Es muss die Möglichkeit gegeben sein, dass PatientInnen ihre eigenen Geräte mitbringen und anstecken können, kostenlos, ausgenommen die Verbindungsentgelte.
TV/Bett	Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos. Es gelten sowohl Bedside TV-Geräte, als auch vis a vis von den PatientInnen aufgestellte Geräte. Eine Aufstellung von TV-Geräten übereinander ist nicht zulässig. Die Aufstellung der TV-Geräte hat zueinander in einem Achswinkel von mindestens 50° zu erfolgen.
Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion	Übersichtlich und leicht bedienbar, gut verständlich, nachts beleuchtete Druckknöpfe; gleichwertig ist die Lösung über direkten Ruf per Telefon ins Schwesternzimmer mit Druckknopf.
Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	Für die Erfüllung der Mindestgröße werden die Größen beider

	Nassraumeinrichtungen zusammengerechnet.
Dusche (Bad)/WC im Zweibettzimmer getrennt	Dusche (Bad) und WC sind in getrennten Räumlichkeiten untergebracht.
Toiletteset inklusive Hausschuhen/Pantoffel	Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile – einzeln und hygienisch verpackt; Einmalhausschuhe unisex, hygienisch verpackt, kostenlos. Duschbad, Shampoo und Seife kann auch im Spender vorhanden sein.
Föhn und Vergrößerungsspiegel je Zimmereinheit.	Transportables Föhngerät auf Wunsch, auch für bettlägrige PatientInnen verwendbar, mit Warm- und Kaltstufe; ev. abnehmbar und transportabel, kostenlos.
Vorraum	Zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers, mind. 2 m ² groß, Zugang zu Bad/WC muss vom Vorraum aus sein, räumlich abgegrenzt (idealerweise mit Türen) zur Wahrung der Intimsphäre der PatientInnen (Sichtschutz). Vorhang gilt nicht als Abgrenzung.
Balkon	Muss die Möglichkeit bieten, einen Sessel oder Rollstuhl hinaus stellen zu können, sollte auch entsprechenden Sonnenschutz (Schirm) haben
PatientInnen-Restaurant	Die PatientInnen müssen die Möglichkeit haben, gemeinsam mit anderen PatientInnen in einem eigenen Speiseraum (keinesfalls im Personalspeiseraum) zu essen, in gediegenem Ambiente und mit freundlichem Servierpersonal, PatientInnen-Restaurant und Cafeteria müssen sich in getrennten Räumlichkeiten befinden. Mindestanzahl der Sitzplätze 20.
À la carte Speisen	Zusätzlich zu den Menüs muss es sowohl im Zimmer als auch im PatientInnen-Restaurant – falls Restaurant vorhanden - die Möglichkeit geben, À la carte zu essen zu den üblichen Essenszeiten gegen Entgelt. Darunter ist die Auswahl aus mindestens 5 Hauptspeisen und 5 Snacks zu verstehen.
Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen	Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen.
Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen	Behördlich genehmigte Autoabstellplätze, eigens für PatientInnen und BesucherInnen ausgewiesene, am Areal des Krankenhauses gelegen. Für PatientInnen, bei denen eine Kostenabrechnung mit der KFA erfolgt, muss die Benutzung von Abstellplätzen kostenlos sein, für Tiefgaragenplätze darf max. €3.-/Stunde verlangt werden. Anzahl in Höhe von 30% der kategorisierten Betten.
Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	Auf dem Areal des Krankenhauses gelegen, Exklusivnutzung für PatientInnen, deren BesucherInnen und das Krankenhauspersonal, Bänke, Gartensessel und Gartentische zum Ausrasten müssen vorhanden sein.
Zeitschriften- und Buchverkauf	Gängigste Tages- und Wochenzeitschriften, aktuelle österreichische Bestseller, häufig nachgefragte Bücher.
FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar	Müssen auch aufs Zimmer kommen.
Gelegen im Park (mind. 5.000 m ²)	Gepflegte, befestigte Wege, übersichtlich, keine öffentliche Parkanlage, keine Nutzungsrechte durch andere Institutionen.

b) Pflegekomponente

Diplomiertes Pflegepersonal	Anteil des diplomierten Pflegepersonals am Gesamtpflegepersonal (pro Kopf) im stationären Bereich muss in den Personalakten der Pflegedirektion nachprüfbar sein.
Fortbildung des Pflegepersonals	Der jährliche Zeitaufwand für Fortbildung pro MitarbeiterIn im Pflegebereich muss durch geeignete Unterlagen in der Pflegedirektion nachprüfbar sein, zumindest innerhalb der jeweils letzten 3 Jahre mehr als 24 Fortbildungsstunden; gilt auch für Teilzeitkräfte.
Individuelle persönliche Betreuung (muss abgestimmt sein auf die Befindlichkeit und Wünsche der PatientInnen sowie auf die vorhandenen Ressourcen)	Den PatientInnen steht eine diplomierte Pflegeperson zur Seite, die jeweils die Verantwortung/Koordination für die gesamte Betreuung im Rahmen ihrer Schicht übernimmt. Somit können persönliche Wünsche der PatientInnen in den Tagesablauf eingeplant werden. Einfordern der täglichen Pflegevisite durch die Pflegeperson der Tagschicht, auch um die eigene Pflege zu evaluieren mit Dokumentation.
Aufnahmegespräch	Ein durchgeführtes persönliches Aufnahmegespräch muss in der Pflegedokumentation in fachspezifischen standardisierten Formularen niedergeschrieben sein.
Besprechen der Pflege	Pflegevisite bei 1 PatientInnen/Woche/Station durch die Pflegedienstleitung oder einer von ihr bestellten, leitenden Pflegeperson oder der qualitätsbeauftragten Person mit entsprechender fachspezifisch standardisierter Dokumentation.
Entlassungsmanagement	Abfrage und Dokumentation (fachspezifisch standardisiert) des Entlassungsmanagements und Organisation der entsprechenden Hilfestellungen zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Transport • Versorgungs- und Betreuungsnotwendigkeiten • Medikamente
Stationsschwester	Muss Weiterbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ erfolgreich absolviert haben; ist Teil der Sonderausbildung für Führungsaufgaben; die Weiterbildung kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als weiterbildungskonform akzeptiert sein. Vor 1.1.2004 bestellte Stationsleitungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits eine 10-jährige Tätigkeit als Stationsleitung ausgeübt haben, sind von dieser Regelung ausgenommen. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind, auf die Dauer von längstens 12 Monaten, von dieser Regelung ausgenommen.

a) Organisationskomponente

	Gültige Direktverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif
--	--

D. Gebühren

1. Krankengeschichten

Für Abschriften von Krankengeschichten wird gemäß Punkt A.7. von der KFA € 16,54 vergütet.

2. Nachtragsrechnungen

Im Falle von Nachtragsrechnungen wird gemäß Punkt A.3.4. der Grundvereinbarung von der KFA pro Rechnung eine Bearbeitungsgebühr von € 50,-- in Abzug gebracht.

E. Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2012 in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2012 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Vor Ablauf dieser Vereinbarung in Behandlung genommene Fälle werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet.

1.3.

Ab dem 1.1.2013 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.4.

Diese Vereinbarung erlischt ohne Kündigung im Falle der Auflösung der KFA oder der Krankenanstalt.

Graz am 19.4.2012

Für die Sanatorium Hansa Gesellschaft m.b.H.

Für die Stadt Graz:
Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

V E R E I N B A R U N G

abgeschlossen

zwischen der

Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe GmbH.

8010 Graz, Schanzelgasse 42, im Folgenden kurz "Krankenanstalt" genannt

und der

**Stadt Graz für die Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten
der Landeshauptstadt Graz**

8011 Graz, Schmiedgasse 26, im Folgenden kurz "KFA" genannt

**über die direkte Verrechnung von Leistungen in der Sonderklasse Mehrbettzimmer für
Anspruchsberechtigte der KFA, die dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.**

A. Grundsätze

1. Gegenstand der Vereinbarung

Diese Vereinbarung legt die Rahmenbedingungen fest, nach denen medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen von entsprechend anspruchsberechtigten Personen in der Krankenanstalt direkt zwischen der KFA und der Krankenanstalt abgerechnet werden.

2. Allgemeines

2.1. Medizinische Notwendigkeit

Von der Vereinbarung umfasst sind nur medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in der Krankenanstalt. Grundlage für die Entscheidung ist die die Aufnahme begründende Diagnose/Therapie.

Die Frage, ob eine stationäre Behandlung in der Krankenanstalt medizinisch notwendig ist bzw. für welche Dauer, ist nach objektiven rein medizinischen Maßstäben zu beantworten.

Kein Leistungsgegenstand der KFA sind:

- Kosmetische Behandlungen
- Maßnahmen der Rehabilitation
- Pflegefälle
- Behandlungen in Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften
- Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

Darüber wurden die Anspruchsberechtigten durch die KFA in Kenntnis gesetzt.

2.2. Anforderungsprofil für die Sonderklasse

Von der Vereinbarung umfasst sind weiters nur stationäre Heilbehandlungen, bei denen die im Punkt C. 1. festgelegten Qualitätskriterien erfüllt werden.

2.3. Ärztliche Leistung

PatientInnen der Sonderklasse haben nach Maßgabe der organisatorischen Gegebenheiten die Möglichkeit, von einer Fachärztin/einem Facharzt ihrer Wahl behandelt und betreut zu werden.

2.4. Tagesklinische Behandlungen

Für den Fall, dass auch eine Tagesklinik-Vereinbarung besteht, gilt der Inhalt der stationären Vereinbarung sinngemäß, außer die Tagesklinik-Vereinbarung sieht abweichende Regelungen vor.

2.5. Ambulante Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

2.6. Pflichtversicherungen

Bei Anspruchsberechtigten, deren Pflichtversicherung auch Leistungen der Sonderklasse erbringt, wird für alle Honoraranteile dieser Vereinbarung ein Abschlag von

30 % berechnet. Dieser Abschlag entfällt beim Konsiliarhonorar (gem. Pkt. B.4) und beim Honoraranteil der Spontangeburt (gem. Pkt. B.5.1), da die KFA für diese Leistungen kein Honorar an die Ärztinnen/Ärzte bezahlt.

2.7.

Systematisch falsch oder gar nicht aufgeschlüsselte oder nicht vertragskonform erstellte Rechnungen können aus verwaltungstechnischen Gründen nicht bearbeitet werden und werden an den Rechnungssteller retourniert, ausgenommen Honoraraufteilungen gemäß Punkt B.1.2..

2.8.

Alle in dieser Vereinbarung angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

2.9.

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen.

3. Verrechnung

3.1.

Die KFA wird für ihre Anspruchsberechtigten bei gegebenem Leistungsanspruch Hauskosten und Honorare, in der Folge kurz "Kosten" genannt, sowie die verrechenbaren Kosten für eine Begleitperson von Kindern nach Maßgabe dieser Vereinbarung mit der Krankenanstalt direkt verrechnen, sofern sie für die jeweilige stationäre Heilbehandlung eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat.

3.2. Die Kostenübernahmeerklärung lautet:

3.2.1. Übernahme der Aufzahlungskosten der Sonderklasse – Zweibettzimmer für KFA-Anspruchsberechtigte.

3.2.2. Übernahme der vollen Kosten für eine Begleitperson laut B.2.1.3..

3.3.

Die Kostenübernahmeerklärung kann in der Regel von der Patientin/vom Patienten vor der Aufnahme in stationäre Behandlung vorgelegt werden. Ansonsten muss sie von der Krankenanstalt unverzüglich bei der Aufnahme bei der KFA schriftlich angefordert werden.

Hiebei sind folgende Mindestangaben erforderlich:

(Datensatz laut ÖNORM K2201-1), das sind:

- Krankenanstalt (Identnummer und Anstaltsart),
- Leistungserbringerin/Leistungserbringer (Ärztin/Arzt mit Identnummer und Fach),
- Patientin/Patient (Mitglieds- und Sozialversicherungsnummer, Familien- und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Begleitperson),
- Aufnahmezeiten (Aufnahmezahl, Datum, Art der Unterbringung und Zimmer-Nr.) sowie

- Medizinische Daten (Diagnose, frühere/geplante Untersuchungen und Therapien).

Unter Zugrundelegung dieser Angaben verpflichtet sich die KFA, unverzüglich, d.h. nach Möglichkeit am Tage der Anforderung, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Anforderung folgenden Werktages (außer Samstag), schriftlich entweder die Kostenübernahmeerklärung auszustellen, nähere Informationen bei der Krankenanstalt einzuholen oder mitzuteilen, dass kein Leistungsanspruch gegeben ist.

Wenn Informationen eingeholt werden, wird die Frist für die Abgabe der Stellungnahme der KFA bis zur Erteilung der Information gehemmt. Nach Eingang der vollständigen Informationen ist die Stellungnahme wie vorstehend abzugeben.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung nur für eine begrenzte Zeitdauer abgegeben und ergibt sich aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit einer Verlängerung der stationären Heilbehandlung, so ist nach Möglichkeit drei Werktage vor Ablauf der Zeitdauer, für die die Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, spätestens aber am vorletztem Werktag (außer Samstag), eine neue Kostenübernahmeerklärung anzufordern. Die KFA hat die Anforderung dieser Kostenübernahmeerklärung nach den oben festgelegten Grundsätzen zu behandeln.

Die Krankenanstalt wird die PatientInnen bzw. deren Angehörige in geeigneter Weise über die Art der Kostenübernahme der KFA informieren, insbesondere dann, wenn die KFA die Kosten nicht/nicht mehr oder nicht in voller Höhe (mit Begründung) übernimmt.

3.4.

Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt nach der Entlassung der Patientin/des Patienten aus der Krankenanstalt. (Bei einem mehrzeitigen Behandlungskonzept erfolgt die Rechnungslegung nach Abschluss der mehrzeitigen Behandlung, spätestens jeweils nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes).

3.4.1.

Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

Als Zahlungsfrist wird ein Zeitraum von 6 Wochen ab Einlangen der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der KFA vereinbart.

3.4.2.

Im Falle eines Zahlungsverzuges können Verzugszinsen für den aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag in Höhe von 3 Prozentpunkten p.a. über dem zum Rechnungsdatum gültigen, von der ÖNB veröffentlichten, 3-Monats-EURIBOR in Rechnung gestellt werden.

3.4.3.

Wenn für die Abrechnung begründet, zusätzliche medizinische Informationen, über die die Krankenanstalt oder die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt verfügen, erforderlich sind, tritt vom Tage der Anforderung der erforderlichen Informationen durch die KFA bis zum Zeitpunkt der Übermittlung der Informationen an die KFA Fristhemmung ein. Diese Anforderung versteht sich in der Regel als einmalige Anforderung pro Fall.

3.4.4.

Die Vertragsparteien streben in gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufenthalten von den dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehörenden Personen im Sinne dieser Vereinbarung, spätestens 12 Monate nach Beendigung des jeweiligen Aufenthaltes abzuschließen. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien folgende Vorgangsweise:

3.4.4.1.

Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die Rechnung über den jeweiligen Aufenthalt binnen 8 Wochen nach Beendigung des Aufenthaltes an die KFA abzusenden.

3.4.4.2.

Sofern eine Abgabefrist von 6 Monaten nicht eingehalten wird, gilt der Anspruch der Krankenanstalt gegenüber der KFA als erloschen.

3.4.4.3.

Die KFA hat die Rechnung binnen 6 Monaten ab Einlangen entweder dadurch zu erledigen, dass Zahlung geleistet wird (ausschlaggebend ist das Datum des Überweisungsbeleges) oder dass binnen 6 Monaten eine als solche ausdrücklich bezeichnete „endgültige Ablehnung“ schriftlich (auch via Fax oder e-mail) an die Krankenanstalt abgesendet wird.

3.4.4.4.

Sofern und soweit binnen der sechsmonatigen Frist weder die Überweisung vorgenommen, noch eine ausdrückliche schriftliche, endgültige Ablehnung an die Krankenanstalt versendet worden ist, gilt die Rechnung ausdrücklich und unwiderruflich als seitens der KFA anerkannt und kann gegen den geltend gemachten Anspruch kein wie immer gearteter Einwand erhoben werden (Präklusion des Einspruchsrechts).

3.4.4.5.

Binnen 4 Monaten nach Einlangen einer, als solche bezeichneten „endgültigen Ablehnung“ hinsichtlich des ganzen in Rechnung gestellten Betrages oder hinsichtlich eines Teiles davon, ist die Krankenanstalt berechtigt, das Schlichtungsverfahren hinsichtlich des Anspruches einzuleiten. Diese Frist ist gewahrt, wenn diese Sachverhaltsdarstellung schriftlich innerhalb innerhalb der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.4.6.

Wird eine gänzlich oder teilweise durch „endgültige Ablehnung“ seitens der KFA abgelehnte Rechnung nicht binnen 4 Monaten bei der Schlichtung eingebracht, erklärt damit die Krankenanstalt gegenüber der KFA den Verzicht auf die in Rechnung gestellten, aber „endgültig abgelehnten“ Beträge.

3.4.5.

Nachverrechnungen sollen nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden und können nur innerhalb von 12 Monaten ab Beendigung eines Aufenthaltes eingebracht werden. Sollte es

zu Nachverrechnungen kommen, die von der Krankenanstalt bzw. von den ÄrztInnen veranlasst worden sind, ist die KFA berechtigt, der Krankenanstalt für den sich dadurch ergebenden Verwaltungsaufwand als Bearbeitungsgebühr pro Rechnung den in Punkt D. 2. angeführten Betrag in Rechnung zu stellen. Die Kosten für von ÄrztInnen veranlasste Nachverrechnungen können von der Krankenanstalt weiterverrechnet werden.

3.4.6.

Die Abrechnung hat zu enthalten:

- a) Mitgliedsnummer
- b) Familien- und Vorname sowie Geburtsdatum und Geschlecht der Patientin/des Patienten.
- c) Sozialversicherungsträger
- d) Sozialversicherungsnummer
- e) Zimmernummer, wenn nicht ident mit Aufnahmeanzeige
- f) Aufenthaltsdauer (Anzahl der Verpflegungstage und Daten des Aufnahme- und Entlassungstages)
- g) Entlassungsart (insbesondere zum frühzeitigen Erkennen von Transferfällen)
- h) Haupt- und zusätzliche Diagnosen
- i) Art des operativen Eingriffes bzw. durchgeführte Behandlung (Medizinische Einzelleistungen/Arztbrief/OP-Bericht)
- j) Detaillierte Angaben über Hauskosten und Honorare

4. Kosten

4.1.

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) und technische Fächer sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, das für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von den HauptbehandlerInnen angeordnet werden und die Leistung von einer Ärztin/von einem Arzt mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.2.

Da die Krankenanstalt keine medizinisch abgeschlossenen Fachabteilungen hat, sondern ein offenes Belegkrankenhaus ist, kann die Übernahme von anderen HauptbehandlerInnen nur bei einer geänderten Hauptdiagnose und einer dadurch erforderlichen Änderung des medizinischen Fachgebietes erfolgen. In diesen Fällen wird die Weiterbehandlung bezüglich des Hauptbehandlungshonorars als Neuaufnahme honoriert, und zwar wie in einem Transferierungsfall in einem öffentlichen Krankenhaus. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, in einem solchen Fall, der KFA unverzüglich schriftlich Mitteilung zu machen.

Im Falle einer Transferierung von einer öffentlichen Krankenanstalt oder einer anderen Privatkrankenanstalt ist sinngemäß vorzugehen. Wird aber nach einer solchen Transferierung die in der übergebenden Krankenanstalt begonnene Behandlung fortgesetzt,

so ist hinsichtlich der Hauskosten und Honorare von einem durchgehenden Behandlungsfall auszugehen. Dies auch dann, wenn mit der Transferierung ein Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes verbunden ist. Die KFA bezahlt bei durchgehenden Behandlungsfällen keine Pflage tage doppelt, d.h. sollte seitens der abgebenden Krankenanstalt der Transferierungstag verrechnet werden, so geht dieser zu Lasten der aufnehmenden Krankenanstalt.

4.3.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten A.3.2.1. und A.3.2.2. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.3.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Punkt B.

4.3.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2002 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt B.3.2. bis B.3.5..

5. Behandlung durch BelegärztInnen

Die Krankenanstalt verpflichtet sich auf die bei ihr tätigen ÄrztInnen einzuwirken, dass die grundsätzlichen und honorarrelevanten Inhalte eingehalten werden (das sind neben der Honorarordnung insbesondere die Schlichtungsklausel).

Die Krankenanstalt erkennt an, dass sie für die von den BelegärztInnen veranlassten und durchgeführten medizinischen Eingriffen und Behandlungen abrechnungstechnisch verantwortlich ist. Sie wird deshalb die BelegärztInnen verpflichten, genaue Aufzeichnungen über die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu führen.

6. Mehrkosten

6.1.

Außer den in dieser Vereinbarung angeführten Hauskosten und Honoraren dürfen Beträge, unter welchem Namen immer, weder der Patientin/dem Patienten (Unterhaltspflichtigen) noch der KFA angerechnet werden. Wenn die Patientin/der Patient zusätzliche, über das vertragliche Ausmaß hinausgehende Leistungen ordert, sind diese der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen. Für derartige Leistungen obliegt der Krankenanstalt die vorherige Hinweispflicht.

6.2.

Es ist der Krankenanstalt gestattet, Pflegegebühren (Pflegekosten-)Ersätze oder allenfalls LKF-Gebühren, deren Bezahlung die KFA verweigert oder die diese nicht direkt mit der Krankenanstalt verrechnet, der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen.

6.3.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung befristet abgegeben und die darüber hinausgehenden Tage des Aufenthaltes werden als Verlängerung nicht akzeptiert, so können die diesen Teil des Aufenthaltes betreffenden Leistungen der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn die Patientin/der Patient oder deren Angehörige über die fehlende weitere Deckung der Kostenzusage informiert wurde und die Patientin/der Patient trotzdem (auf Anraten der Behandlerin/des Behandlers) auf eigenen Wunsch in stationärer Pflege verbleibt.

7. Krankengeschichten und verwaltungsmäßige Auskünfte

7.1.

Die KFA ist berechtigt, über bestehende oder frühere Erkrankungen und Gebrechen Erkundigungen einzuziehen.

Die KFA erklärt, dass sie bereits anlässlich der Antragsannahme jedenfalls schriftlich ermächtigt wurde, bei Krankenanstalten und ÄrztInnen alle mit der Anspruchsberechtigung (Versicherungsschutz) in Zusammenhang stehenden Auskünfte einzuholen.

7.2.

Verwaltungsmäßige Auskünfte und medizinische Informationen zu Fragen der Kostenübernahme und/oder Verrechnung (z.B.: Anamnese, OP-Bericht, Entlassungsbericht) werden kostenfrei zur Verfügung gestellt.

7.3.

Für Abschriften von Krankengeschichten wird der in Punkt D. 1. angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragsparteien Differenzen über die Interpretation von Bestimmungen aus dieser Vereinbarung, so werden diese zwischen den beiden ausgetragen. Kommt es zwischen der rechnungslegenden Krankenanstalt und der KFA zu keiner Einigung, wird der Fall einem Schlichtungsausschuss vorgelegt. Der Schlichtungsausschuss kann nach Bedarf von beiden Vertragsparteien einberufen werden. Ab Einberufung ist der Fall bei Vorliegen aller erforderlichen Informationen innerhalb einer Frist von 6 Monaten zu erledigen.

Der Schlichtungsausschuss wird paritätisch mit Mitgliedern beider Vertragsparteien besetzt. Der Schlichtungsausschuss kann Entscheidungen nur einvernehmlich treffen.

8.2.

Eine Kostenverrechnung an die Anspruchsberechtigten/PatientInnen ist jedenfalls in jenen Fällen zulässig, in denen eine Ablehnung der Kostentragung durch die KFA aus Gründen erfolgt, die das individuelle Vertragsverhältnis zwischen KFA und Anspruchsberechtigten betreffen (z.B. Leistungsausschlüsse, keine oder unvollständige Deckung der Kosten, Deckungsmängel usw.).

8.3.

Die KFA wird unstrittige bzw. vom Schlichtungsausschuss anerkannte Beträge innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen ab jeweiliger Rechnungslegung anweisen. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien beginnt die Zahlungsfrist von 4 Wochen mit dem Datum der Einigung (Genehmigung des Protokolls) zu laufen.

8.4.

Der KFA wird die Möglichkeit zu detaillierten Revisionen von Abrechnungsfällen eingeräumt. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die hierfür vorhandenen und erforderlichen Unterlagen vor Ort zur Verfügung zu stellen. Diese Revisionen können maximal 1x pro Jahr erfolgen. Außerordentliche Revisionen sind aus begründetem Anlass möglich.

Der Termin der Revision und deren Inhalt und Umfang werden einvernehmlich mit der Krankenanstalt/dem Rechtsträger festgelegt. Der Rechtsträger kann VertreterInnen entsenden.

Strittige Ergebnisse der Revision werden im Schlichtungsausschuss behandelt. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien wird als Zahlungsfrist ein Zeitraum von 4 Wochen ab Datum der Einigung vereinbart. Ein Rückzahlungsanspruch kann nur in jenen Fällen entstehen, in denen es zu keiner Präklusion des Einspruchsrechtes im Sinne des Punktes A. 3.4.4. gekommen ist.

8.5.

Die Vertragsparteien halten fest, dass der KFA auf Grund der erfolgten Aufnahme der Anspruchsberechtigten in den Fonds für Zusätzliche Leistungen die Prüfung des stationären Aufenthaltes eingeräumt ist. Davon erfasst ist, dass die Chefärztin/der Chefarzt der KFA die Patientin/den Patienten in der Krankenanstalt besucht, mit der Hauptbehandlerin/dem Hauptbehandler Gespräche führt, und in die erforderlichen Unterlagen bei kurzfristiger Terminvereinbarung Einsicht nehmen kann, weiters kann die KFA ihren Besuchsdienst in die Krankenanstalt entsenden.

9. Vergleichbarkeit Vertrag Private Krankenversicherungen Österreichs

Es gilt als vereinbart, dass die im Vertrag mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Sektion Krankenversicherungen, jeweils festgesetzten Preise und Bedingungen analog in diesem Vertrag fixiert werden.

B. Hauskosten und Honorare

1. Allgemeine Regelungen

1.1. Interdisziplinäre Behandlungen

1.1.1.

Operative und konservative BehandlerInnen

1.1.1.1.

Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Fachabteilungswechsel und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Abteilungen/beide ÄrztInnen insgesamt das Operationshonorar und 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.1.2.

Bei akuter Aufnahme

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind sowohl für die konservativ behandelnde/konservativ abklärende wie auch für die operierende Abteilung jeweils 100% des Honorars verrechenbar.

Von diesen beiden Abteilungen können während desselben Aufenthaltes zusätzlich keine Konsilien in Rechnung gestellt werden.

Erfordert die konservative Behandlung und/oder konservative Abklärung einen kürzeren Zeitraum als 3 Tage, so ist wie bei „elektiver Aufnahme“ abzurechnen.

1.1.1.3.

Postoperative Behandlung

Wird die Nachbehandlung der Patientin/des Patienten nicht von der Operateurin/von dem Operateur oder durch die Abteilung, an der die Patientin/der Patient operiert wurde, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten der Nachbehandlerin/des Nachbehandlers oder der nachbehandelnden Abteilung zu kürzen.

1.1.1.4.

Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt B.4.5.).

Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

1.1.2.

Mehrere konservative BehandlerInnen

1.1.2.1.

Bei medizinisch indiziertem Wechsel der Fachabteilung und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.2.2.

Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch FachärztInnen verschiedener Richtungen sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.3.

Mehrere operative BehandlerInnen

Die Honorierung mehrerer operativer BehandlerInnen ist unter Punkt B.3.3. bis B.3.5. geregelt.

1.2. Transferierung

Transferfälle zwischen 2 Krankenanstalten innerhalb eines Bundeslandes bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind wie ein (1) Behandlungsfall zu verrechnen.

Die Aufteilung der Honorare zwischen den ÄrztInnen bzw. die Aufteilung der Hauskosten zwischen den Krankenanstalten erfolgt aliquot gemäß den verrechneten bzw. verrechenbaren Honoraren und Hauskosten (nach der Aufenthaltsdauer) und wird nach Vorliegen aller Rechnungen durch die KFA vorgenommen.

1.3.

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

1.4. Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei einem (1) Krankheitsgeschehen im konservativen Behandlungsfall

Bei Chemotherapien und anderen Serienbehandlungen wird ein mehrzeitiges Vorgehen innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten als durchgehender Behandlungsfall angesehen.

2. Hauskosten

2.1. Pflegegebühren

2.1.1.

- Zweibettzimmer ab 1.3.2012 € 149,34 pro Tag

2.1.2.

Qualitätsbonus pro Tag gemäß Anforderungsprofil

- Sanatorium St. Leonahrd ab 1.3.2011 € 27,14 pro Tag

2.1.3.

Begleitperson € 59,95 pro Tag

2.2. Technische Pauschalen

2.2.1.

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Nuklearmedizin, Fremdleistungen etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Verpflegungsfall entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

2.2.2.

Nichtoperative Fälle

2.2.2.1.

	ab 1.3.2012	
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	446,63
3 Tage	100%	446,63
4 Tage	110%	491,29
5 Tage	120%	535,96
6 Tage	130%	580,62
7 Tage	140%	625,28
8 Tage	145%	647,61
9 Tage	150%	669,95
10 Tage	155%	692,28
11 Tage	160%	714,61
12 Tage	165%	736,94
13 Tage	170%	759,27
14 Tage	175%	781,60

2.2.2.2.

Ab dem 14. Tag bleibt die technische Pauschale für nichtoperative Fälle unverändert.

2.2.3.

Operative Fälle

2.2.3.1.

		ab 1.3.2012
OP I	20%	193,14
OP II	40%	386,28
OP III	60%	579,43
OP IV	100%	965,71
OP V	140%	1.351,99
OP VI	190%	1.834,85
OP VII	240%	2.317,70
OP VIII	320%	3.090,27

2.2.3.2.

Bei Mehrfach-Operationen kann die technische Pauschale bis zum Limit der jeweils höchsten Operationsgruppe verrechnet werden.

3. Honorare

3.1. Konservative Behandlungsfälle

3.1.1.

Das konservative Behandlungshonorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen:

		ab 1.3.2012
1 Tag	35%	131,11
2 Tage	50%	187,31
3 Tage	60%	224,77
4 Tage	70%	262,23
5 Tage	80%	299,69
6 Tage	90%	337,15
7 Tage	100%	374,61
8 Tage	105%	393,34
9 Tage	110%	412,07
10 Tage	115%	430,80
11 Tage	120%	449,53
12 Tage	125%	468,26

13 Tage	130%	486,99
14 Tage	130%	486,99
15 Tage	135%	505,72
16 Tage	135%	505,72
17 Tage	135%	505,72
18 Tage	140%	524,45
19 Tage	140%	524,45
20 Tage	140%	524,45
21 Tage	140%	524,45

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 18,73 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

3.1.2.

Durch diese Honorare sind die Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtung abgegolten.

3.2. Operative Behandlungsfälle

Ein operativer Behandlungsfall im Sinne dieser Vereinbarung liegt vor, wenn ein operatives Behandlungshonorar durch die HauptbehandlerInnen gemäß Punkt B.3.2. zur Verrechnung gelangt.

Für operative Behandlungsfälle steht das Honorar für operative Fälle zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Fälle ist nicht möglich.

3.2.1.

Honorar für operative Behandlungsfälle ab 1.3.2012

OP I	20%	157,22
OP II	40%	314,43
OP III	60%	471,65
OP IV	100%	786,08
OP V	140%	1.100,51
OP VI	190%	1.493,55
OP VII	240%	1.886,59
OP VIII	320%	2.515,46

3.2.2.

Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2002.

3.2.3.

Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtungen, ausgenommen bei Verrechnung nach der Mehrfach–Operationsgruppenregelung, abgegolten.

3.3. Mehrfach–Operationsgruppenregelung

Bei einem Krankenhausaufenthalt sind maximal zwei Operationsgruppen verrechenbar. Dabei ist die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite Operationsgruppe

3.3.1.

bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

- bei gleichem operativen Zugang zu 50 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 80 %,

3.3.2.

bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

3.3.3.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

3.3.4.

Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einer Ärztin/einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

- bei gleichem operativen Zugang zu 80 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 100 %

verrechnet werden.

3.4.

Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer FachärztInnen verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Erkrankungen können für jede Fachärztin/jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt B.3.2. verrechnet werden.

3.5.

Operationen an paarigen Organen oder in identen Regionen bei einer bereits zum Zeitpunkt des Ersteingriffes bestehenden Erkrankung und planbaren Wiederaufnahmen sind nach den Regeln gemäß Punkt B.3.3.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren.

Planbar bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Ersteingriffes der Zeitpunkt des Zweiteingriffes bereits bestimmbar ist und innerhalb eines Jahres liegt.

Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

3.6. Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlag

Für dringende Operationen an Sonn- oder Feiertagen oder während der Nacht (20.00 bis 7.00 Uhr) erhöhen sich die Operationshonorare gemäß Punkt B.3.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

4. Konsiliarleistungen

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, dass für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von der Hauptbehandlerin/vom Hauptbehandler angeordnet werden und die Leistung von ÄrztInnen mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.1. Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ab 1.3.2012 ein Honorar von € 70,-- verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 53,04.

4.2.

4.2.1. Das Honorar pro klinischem Konsilium mit endoskopischer Leistung (Gastroskopie oder Coloskopie) beträgt € 205,17.

4.2.2.

Punkt B.4.2.1. ist zu 100% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, die/der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt B.4.2.1. ist zu 75% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, die/der aufgrund der Bestimmungen des Ärzterehtes die gastroenterologische Endoskopie durchführen darf, aber keine entsprechende Befähigung hat (Endoskopierichtlinie der Österreichischen Ärztekammer, Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie) diese Untersuchung selbst durchzuführen und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. In allen anderen Fällen ist die invasive Sonderleistung nur zu Lasten der Hauptbehandlerin/des Hauptbehandlers verrechenbar.

4.3.

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall höchstens 3 Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. verrechenbar.

4.4.

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch eine Kinderärztin/einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ab 1.3.2012 ein Maximalhonorar von € 196,34 verrechenbar.

4.5.

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt B.3.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. ist nicht möglich.

5. Pauschalen und Sonderregelungen

5.1. Entbindungen

Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Pflegegebühren) in der Höhe von € 2.560,90 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

Technische Pauschale	ab 1.3.2012	€ 1.337,15
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.223,75

5.1.1.

Ein (1) weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung als Zweiteingriff verrechenbar.

5.1.2.

Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.2.1. und B.4.4. abgegolten.

5.1.3.

Mehrlingsgeburten: Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt B.4.4. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

5.2. Katarakt

5.2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird ab 1.3.2012 eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.726,65 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 788,27

5.2.2.

Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in Höhe von € 2.357,27 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.418,89

5.2.3.

Sofern die Operation an zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. B.3.5 nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die Gesamtfallpauschale zur Verrechnung gelangt.

5.2.4.

Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

5.3. Coloskopie

Für die Durchführung von Coloskopien außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale von

Haus	1.3.2011	€ 141,78
Honorar	1.3.2011	€ 173,22
Gesamt	1.3.2011	€ 315,--

verrechenbar.

5.4. Diagnostische ERCP

5.4.1.

Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist ab 1.3.2011 eine Fallpauschalvergütung in Höhe von

Haus	€ 500,00
Honorar	€ 500,00
Gesamt	€ 1.000,00 verrechenbar.

5.4.2.

Für zusätzlich durchgeführte Coloskopien sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankenanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	<u>Kriterien</u>
Größe in m ²	Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer). PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien. PatientInnenzimmer $\leq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\leq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) jedoch $\geq 16,5\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 10,5\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt nicht bei Zusatzkriterien.
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbaren Kopf- und Fußteil (mechanisch)
Tisch, Sessel	Tisch; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon (P)	Je Bett, ohne Bereitstellungsgebühren
TV (P)	Kabel- oder Satelliten TV je Zimmer, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett
Radio (P)	Rundfunkempfang je Bett mit Handhörgerät oder Kopfhörer
Speisen + Getränke (P)	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäfte, Obst
Kleiderschrank (P)	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett

b) Pflegekomponente:

PflegedienstleiterIn	Sonderausbildung für Führungsaufgaben (siehe Übergangsregelungen in der Legende)
----------------------	--

1.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

	EG	<u>Kriterien</u>	Punkte
PatientInneninformationsmappe	100%	pro PatientIn	15
Bademantel (P)	100%		5
Wertfach (P)	100%	je Bett	10
Tageszeitung (P)	100%	Mindestens eine Tageszeitung pro Bett	10
Speisen + Getränke	100%	<ul style="list-style-type: none"> 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen (EU-Verordnung 2092/1991) 	5

		<ul style="list-style-type: none"> • bei 40% des Wareneinsatzes additiv • bei 50% des Wareneinsatzes additiv 	5 5
Betten	80%	Aller Betten höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.	15
Vorhänge, Bilder	100%	Vorhanden	5
Air Condition	50%	Kühlfunktion	5
Cafeteria (P)	100%	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet	15
Kostenlose Zwischenmahlzeiten (P)	100%	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware	5
		Summe	100

EG: mindester Erfüllungsgrad, auf die Anzahl der Vertragszimmer umgelegt, um die Punkte zu erhalten, z.B. 100% der Bäder müssen eine Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
	Technische Ausstattung, zusätzlicher technischer Komfort	
80%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett (additiv zu EG 50%)	5
50%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett	5
100%	- TV/Bett (P)	10
100%	- Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion, oder Ruf über das bettseitige Telefon direkt zur Stationsschwester mit Knopfdruck (P)	10
	Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	
95% ¹	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 90%²</u>	5
90%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 80%³</u>	5
80%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m²⁴</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärebereich (im Zweibettzimmer)</u>	
80%	- Dusche (Bad)/WC getrennt	15
	<u>Toiletteartikel</u>	
100%	- Toiletteset (Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile) inklusive Hausschuhe/Pantoffel (P)	5
100%	- <u>Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)</u>	5
	Bauliche Ausstattung	
80%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers) (additiv zu EG 50%)	10
50%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers)	5
50%	- Balkon	15
	<u>Infrastruktur/Haus</u>	
	- PatientInnen-Restaurant (nur für PatientInnen und deren BesucherInnen) (P)	5

	- à la carte Speisen (P)	10
	- Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen (P)	5
	- Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen (P)	15
	- Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	15
	- Zeitschriften- und Buchverkauf (P)	5
	- FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar (P)	15
	- Bezahlung mittels Bankomatkarte (P)	5
	- Zusätzlich mittels Kreditkarte (P)	5
	Lage/Haus - gelegen im Park (mind. 5.000 m ²); Punkte für Garten sind zusätzlich verrechenbar	5
	Summe	185

¹ Für 2004, ab 2005 100% EG

² Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

³ Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

b) Pflegekomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
- über 80% (additiv zu über 60%) - über 60%	Anteil des diplomierten am Gesamtpflegepersonal im stationären Bereich	10 5
100%	Jährlicher durchschnittlicher Zeitaufwand für Fortbildung pro Pflegeperson - über 8 Stunden	5
100%	Bezugspflege; eine die gesamte Betreuung koordinierende Pflegeperson pro Schicht. (P)	5
100%	Aufnahmegespräch (P)	5
100%	Vereinbaren/Besprechen der Pflege mit den PatientInnen (P)	5
100%	Fachspezifisch standardisiertes Entlassungsmanagement spitals-interne/-externe Organisation (P)	5
100%	Stationsleitung im stationären Versorgungsbereich hat Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement. Anerkennungsbestimmungen siehe Legende. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind auf die Dauer von längstens 12 Monaten ausgenommen.	5
	Summe	45

c) Organisationskomponente

	Gültige Direkverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif	15
	Summe – Zusatzkriterien	245

2. Legende zum Sonderklasse-Anforderungsprofil

2.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

Größe in m ²	„Zimmereinheit“ = PatientInnenzimmer, Nassräume, Vorraum
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbarem Kopf- und Fußteil (mechanisch), für die PatientInnen selbst leicht zu bedienen)
Tisch, Sessel	Tisch und Sessel zur Einnahme der Mahlzeiten; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon	Je Bett; langes Kabel, um es auch auf das Bett stellen zu können; keine Grundgebühr, keine Bereitstellungsgebühr
TV	Kabel- oder Satelliten-TV pro Zimmer, mittels Fernbedienung ein- und ausschaltbar, 1 Fernbedienung pro Bett, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Radio	Rundfunkempfang je Bett, Handhörgeräte oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäften, Obst.
Kleiderschrank	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett, mit Teil zum Hängen und Teil mit Fächern zum Legen.

b) Pflegekomponente

PflegedienstleiterIn	<p>Abgeschlossene Sonderausbildung für Führungsaufgaben muss vorhanden sein; diese kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als sonderausbildungskonform akzeptiert sein.</p> <p>Übergangsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die seit mindestens 7 Jahren als PflegedienstleiterInnen angestellten Personen wird diese Regelung nicht angewandt • Für PflegedienstleiterInnen, die zwischen 2001 und 2003 eingestellt wurden, muss der Nachweis der rechtsgültigen Anmeldung erfüllt sein. <p>Die interimistische Besetzung der Pflegedienstleitung ist von diesem Kriterium ausgenommen.</p>
----------------------	--

2.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

PatientInnen-informationsmappe	Auf alle Kriterien des Anforderungsprofils, die mit „P“ gekennzeichnet sind, muss in der Mappe beschreibend hingewiesen werden.
Bademantel	Unisex, 2 Größen (M,L), kostenlos
Wertfach	Ein mit dem Schrank fest verschraubtes verschließbares (Schlüssel oder Code) Wertfach, kostenlos.
Tageszeitung	Eine aktuelle Tageszeitung pro Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	50% bzw. 40% bzw. 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, (EU-Verordnung 2092/1991); für diese 50% bzw. 40% bzw. 30% können Produktpaletten durch die PKA bestimmt werden, diese müssen dann allerdings zu 100% aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, nachgewiesen mittels einer Bestätigung, die durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle ausgestellt werden muss (gilt auch für Fertigménüs). Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.
Betten	Höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, auch für bettlägrige PatientInnen mittels Fernbedienung leicht zu bedienen; Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.
Vorhänge, Bilder	Vorhänge, Rollos, Jalousien, etc. im PatientInnenzimmer, Bilder (Außenjalousien, zwischen den Fensterscheiben montierte Jalousien und ähnliches werden nicht gewertet).
Air Condition	Kühlfunktion; auf Hygienevorschriften entsprechend den üblichen Krankenhausstandards muss geachtet werden
Cafeteria	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet, 20% Sitzgelegenheiten der tatsächlich kategorisierten Bettenanzahl müssen vorhanden sein.
Kostenlose Zwischenmahlzeiten	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware

2.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

Zusätzlicher Telefonanschluss für Fax/Internet etc., je Bett	Es muss die Möglichkeit gegeben sein, dass PatientInnen ihre eigenen Geräte mitbringen und anstecken können, kostenlos, ausgenommen die Verbindungsentgelte.
TV/Bett	Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos. Es gelten sowohl Bedside TV-Geräte, als auch vis a vis von den PatientInnen aufgestellte Geräte. Eine Aufstellung von TV-Geräten übereinander ist nicht zulässig. Die Aufstellung der TV-Geräte hat zueinander in einem Achswinkel von mindestens 50° zu erfolgen.
Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion	Übersichtlich und leicht bedienbar, gut verständlich, nachts beleuchtete Druckknöpfe; gleichwertig ist die Lösung über direkten Ruf per Telefon ins Schwesternzimmer mit Druckknopf.
Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	Für die Erfüllung der Mindestgröße werden die Größen beider

	Nassraumeinrichtungen zusammengerechnet.
Dusche (Bad)/WC im Zweibettzimmer getrennt	Dusche (Bad) und WC sind in getrennten Räumlichkeiten untergebracht.
Toiletteset inklusive Hausschuhen/Pantoffel	Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile – einzeln und hygienisch verpackt; Einmalhausschuhe unisex, hygienisch verpackt, kostenlos. Duschbad, Shampoo und Seife kann auch im Spender vorhanden sein.
Föhn und Vergrößerungsspiegel je Zimmereinheit.	Transportables Föhngerät auf Wunsch, auch für bettlägrige PatientInnen verwendbar, mit Warm- und Kaltstufe; ev. abnehmbar und transportabel, kostenlos.
Vorraum	Zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers, mind. 2 m ² groß, Zugang zu Bad/WC muss vom Vorraum aus sein, räumlich abgegrenzt (idealerweise mit Türen) zur Wahrung der Intimsphäre der PatientInnen (Sichtschutz). Vorhang gilt nicht als Abgrenzung.
Balkon	Muss die Möglichkeit bieten, einen Sessel oder Rollstuhl hinaus stellen zu können, sollte auch entsprechenden Sonnenschutz (Schirm) haben
PatientInnen-Restaurant	Die PatientInnen müssen die Möglichkeit haben, gemeinsam mit anderen PatientInnen in einem eigenen Speiseraum (keinesfalls im Personalspeiseraum) zu essen, in gediegenem Ambiente und mit freundlichem Servierpersonal, PatientInnen-Restaurant und Cafeteria müssen sich in getrennten Räumlichkeiten befinden. Mindestanzahl der Sitzplätze 20.
À la carte Speisen	Zusätzlich zu den Menüs muss es sowohl im Zimmer als auch im PatientInnen-Restaurant – falls Restaurant vorhanden - die Möglichkeit geben, À la carte zu essen zu den üblichen Essenszeiten gegen Entgelt. Darunter ist die Auswahl aus mindestens 5 Hauptspeisen und 5 Snacks zu verstehen.
Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen	Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen.
Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen	Behördlich genehmigte Autoabstellplätze, eigens für PatientInnen und BesucherInnen ausgewiesene, am Areal des Krankenhauses gelegen. Für PatientInnen, bei denen eine Kostenabrechnung mit der KFA erfolgt, muss die Benutzung von Abstellplätzen kostenlos sein, für Tiefgaragenplätze darf max. €3.-/Stunde verlangt werden. Anzahl in Höhe von 30% der kategorisierten Betten.
Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	Auf dem Areal des Krankenhauses gelegen, Exklusivnutzung für PatientInnen, deren BesucherInnen und das Krankenhauspersonal, Bänke, Gartensessel und Gartentische zum Ausrasten müssen vorhanden sein.
Zeitschriften- und Buchverkauf	Gängigste Tages- und Wochenzeitschriften, aktuelle österreichische Bestseller, häufig nachgefragte Bücher.
FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar	Müssen auch aufs Zimmer kommen.
Gelegen im Park (mind. 5.000 m ²)	Gepflegte, befestigte Wege, übersichtlich, keine öffentliche Parkanlage, keine Nutzungsrechte durch andere Institutionen.

b) Pflegekomponente

Diplomiertes Pflegepersonal	Anteil des diplomierten Pflegepersonals am Gesamtpflegepersonal (pro Kopf) im stationären Bereich muss in den Personalakten der Pflegedirektion nachprüfbar sein.
Fortbildung des Pflegepersonals	Der jährliche Zeitaufwand für Fortbildung pro MitarbeiterIn im Pflegebereich muss durch geeignete Unterlagen in der Pflegedirektion nachprüfbar sein, zumindest innerhalb der jeweils letzten 3 Jahre mehr als 24 Fortbildungsstunden; gilt auch für Teilzeitkräfte.
Individuelle persönliche Betreuung (muss abgestimmt sein auf die Befindlichkeit und Wünsche der PatientInnen sowie auf die vorhandenen Ressourcen)	Den PatientInnen steht eine diplomierte Pflegeperson zur Seite, die jeweils die Verantwortung/Koordination für die gesamte Betreuung im Rahmen ihrer Schicht übernimmt. Somit können persönliche Wünsche der PatientInnen in den Tagesablauf eingeplant werden. Einfordern der täglichen Pflegevisite durch die Pflegeperson der Tagschicht, auch um die eigene Pflege zu evaluieren mit Dokumentation.
Aufnahmegespräch	Ein durchgeführtes persönliches Aufnahmegespräch muss in der Pflegedokumentation in fachspezifischen standardisierten Formularen niedergeschrieben sein.
Besprechen der Pflege	Pflegevisite bei 1 PatientInnen/Woche/Station durch die Pflegedienstleitung oder einer von ihr bestellten, leitenden Pflegeperson oder der qualitätsbeauftragten Person mit entsprechender fachspezifisch standardisierter Dokumentation.
Entlassungsmanagement	Abfrage und Dokumentation (fachspezifisch standardisiert) des Entlassungsmanagements und Organisation der entsprechenden Hilfestellungen zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Transport • Versorgungs- und Betreuungsnotwendigkeiten • Medikamente
Stationsschwester	Muss Weiterbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ erfolgreich absolviert haben; ist Teil der Sonderausbildung für Führungsaufgaben; die Weiterbildung kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als weiterbildungskonform akzeptiert sein. Vor 1.1.2004 bestellte Stationsleitungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits eine 10-jährige Tätigkeit als Stationsleitung ausgeübt haben, sind von dieser Regelung ausgenommen. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind, auf die Dauer von längstens 12 Monaten, von dieser Regelung ausgenommen.

a) Organisationskomponente

	Gültige Direktverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif
--	--

D. Gebühren

1. Krankengeschichten

Für Abschriften von Krankengeschichten wird gemäß Punkt A.7. von der KFA € 16,54 vergütet.

2. Nachtragsrechnungen

Im Falle von Nachtragsrechnungen wird gemäß Punkt A.3.4. der Grundvereinbarung von der KFA pro Rechnung eine Bearbeitungsgebühr von € 50,-- in Abzug gebracht.

E. Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2012 in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2012 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Vor Ablauf dieser Vereinbarung in Behandlung genommene Fälle werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet.

1.3.

Ab dem 1.1.2013 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.4.

Diese Vereinbarung erlischt ohne Kündigung im Falle der Auflösung der KFA oder der Krankenanstalt.

Graz am 19.4.2012

Für die Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe GmbH.

Für die Stadt Graz:
Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

V E R E I N B A R U N G

abgeschlossen

zwischen der

Privatklinik Kastanienhof GmbH.

8052 Graz, Gritzenweg 16, im Folgenden kurz "Krankenanstalt" genannt

und der

**Stadt Graz für die Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten
der Landeshauptstadt Graz**

8011 Graz, Schmiedgasse 26, im Folgenden kurz "KFA" genannt

**über die direkte Verrechnung von Leistungen in der Sonderklasse Mehrbettzimmer für
Anspruchsberechtigte der KFA, die dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.**

A. Grundsätze

1. Gegenstand der Vereinbarung

Diese Vereinbarung legt die Rahmenbedingungen fest, nach denen medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen von entsprechend anspruchsberechtigten Personen in der Krankenanstalt direkt zwischen der KFA und der Krankenanstalt abgerechnet werden.

2. Allgemeines

2.1. Medizinische Notwendigkeit

Von der Vereinbarung umfasst sind nur medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in der Krankenanstalt. Grundlage für die Entscheidung ist die die Aufnahme begründende Diagnose/Therapie.

Die Frage, ob eine stationäre Behandlung in der Krankenanstalt medizinisch notwendig ist bzw. für welche Dauer, ist nach objektiven rein medizinischen Maßstäben zu beantworten.

Kein Leistungsgegenstand der KFA sind:

- Kosmetische Behandlungen
- Maßnahmen der Rehabilitation
- Pflegefälle
- Behandlungen in Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften
- Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

Darüber wurden die Anspruchsberechtigten durch die KFA in Kenntnis gesetzt.

2.2. Anforderungsprofil für die Sonderklasse

Von der Vereinbarung umfasst sind weiters nur stationäre Heilbehandlungen, bei denen die im Punkt C. 1. festgelegten Qualitätskriterien erfüllt werden.

2.3. Ärztliche Leistung

PatientInnen der Sonderklasse haben nach Maßgabe der organisatorischen Gegebenheiten die Möglichkeit, von einer Fachärztin/einem Facharzt ihrer Wahl behandelt und betreut zu werden.

2.4. Tagesklinische Behandlungen

Für den Fall, dass auch eine Tagesklinik-Vereinbarung besteht, gilt der Inhalt der stationären Vereinbarung sinngemäß, außer die Tagesklinik-Vereinbarung sieht abweichende Regelungen vor.

2.5. Ambulante Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

2.6. Pflichtversicherungen

Bei Anspruchsberechtigten, deren Pflichtversicherung auch Leistungen der Sonderklasse erbringt, wird für alle Honoraranteile dieser Vereinbarung ein Abschlag von

30 % berechnet. Dieser Abschlag entfällt beim Konsiliarhonorar (gem. Pkt. B.4) und beim Honoraranteil der Spontangeburt (gem. Pkt. B.5.1), da die KFA für diese Leistungen kein Honorar an die Ärztinnen/Ärzte bezahlt.

2.7.

Systematisch falsch oder gar nicht aufgeschlüsselte oder nicht vertragskonform erstellte Rechnungen können aus verwaltungstechnischen Gründen nicht bearbeitet werden und werden an den Rechnungssteller retourniert, ausgenommen Honoraraufteilungen gemäß Punkt B.1.2..

2.8.

Alle in dieser Vereinbarung angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

2.9.

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen.

3. Verrechnung

3.1.

Die KFA wird für ihre Anspruchsberechtigten bei gegebenem Leistungsanspruch Hauskosten und Honorare, in der Folge kurz "Kosten" genannt, sowie die verrechenbaren Kosten für eine Begleitperson von Kindern nach Maßgabe dieser Vereinbarung mit der Krankenanstalt direkt verrechnen, sofern sie für die jeweilige stationäre Heilbehandlung eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat.

3.2. Die Kostenübernahmeerklärung lautet:

3.2.1. Übernahme der Aufzahlungskosten der Sonderklasse – Zweibettzimmer für KFA-Anspruchsberechtigte.

3.2.2. Übernahme der vollen Kosten für eine Begleitperson laut B.2.1.3..

3.3.

Die Kostenübernahmeerklärung kann in der Regel von der Patientin/vom Patienten vor der Aufnahme in stationäre Behandlung vorgelegt werden. Ansonsten muss sie von der Krankenanstalt unverzüglich bei der Aufnahme bei der KFA schriftlich angefordert werden.

Hiebei sind folgende Mindestangaben erforderlich:

(Datensatz laut ÖNORM K2201-1), das sind:

- Krankenanstalt (Identnummer und Anstaltsart),
- Leistungserbringerin/Leistungserbringer (Ärztin/Arzt mit Identnummer und Fach),
- Patientin/Patient (Mitglieds- und Sozialversicherungsnummer, Familien- und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Begleitperson),
- Aufnahmezeiten (Aufnahmezahl, Datum, Art der Unterbringung und Zimmer-Nr.) sowie

- Medizinische Daten (Diagnose, frühere/geplante Untersuchungen und Therapien).

Unter Zugrundelegung dieser Angaben verpflichtet sich die KFA, unverzüglich, d.h. nach Möglichkeit am Tage der Anforderung, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Anforderung folgenden Werktages (außer Samstag), schriftlich entweder die Kostenübernahmeerklärung auszustellen, nähere Informationen bei der Krankenanstalt einzuholen oder mitzuteilen, dass kein Leistungsanspruch gegeben ist.

Wenn Informationen eingeholt werden, wird die Frist für die Abgabe der Stellungnahme der KFA bis zur Erteilung der Information gehemmt. Nach Eingang der vollständigen Informationen ist die Stellungnahme wie vorstehend abzugeben.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung nur für eine begrenzte Zeitdauer abgegeben und ergibt sich aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit einer Verlängerung der stationären Heilbehandlung, so ist nach Möglichkeit drei Werktage vor Ablauf der Zeitdauer, für die die Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, spätestens aber am vorletztem Werktag (außer Samstag), eine neue Kostenübernahmeerklärung anzufordern. Die KFA hat die Anforderung dieser Kostenübernahmeerklärung nach den oben festgelegten Grundsätzen zu behandeln.

Die Krankenanstalt wird die PatientInnen bzw. deren Angehörige in geeigneter Weise über die Art der Kostenübernahme der KFA informieren, insbesondere dann, wenn die KFA die Kosten nicht/nicht mehr oder nicht in voller Höhe (mit Begründung) übernimmt.

3.4.

Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt nach der Entlassung der Patientin/des Patienten aus der Krankenanstalt. (Bei einem mehrzeitigen Behandlungskonzept erfolgt die Rechnungslegung nach Abschluss der mehrzeitigen Behandlung, spätestens jeweils nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes).

3.4.1.

Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

Als Zahlungsfrist wird ein Zeitraum von 6 Wochen ab Einlangen der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der KFA vereinbart.

3.4.2.

Im Falle eines Zahlungsverzuges können Verzugszinsen für den aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag in Höhe von 3 Prozentpunkten p.a. über dem zum Rechnungsdatum gültigen, von der ÖNB veröffentlichten, 3-Monats-EURIBOR in Rechnung gestellt werden.

3.4.3.

Wenn für die Abrechnung begründet, zusätzliche medizinische Informationen, über die die Krankenanstalt oder die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt verfügen, erforderlich sind, tritt vom Tage der Anforderung der erforderlichen Informationen durch die KFA bis zum Zeitpunkt der Übermittlung der Informationen an die KFA Fristhemmung ein. Diese Anforderung versteht sich in der Regel als einmalige Anforderung pro Fall.

3.4.4.

Die Vertragsparteien streben in gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufenthalten von den dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehörenden Personen im Sinne dieser Vereinbarung, spätestens 12 Monate nach Beendigung des jeweiligen Aufenthaltes abzuschließen. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien folgende Vorgangsweise:

3.4.4.1.

Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die Rechnung über den jeweiligen Aufenthalt binnen 8 Wochen nach Beendigung des Aufenthaltes an die KFA abzusenden.

3.4.4.2.

Sofern eine Abgabefrist von 6 Monaten nicht eingehalten wird, gilt der Anspruch der Krankenanstalt gegenüber der KFA als erloschen.

3.4.4.3.

Die KFA hat die Rechnung binnen 6 Monaten ab Einlangen entweder dadurch zu erledigen, dass Zahlung geleistet wird (ausschlaggebend ist das Datum des Überweisungsbeleges) oder dass binnen 6 Monaten eine als solche ausdrücklich bezeichnete „endgültige Ablehnung“ schriftlich (auch via Fax oder e-mail) an die Krankenanstalt abgesendet wird.

3.4.4.4.

Sofern und soweit binnen der sechsmonatigen Frist weder die Überweisung vorgenommen, noch eine ausdrückliche schriftliche, endgültige Ablehnung an die Krankenanstalt versendet worden ist, gilt die Rechnung ausdrücklich und unwiderruflich als seitens der KFA anerkannt und kann gegen den geltend gemachten Anspruch kein wie immer gearteter Einwand erhoben werden (Präklusion des Einspruchsrechts).

3.4.4.5.

Binnen 4 Monaten nach Einlangen einer, als solche bezeichneten „endgültigen Ablehnung“ hinsichtlich des ganzen in Rechnung gestellten Betrages oder hinsichtlich eines Teiles davon, ist die Krankenanstalt berechtigt, das Schlichtungsverfahren hinsichtlich des Anspruches einzuleiten. Diese Frist ist gewahrt, wenn diese Sachverhaltsdarstellung schriftlich innerhalb innerhalb der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.4.6.

Wird eine gänzlich oder teilweise durch „endgültige Ablehnung“ seitens der KFA abgelehnte Rechnung nicht binnen 4 Monaten bei der Schlichtung eingebracht, erklärt damit die Krankenanstalt gegenüber der KFA den Verzicht auf die in Rechnung gestellten, aber „endgültig abgelehnten“ Beträge.

3.4.5.

Nachverrechnungen sollen nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden und können nur innerhalb von 12 Monaten ab Beendigung eines Aufenthaltes eingebracht werden. Sollte es

zu Nachverrechnungen kommen, die von der Krankenanstalt bzw. von den ÄrztInnen veranlasst worden sind, ist die KFA berechtigt, der Krankenanstalt für den sich dadurch ergebenden Verwaltungsaufwand als Bearbeitungsgebühr pro Rechnung den in Punkt D. 2. angeführten Betrag in Rechnung zu stellen. Die Kosten für von ÄrztInnen veranlasste Nachverrechnungen können von der Krankenanstalt weiterverrechnet werden.

3.4.6.

Die Abrechnung hat zu enthalten:

- a) Mitgliedsnummer
- b) Familien- und Vorname sowie Geburtsdatum und Geschlecht der Patientin/des Patienten.
- c) Sozialversicherungsträger
- d) Sozialversicherungsnummer
- e) Zimmernummer, wenn nicht ident mit Aufnahmeanzeige
- f) Aufenthaltsdauer (Anzahl der Verpflegungstage und Daten des Aufnahme- und Entlassungstages)
- g) Entlassungsart (insbesondere zum frühzeitigen Erkennen von Transferfällen)
- h) Haupt- und zusätzliche Diagnosen
- i) Art des operativen Eingriffes bzw. durchgeführte Behandlung (Medizinische Einzelleistungen/Arztbrief/OP-Bericht)
- j) Detaillierte Angaben über Hauskosten und Honorare

4. Kosten

4.1.

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) und technische Fächer sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, das für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von den HauptbehandlerInnen angeordnet werden und die Leistung von einer Ärztin/von einem Arzt mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.2.

Da die Krankenanstalt keine medizinisch abgeschlossenen Fachabteilungen hat, sondern ein offenes Belegkrankenhaus ist, kann die Übernahme von anderen HauptbehandlerInnen nur bei einer geänderten Hauptdiagnose und einer dadurch erforderlichen Änderung des medizinischen Fachgebietes erfolgen. In diesen Fällen wird die Weiterbehandlung bezüglich des Hauptbehandlungshonorars als Neuaufnahme honoriert, und zwar wie in einem Transferierungsfall in einem öffentlichen Krankenhaus. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, in einem solchen Fall, der KFA unverzüglich schriftlich Mitteilung zu machen.

Im Falle einer Transferierung von einer öffentlichen Krankenanstalt oder einer anderen Privatkrankenanstalt ist sinngemäß vorzugehen. Wird aber nach einer solchen Transferierung die in der übergebenden Krankenanstalt begonnene Behandlung fortgesetzt,

so ist hinsichtlich der Hauskosten und Honorare von einem durchgehenden Behandlungsfall auszugehen. Dies auch dann, wenn mit der Transferierung ein Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes verbunden ist. Die KFA bezahlt bei durchgehenden Behandlungsfällen keine Pflage tage doppelt, d.h. sollte seitens der abgebenden Krankenanstalt der Transferierungstag verrechnet werden, so geht dieser zu Lasten der aufnehmenden Krankenanstalt.

4.3.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten A.3.2.1. und A.3.2.2. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.3.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Punkt B.

4.3.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2002 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt B.3.2. bis B.3.5..

5. Behandlung durch BelegärztInnen

Die Krankenanstalt verpflichtet sich auf die bei ihr tätigen ÄrztInnen einzuwirken, dass die grundsätzlichen und honorarrelevanten Inhalte eingehalten werden (das sind neben der Honorarordnung insbesondere die Schlichtungsklausel).

Die Krankenanstalt erkennt an, dass sie für die von den BelegärztInnen veranlassten und durchgeführten medizinischen Eingriffen und Behandlungen abrechnungstechnisch verantwortlich ist. Sie wird deshalb die BelegärztInnen verpflichten, genaue Aufzeichnungen über die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu führen.

6. Mehrkosten

6.1.

Außer den in dieser Vereinbarung angeführten Hauskosten und Honoraren dürfen Beträge, unter welchem Namen immer, weder der Patientin/dem Patienten (Unterhaltspflichtigen) noch der KFA angerechnet werden. Wenn die Patientin/der Patient zusätzliche, über das vertragliche Ausmaß hinausgehende Leistungen ordert, sind diese der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen. Für derartige Leistungen obliegt der Krankenanstalt die vorherige Hinweispflicht.

6.2.

Es ist der Krankenanstalt gestattet, Pflegegebühren (Pflegekosten-)Ersätze oder allenfalls LKF-Gebühren, deren Bezahlung die KFA verweigert oder die diese nicht direkt mit der Krankenanstalt verrechnet, der Patientin/dem Patienten in Rechnung zu stellen.

6.3.

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung befristet abgegeben und die darüber hinausgehenden Tage des Aufenthaltes werden als Verlängerung nicht akzeptiert, so können die diesen Teil des Aufenthaltes betreffenden Leistungen der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn die Patientin/der Patient oder deren Angehörige über die fehlende weitere Deckung der Kostenzusage informiert wurde und die Patientin/der Patient trotzdem (auf Anraten der Behandlerin/des Behandlers) auf eigenen Wunsch in stationärer Pflege verbleibt.

7. Krankengeschichten und verwaltungsmäßige Auskünfte

7.1.

Die KFA ist berechtigt, über bestehende oder frühere Erkrankungen und Gebrechen Erkundigungen einzuziehen.

Die KFA erklärt, dass sie bereits anlässlich der Antragsannahme jedenfalls schriftlich ermächtigt wurde, bei Krankenanstalten und ÄrztInnen alle mit der Anspruchsberechtigung (Versicherungsschutz) in Zusammenhang stehenden Auskünfte einzuholen.

7.2.

Verwaltungsmäßige Auskünfte und medizinische Informationen zu Fragen der Kostenübernahme und/oder Verrechnung (z.B.: Anamnese, OP-Bericht, Entlassungsbericht) werden kostenfrei zur Verfügung gestellt.

7.3.

Für Abschriften von Krankengeschichten wird der in Punkt D. 1. angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragsparteien Differenzen über die Interpretation von Bestimmungen aus dieser Vereinbarung, so werden diese zwischen den beiden ausgetragen. Kommt es zwischen der rechnungslegenden Krankenanstalt und der KFA zu keiner Einigung, wird der Fall einem Schlichtungsausschuss vorgelegt. Der Schlichtungsausschuss kann nach Bedarf von beiden Vertragsparteien einberufen werden. Ab Einberufung ist der Fall bei Vorliegen aller erforderlichen Informationen innerhalb einer Frist von 6 Monaten zu erledigen.

Der Schlichtungsausschuss wird paritätisch mit Mitgliedern beider Vertragsparteien besetzt. Der Schlichtungsausschuss kann Entscheidungen nur einvernehmlich treffen.

8.2.

Eine Kostenverrechnung an die Anspruchsberechtigten/PatientInnen ist jedenfalls in jenen Fällen zulässig, in denen eine Ablehnung der Kostentragung durch die KFA aus Gründen erfolgt, die das individuelle Vertragsverhältnis zwischen KFA und Anspruchsberechtigten betreffen (z.B. Leistungsausschlüsse, keine oder unvollständige Deckung der Kosten, Deckungsmängel usw.).

8.3.

Die KFA wird unstrittige bzw. vom Schlichtungsausschuss anerkannte Beträge innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen ab jeweiliger Rechnungslegung anweisen. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien beginnt die Zahlungsfrist von 4 Wochen mit dem Datum der Einigung (Genehmigung des Protokolls) zu laufen.

8.4.

Der KFA wird die Möglichkeit zu detaillierten Revisionen von Abrechnungsfällen eingeräumt. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die hierfür vorhandenen und erforderlichen Unterlagen vor Ort zur Verfügung zu stellen. Diese Revisionen können maximal 1x pro Jahr erfolgen. Außerordentliche Revisionen sind aus begründetem Anlass möglich.

Der Termin der Revision und deren Inhalt und Umfang werden einvernehmlich mit der Krankenanstalt/dem Rechtsträger festgelegt. Der Rechtsträger kann VertreterInnen entsenden.

Strittige Ergebnisse der Revision werden im Schlichtungsausschuss behandelt. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragsparteien wird als Zahlungsfrist ein Zeitraum von 4 Wochen ab Datum der Einigung vereinbart. Ein Rückzahlungsanspruch kann nur in jenen Fällen entstehen, in denen es zu keiner Präklusion des Einspruchsrechtes im Sinne des Punktes A. 3.4.4. gekommen ist.

8.5.

Die Vertragsparteien halten fest, dass der KFA auf Grund der erfolgten Aufnahme der Anspruchsberechtigten in den Fonds für Zusätzliche Leistungen die Prüfung des stationären Aufenthaltes eingeräumt ist. Davon erfasst ist, dass die Chefärztin/der Chefarzt der KFA die Patientin/den Patienten in der Krankenanstalt besucht, mit der Hauptbehandlerin/dem Hauptbehandler Gespräche führt, und in die erforderlichen Unterlagen bei kurzfristiger Terminvereinbarung Einsicht nehmen kann, weiters kann die KFA ihren Besuchsdienst in die Krankenanstalt entsenden.

9. Vergleichbarkeit Vertrag Private Krankenversicherungen Österreichs

Es gilt als vereinbart, dass die im Vertrag mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Sektion Krankenversicherungen, jeweils festgesetzten Preise und Bedingungen analog in diesem Vertrag fixiert werden.

B. Hauskosten und Honorare

1. Allgemeine Regelungen

1.1. Interdisziplinäre Behandlungen

1.1.1.

Operative und konservative BehandlerInnen

1.1.1.1.

Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Fachabteilungswechsel und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Abteilungen/beide ÄrztInnen insgesamt das Operationshonorar und 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.1.2.

Bei akuter Aufnahme

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind sowohl für die konservativ behandelnde/konservativ abklärende wie auch für die operierende Abteilung jeweils 100% des Honorars verrechenbar.

Von diesen beiden Abteilungen können während desselben Aufenthaltes zusätzlich keine Konsilien in Rechnung gestellt werden.

Erfordert die konservative Behandlung und/oder konservative Abklärung einen kürzeren Zeitraum als 3 Tage, so ist wie bei „elektiver Aufnahme“ abzurechnen.

1.1.1.3.

Postoperative Behandlung

Wird die Nachbehandlung der Patientin/des Patienten nicht von der Operateurin/von dem Operateur oder durch die Abteilung, an der die Patientin/der Patient operiert wurde, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten der Nachbehandlerin/des Nachbehandlers oder der nachbehandelnden Abteilung zu kürzen.

1.1.1.4.

Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt B.4.5.).

Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

1.1.2.

Mehrere konservative BehandlerInnen

1.1.2.1.

Bei medizinisch indiziertem Wechsel der Fachabteilung und/oder Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.2.2.

Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch FachärztInnen verschiedener Richtungen sind für den gesamten Zeitraum zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar 3 Folgekonsilien zu je € 53,04 verrechenbar.

Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den BehandlerInnen festzulegenden Schlüssel.

1.1.3.

Mehrere operative BehandlerInnen

Die Honorierung mehrerer operativer BehandlerInnen ist unter Punkt B.3.3. bis B.3.5. geregelt.

1.2. Transferierung

Transferfälle zwischen 2 Krankenanstalten innerhalb eines Bundeslandes bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind wie ein (1) Behandlungsfall zu verrechnen.

Die Aufteilung der Honorare zwischen den ÄrztInnen bzw. die Aufteilung der Hauskosten zwischen den Krankenanstalten erfolgt aliquot gemäß den verrechneten bzw. verrechenbaren Honoraren und Hauskosten (nach der Aufenthaltsdauer) und wird nach Vorliegen aller Rechnungen durch die KFA vorgenommen.

1.3.

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

1.4. Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei einem (1) Krankheitsgeschehen im konservativen Behandlungsfall

Bei Chemotherapien und anderen Serienbehandlungen wird ein mehrzeitiges Vorgehen innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten als durchgehender Behandlungsfall angesehen.

2. Hauskosten

2.1. Pflegegebühren

2.1.1.

- Zweibettzimmer ab 1.3.2012 € 149,34 pro Tag

2.1.2.

Qualitätsbonus pro Tag gemäß Anforderungsprofil

- PK Kastanienhof ab 1.3.2011 € 33,79 pro Tag

2.1.3.

Begleitperson € 59,95 pro Tag

2.2. Technische Pauschalen

2.2.1.

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Nuklearmedizin, Fremdleistungen etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Verpflegungsfall entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

2.2.2.

Nichtoperative Fälle

2.2.2.1.

	ab 1.3.2012	
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	446,63
3 Tage	100%	446,63
4 Tage	110%	491,29
5 Tage	120%	535,96
6 Tage	130%	580,62
7 Tage	140%	625,28
8 Tage	145%	647,61
9 Tage	150%	669,95
10 Tage	155%	692,28
11 Tage	160%	714,61
12 Tage	165%	736,94
13 Tage	170%	759,27
14 Tage	175%	781,60

2.2.2.2.

Ab dem 14. Tag bleibt die technische Pauschale für nichtoperative Fälle unverändert.

2.2.3.

Operative Fälle

2.2.3.1.

		ab 1.3.2012
OP I	20%	193,14
OP II	40%	386,28
OP III	60%	579,43
OP IV	100%	965,71
OP V	140%	1.351,99
OP VI	190%	1.834,85
OP VII	240%	2.317,70
OP VIII	320%	3.090,27

2.2.3.2.

Bei Mehrfach-Operationen kann die technische Pauschale bis zum Limit der jeweils höchsten Operationsgruppe verrechnet werden.

3. Honorare

3.1. Konservative Behandlungsfälle

3.1.1.

Das konservative Behandlungshonorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen:

		ab 1.3.2012
1 Tag	35%	131,11
2 Tage	50%	187,31
3 Tage	60%	224,77
4 Tage	70%	262,23
5 Tage	80%	299,69
6 Tage	90%	337,15
7 Tage	100%	374,61
8 Tage	105%	393,34
9 Tage	110%	412,07
10 Tage	115%	430,80
11 Tage	120%	449,53
12 Tage	125%	468,26

13 Tage	130%	486,99
14 Tage	130%	486,99
15 Tage	135%	505,72
16 Tage	135%	505,72
17 Tage	135%	505,72
18 Tage	140%	524,45
19 Tage	140%	524,45
20 Tage	140%	524,45
21 Tage	140%	524,45

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 18,73 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

3.1.2.

Durch diese Honorare sind die Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtung abgegolten.

3.2. Operative Behandlungsfälle

Ein operativer Behandlungsfall im Sinne dieser Vereinbarung liegt vor, wenn ein operatives Behandlungshonorar durch die HauptbehandlerInnen gemäß Punkt B.3.2. zur Verrechnung gelangt.

Für operative Behandlungsfälle steht das Honorar für operative Fälle zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Fälle ist nicht möglich.

3.2.1.

Honorar für operative Behandlungsfälle ab 1.3.2012

OP I	20%	157,22
OP II	40%	314,43
OP III	60%	471,65
OP IV	100%	786,08
OP V	140%	1.100,51
OP VI	190%	1.493,55
OP VII	240%	1.886,59
OP VIII	320%	2.515,46

3.2.2.

Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2002.

3.2.3.

Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller ÄrztInnen der in Anspruch genommenen Fachrichtungen, ausgenommen bei Verrechnung nach der Mehrfach–Operationsgruppenregelung, abgegolten.

3.3. Mehrfach–Operationsgruppenregelung

Bei einem Krankenhausaufenthalt sind maximal zwei Operationsgruppen verrechenbar. Dabei ist die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite Operationsgruppe

3.3.1.

bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

- bei gleichem operativen Zugang zu 50 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 80 %,

3.3.2.

bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

3.3.3.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

3.3.4.

Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einer Ärztin/einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

- bei gleichem operativen Zugang zu 80 %,
- bei anderem operativen Zugang zu 100 %

verrechnet werden.

3.4.

Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer FachärztInnen verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Erkrankungen können für jede Fachärztin/jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt B.3.2. verrechnet werden.

3.5.

Operationen an paarigen Organen oder in identen Regionen bei einer bereits zum Zeitpunkt des Ersteingriffes bestehenden Erkrankung und planbaren Wiederaufnahmen sind nach den Regeln gemäß Punkt B.3.3.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren.

Planbar bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Ersteingriffes der Zeitpunkt des Zweiteingriffes bereits bestimmbar ist und innerhalb eines Jahres liegt.

Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

3.6. Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlag

Für dringende Operationen an Sonn- oder Feiertagen oder während der Nacht (20.00 bis 7.00 Uhr) erhöhen sich die Operationshonorare gemäß Punkt B.3.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

4. Konsiliarleistungen

Konsilien (Konsiliaruntersuchungen, -behandlungen, -operationen) sind nur verrechenbar, wenn sie entweder durch das den stationären Aufenthalt begründende Krankheitsgeschehen oder durch ein anderes Krankheitsgeschehen, dass für sich alleine ebenfalls die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bedingen würde, medizinisch indiziert oder sonst medizinisch notwendig sind, von der Hauptbehandlerin/vom Hauptbehandler angeordnet werden und die Leistung von ÄrztInnen mit anderer Fachrichtung erbracht wird.

4.1. Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ab 1.3.2012 ein Honorar von € 70,-- verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 53,04.

4.2.

4.2.1. Das Honorar pro klinischem Konsilium mit endoskopischer Leistung (Gastroskopie oder Coloskopie) beträgt € 205,17.

4.2.2.

Punkt B.4.2.1. ist zu 100% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, die/der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt B.4.2.1. ist zu 75% verrechenbar, wenn die/der Anspruchsberechtigte von einer Belegärztin/einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, die/der aufgrund der Bestimmungen des Ärzterehtes die gastroenterologische Endoskopie durchführen darf, aber keine entsprechende Befähigung hat (Endoskopierichtlinie der Österreichischen Ärztekammer, Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie) diese Untersuchung selbst durchzuführen und keine gastroenterologische Aufnahmediagnose vorliegt. In allen anderen Fällen ist die invasive Sonderleistung nur zu Lasten der Hauptbehandlerin/des Hauptbehandlers verrechenbar.

4.3.

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall höchstens 3 Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. verrechenbar.

4.4.

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch eine Kinderärztin/einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ab 1.3.2012 ein Maximalhonorar von € 196,34 verrechenbar.

4.5.

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt B.3.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt B.4.1. und B.4.2. ist nicht möglich.

5. Pauschalen und Sonderregelungen

5.1. Entbindungen

Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Pflegegebühren) in der Höhe von € 2.560,90 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

Technische Pauschale	ab 1.3.2012	€ 1.337,15
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.223,75

5.1.1.

Ein (1) weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung als Zweiteingriff verrechenbar.

5.1.2.

Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.2.1. und B.4.4. abgegolten.

5.1.3.

Mehrlingsgeburten: Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt B.4.4. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

5.2. Katarakt

5.2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird ab 1.3.2012 eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.726,65 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 788,27

5.2.2.

Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in Höhe von € 2.357,27 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

Haus	ab 1.3.2012	€ 938,38
Honorar	ab 1.3.2012	€ 1.418,89

5.2.3.

Sofern die Operation an zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. B.3.5 nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die Gesamtfallpauschale zur Verrechnung gelangt.

5.2.4.

Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

5.3. Coloskopie

Für die Durchführung von Coloskopien außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale von

Haus	1.3.2011	€ 141,78
Honorar	1.3.2011	€ 173,22
Gesamt	1.3.2011	€ 315,--

verrechenbar.

5.4. Diagnostische ERCP

5.4.1.

Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist ab 1.3.2011 eine Fallpauschalvergütung in Höhe von

Haus	€ 500,00
Honorar	€ 500,00
Gesamt	€ 1.000,00 verrechenbar.

5.4.2.

Für zusätzlich durchgeführte Coloskopien sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankenanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	<u>Kriterien</u>
Größe in m ²	Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer). PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien. PatientInnenzimmer $\leq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\leq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) jedoch $\geq 16,5\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 10,5\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt nicht bei Zusatzkriterien.
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbaren Kopf- und Fußteil (mechanisch)
Tisch, Sessel	Tisch; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon (P)	Je Bett, ohne Bereitstellungsgebühren
TV (P)	Kabel- oder Satelliten TV je Zimmer, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett
Radio (P)	Rundfunkempfang je Bett mit Handhörgerät oder Kopfhörer
Speisen + Getränke (P)	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäfte, Obst
Kleiderschrank (P)	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett

b) Pflegekomponente:

PflegedienstleiterIn	Sonderausbildung für Führungsaufgaben (siehe Übergangsregelungen in der Legende)
----------------------	--

1.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

	EG	<u>Kriterien</u>	Punkte
PatientInneninformationsmappe	100%	pro PatientIn	15
Bademantel (P)	100%		5
Wertfach (P)	100%	je Bett	10
Tageszeitung (P)	100%	Mindestens eine Tageszeitung pro Bett	10
Speisen + Getränke	100%	<ul style="list-style-type: none"> 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen (EU-Verordnung 2092/1991) 	5

		<ul style="list-style-type: none"> • bei 40% des Wareneinsatzes additiv • bei 50% des Wareneinsatzes additiv 	5 5
Betten	80%	Aller Betten höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.	15
Vorhänge, Bilder	100%	Vorhanden	5
Air Condition	50%	Kühlfunktion	5
Cafeteria (P)	100%	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet	15
Kostenlose Zwischenmahlzeiten (P)	100%	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware	5
		Summe	100

EG: mindester Erfüllungsgrad, auf die Anzahl der Vertragszimmer umgelegt, um die Punkte zu erhalten, z.B. 100% der Bäder müssen eine Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
	Technische Ausstattung, zusätzlicher technischer Komfort	
80%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett (additiv zu EG 50%)	5
50%	- zusätzlicher Anschluss für Fax/Internet etc., je Bett	5
100%	- TV/Bett (P)	10
100%	- Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion, oder Ruf über das bettseitige Telefon direkt zur Stationsschwester mit Knopfdruck (P)	10
	Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	
95% ¹	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 90%²</u>	5
90%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m² additiv zu EG 80%³</u>	5
80%	<u>Dusche (Bad) / WC mind. 3,2m²⁴</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärebereich (im Zweibettzimmer)</u>	
80%	- Dusche (Bad)/WC getrennt	15
	<u>Toiletteartikel</u>	
100%	- Toiletteset (Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile) inklusive Hausschuhe/Pantoffel (P)	5
100%	- <u>Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)</u>	5
	Bauliche Ausstattung	
80%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers) (additiv zu EG 50%)	10
50%	- Vorraum (zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers)	5
50%	- Balkon	15
	<u>Infrastruktur/Haus</u>	
	- PatientInnen-Restaurant (nur für PatientInnen und deren BesucherInnen) (P)	5

	- à la carte Speisen (P)	10
	- Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen (P)	5
	- Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen (P)	15
	- Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	15
	- Zeitschriften- und Buchverkauf (P)	5
	- FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar (P)	15
	- Bezahlung mittels Bankomatkarte (P)	5
	- Zusätzlich mittels Kreditkarte (P)	5
	Lage/Haus - gelegen im Park (mind. 5.000 m ²); Punkte für Garten sind zusätzlich verrechenbar	5
	Summe	185

¹ Für 2004, ab 2005 100% EG

² Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

³ Die m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

m²-Anzahl ist fixiert für 10 Jahre in den Zusatzkriterien 2004

b) Pflegekomponente

EG	<u>Kriterien</u>	
- über 80% (additiv zu über 60%) - über 60%	Anteil des diplomierten am Gesamtpflegepersonal im stationären Bereich	10 5
100%	Jährlicher durchschnittlicher Zeitaufwand für Fortbildung pro Pflegeperson - über 8 Stunden	5
100%	Bezugspflege; eine die gesamte Betreuung koordinierende Pflegeperson pro Schicht. (P)	5
100%	Aufnahmegespräch (P)	5
100%	Vereinbaren/Besprechen der Pflege mit den PatientInnen (P)	5
100%	Fachspezifisch standardisiertes Entlassungsmanagement spitals-interne/-externe Organisation (P)	5
100%	Stationsleitung im stationären Versorgungsbereich hat Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement. Anerkennungsbestimmungen siehe Legende. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind auf die Dauer von längstens 12 Monaten ausgenommen.	5
	Summe	45

c) Organisationskomponente

	Gültige Direkverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif	15
	Summe – Zusatzkriterien	245

2. Legende zum Sonderklasse-Anforderungsprofil

2.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

Größe in m ²	„Zimmereinheit“ = PatientInnenzimmer, Nassräume, Vorraum
Dusche (Bad), WC	In der Zimmereinheit inkludiert
Betten	Höhenverstellbar, mit verstellbarem Kopf- und Fußteil (mechanisch), für die PatientInnen selbst leicht zu bedienen)
Tisch, Sessel	Tisch und Sessel zur Einnahme der Mahlzeiten; 2 Sitzgelegenheiten pro Bett im Einbettzimmer, 3 Sitzgelegenheiten im Zweibettzimmer
Telefon	Je Bett; langes Kabel, um es auch auf das Bett stellen zu können; keine Grundgebühr, keine Bereitstellungsgebühr
TV	Kabel- oder Satelliten-TV pro Zimmer, mittels Fernbedienung ein- und ausschaltbar, 1 Fernbedienung pro Bett, Handhörgerät oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Radio	Rundfunkempfang je Bett, Handhörgeräte oder Kopfhörer je Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	Soweit medizinisch vertretbar, freie Wahl aus mehreren Menüs + kostenlose Bereitstellung von Tee, Kaffee, Milch, Mineralwasser, Fruchtsäften, Obst.
Kleiderschrank	Versperrbarer Kleiderschrank pro Bett, mit Teil zum Hängen und Teil mit Fächern zum Legen.

b) Pflegekomponente

PflegedienstleiterIn	<p>Abgeschlossene Sonderausbildung für Führungsaufgaben muss vorhanden sein; diese kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als sonderausbildungskonform akzeptiert sein.</p> <p>Übergangsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die seit mindestens 7 Jahren als PflegedienstleiterInnen angestellten Personen wird diese Regelung nicht angewandt • Für PflegedienstleiterInnen, die zwischen 2001 und 2003 eingestellt wurden, muss der Nachweis der rechtsgültigen Anmeldung erfüllt sein. <p>Die interimistische Besetzung der Pflegedienstleitung ist von diesem Kriterium ausgenommen.</p>
----------------------	--

2.2. Variable Musskriterien

a) Hotelkomponente

PatientInnen-informationsmappe	Auf alle Kriterien des Anforderungsprofils, die mit „P“ gekennzeichnet sind, muss in der Mappe beschreibend hingewiesen werden.
Bademantel	Unisex, 2 Größen (M,L), kostenlos
Wertfach	Ein mit dem Schrank fest verschraubtes verschließbares (Schlüssel oder Code) Wertfach, kostenlos.
Tageszeitung	Eine aktuelle Tageszeitung pro Bett, kostenlos.
Speisen + Getränke	50% bzw. 40% bzw. 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, (EU-Verordnung 2092/1991); für diese 50% bzw. 40% bzw. 30% können Produktpaletten durch die PKA bestimmt werden, diese müssen dann allerdings zu 100% aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen, nachgewiesen mittels einer Bestätigung, die durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle ausgestellt werden muss (gilt auch für Fertigménüs). Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.
Betten	Höhenverstellbar, mit elektrisch verstellbarem Kopfteil, auch für bettlägrige PatientInnen mittels Fernbedienung leicht zu bedienen; Fußteil kann auch mechanisch verstellbar sein.
Vorhänge, Bilder	Vorhänge, Rollos, Jalousien, etc. im PatientInnenzimmer, Bilder (Außenjalousien, zwischen den Fensterscheiben montierte Jalousien und ähnliches werden nicht gewertet).
Air Condition	Kühlfunktion; auf Hygienevorschriften entsprechend den üblichen Krankenhausstandards muss geachtet werden
Cafeteria	Mit Tischservice, täglich mindestens 8 Stunden geöffnet, 20% Sitzgelegenheiten der tatsächlich kategorisierten Bettenanzahl müssen vorhanden sein.
Kostenlose Zwischenmahlzeiten	Frisches Obst, Joghurt, Kuchen, ebenso entsprechende Diabetikerware

2.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

Zusätzlicher Telefonanschluss für Fax/Internet etc., je Bett	Es muss die Möglichkeit gegeben sein, dass PatientInnen ihre eigenen Geräte mitbringen und anstecken können, kostenlos, ausgenommen die Verbindungsentgelte.
TV/Bett	Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos. Es gelten sowohl Bedside TV-Geräte, als auch vis a vis von den PatientInnen aufgestellte Geräte. Eine Aufstellung von TV-Geräten übereinander ist nicht zulässig. Die Aufstellung der TV-Geräte hat zueinander in einem Achswinkel von mindestens 50° zu erfolgen.
Schwesternruf mit integrierter Gegensprechfunktion	Übersichtlich und leicht bedienbar, gut verständlich, nachts beleuchtete Druckknöpfe; gleichwertig ist die Lösung über direkten Ruf per Telefon ins Schwesternzimmer mit Druckknopf.
Mindestgröße Dusche (Bad)/WC	Für die Erfüllung der Mindestgröße werden die Größen beider

	Nassraumeinrichtungen zusammengerechnet.
Dusche (Bad)/WC im Zweibettzimmer getrennt	Dusche (Bad) und WC sind in getrennten Räumlichkeiten untergebracht.
Toiletteset inklusive Hausschuhen/Pantoffel	Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile – einzeln und hygienisch verpackt; Einmalhausschuhe unisex, hygienisch verpackt, kostenlos. Duschbad, Shampoo und Seife kann auch im Spender vorhanden sein.
Föhn und Vergrößerungsspiegel je Zimmereinheit.	Transportables Föhngerät auf Wunsch, auch für bettlägrige PatientInnen verwendbar, mit Warm- und Kaltstufe; ev. abnehmbar und transportabel, kostenlos.
Vorraum	Zusätzlich zur Mindest m ² -Anzahl des PatientInnenzimmers, mind. 2 m ² groß, Zugang zu Bad/WC muss vom Vorraum aus sein, räumlich abgegrenzt (idealerweise mit Türen) zur Wahrung der Intimsphäre der PatientInnen (Sichtschutz). Vorhang gilt nicht als Abgrenzung.
Balkon	Muss die Möglichkeit bieten, einen Sessel oder Rollstuhl hinaus stellen zu können, sollte auch entsprechenden Sonnenschutz (Schirm) haben
PatientInnen-Restaurant	Die PatientInnen müssen die Möglichkeit haben, gemeinsam mit anderen PatientInnen in einem eigenen Speiseraum (keinesfalls im Personalspeiseraum) zu essen, in gediegenem Ambiente und mit freundlichem Servierpersonal, PatientInnen-Restaurant und Cafeteria müssen sich in getrennten Räumlichkeiten befinden. Mindestanzahl der Sitzplätze 20.
À la carte Speisen	Zusätzlich zu den Menüs muss es sowohl im Zimmer als auch im PatientInnen-Restaurant – falls Restaurant vorhanden - die Möglichkeit geben, À la carte zu essen zu den üblichen Essenszeiten gegen Entgelt. Darunter ist die Auswahl aus mindestens 5 Hauptspeisen und 5 Snacks zu verstehen.
Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen	Wahlmöglichkeit aus Diätkomponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen.
Tiefgarage, Autoabstellplatz, verfügbar für BesucherInnen/PatientInnen	Behördlich genehmigte Autoabstellplätze, eigens für PatientInnen und BesucherInnen ausgewiesene, am Areal des Krankenhauses gelegen. Für PatientInnen, bei denen eine Kostenabrechnung mit der KFA erfolgt, muss die Benutzung von Abstellplätzen kostenlos sein, für Tiefgaragenplätze darf max. €3.-/Stunde verlangt werden. Anzahl in Höhe von 30% der kategorisierten Betten.
Gepflegter Garten (mind. 600 m ²)	Auf dem Areal des Krankenhauses gelegen, Exklusivnutzung für PatientInnen, deren BesucherInnen und das Krankenhauspersonal, Bänke, Gartensessel und Gartentische zum Ausrasten müssen vorhanden sein.
Zeitschriften- und Buchverkauf	Gängigste Tages- und Wochenzeitschriften, aktuelle österreichische Bestseller, häufig nachgefragte Bücher.
FriseurInnen, Pediküre, Maniküre als Dienstleistung verfügbar	Müssen auch aufs Zimmer kommen.
Gelegen im Park (mind. 5.000 m ²)	Gepflegte, befestigte Wege, übersichtlich, keine öffentliche Parkanlage, keine Nutzungsrechte durch andere Institutionen.

b) Pflegekomponente

Diplomiertes Pflegepersonal	Anteil des diplomierten Pflegepersonals am Gesamtpflegepersonal (pro Kopf) im stationären Bereich muss in den Personalakten der Pflegedirektion nachprüfbar sein.
Fortbildung des Pflegepersonals	Der jährliche Zeitaufwand für Fortbildung pro MitarbeiterIn im Pflegebereich muss durch geeignete Unterlagen in der Pflegedirektion nachprüfbar sein, zumindest innerhalb der jeweils letzten 3 Jahre mehr als 24 Fortbildungsstunden; gilt auch für Teilzeitkräfte.
Individuelle persönliche Betreuung (muss abgestimmt sein auf die Befindlichkeit und Wünsche der PatientInnen sowie auf die vorhandenen Ressourcen)	Den PatientInnen steht eine diplomierte Pflegeperson zur Seite, die jeweils die Verantwortung/Koordination für die gesamte Betreuung im Rahmen ihrer Schicht übernimmt. Somit können persönliche Wünsche der PatientInnen in den Tagesablauf eingeplant werden. Einfordern der täglichen Pflegevisite durch die Pflegeperson der Tagschicht, auch um die eigene Pflege zu evaluieren mit Dokumentation.
Aufnahmegespräch	Ein durchgeführtes persönliches Aufnahmegespräch muss in der Pflegedokumentation in fachspezifischen standardisierten Formularen niedergeschrieben sein.
Besprechen der Pflege	Pflegevisite bei 1 PatientInnen/Woche/Station durch die Pflegedienstleitung oder einer von ihr bestellten, leitenden Pflegeperson oder der qualitätsbeauftragten Person mit entsprechender fachspezifisch standardisierter Dokumentation.
Entlassungsmanagement	Abfrage und Dokumentation (fachspezifisch standardisiert) des Entlassungsmanagements und Organisation der entsprechenden Hilfestellungen zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Transport • Versorgungs- und Betreuungsnotwendigkeiten • Medikamente
Stationsschwester	Muss Weiterbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ erfolgreich absolviert haben; ist Teil der Sonderausbildung für Führungsaufgaben; die Weiterbildung kann an verschiedenen Akademien oder Universitäten besucht werden, die Ausbildung muss in Wien von der MA 15, oder in den Bundesländern von der entsprechenden Landesstelle als weiterbildungskonform akzeptiert sein. Vor 1.1.2004 bestellte Stationsleitungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits eine 10-jährige Tätigkeit als Stationsleitung ausgeübt haben, sind von dieser Regelung ausgenommen. Interimistisch besetzte Stationsleitungen sind, auf die Dauer von längstens 12 Monaten, von dieser Regelung ausgenommen.

a) Organisationskomponente

	Gültige Direktverrechnungsvereinbarung über Einbettzimmer; für Versicherte mit Einbett-Zusatztarif
--	--

D. Gebühren

1. Krankengeschichten

Für Abschriften von Krankengeschichten wird gemäß Punkt A.7. von der KFA € 16,54 vergütet.

2. Nachtragsrechnungen

Im Falle von Nachtragsrechnungen wird gemäß Punkt A.3.4. der Grundvereinbarung von der KFA pro Rechnung eine Bearbeitungsgebühr von € 50,-- in Abzug gebracht.

E. Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2012 in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2012 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Vor Ablauf dieser Vereinbarung in Behandlung genommene Fälle werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet.

1.3.

Ab dem 1.1.2013 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.4.

Diese Vereinbarung erlischt ohne Kündigung im Falle der Auflösung der KFA oder der Krankenanstalt.

Graz am 19.4.2012

Für die Privatklinik Kastanienhof GmbH.

Für die Stadt Graz:
Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat: