

Bericht an den Gemeinderat

GZ: KFA-K 42/2003-26

Bearbeiter: Viktor Brandstätter

Betreff:

BerichterstellerIn:

Sonderklassevereinbarungen
mit den Grazer Privatkliniken
bzw. Sanatorien
(PremiQuaMed, Kreuzschwestern, Leech,
Hansa, St. Leonhard, Kastanienhof)
gültig ab 01.03.2017

Graz, am 03.04.2017

Seit 01.07.2003 bestehen zwischen allen Grazer Privatkliniken und der KFA Verträge, 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 Verträge werden über Antrag der Privatkliniken jeweils den zwischen den Kliniken und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs ausverhandelten Verträgen angepasst.

Nunmehr ist Herr Dr. Piaty an die KFA, als bevollmächtigter Vertreter der Privatkliniken herangetreten und hat um Anpassung der seit 01.03.2016 gültigen Verträge ersucht, da rückwirkend mit 01.01.2017 neue Tarife mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs ausverhandelt wurden.

Die neue Vereinbarung mit der KFA soll wieder mit 01.03.2017 in Kraft treten und bis 31.12.2017 Gültigkeit haben. Die Änderungen betreffen unter anderem den tariflichen Bereich. Erhöhungen gibt es beim Tarif für das Zweibettzimmer, welcher von bisher tgl. € 173,38 auf tgl. € 179,80 (+ 3,7%) angehoben wird. Bei den technischen, konservativen und operativen Pauschalen sowie der Geburtenpauschale und den Konsiliarleistungen werden die Tarife um 3,3 % angehoben.

Neu dazugekommen ist die Pauschale für die Gel-Stix Operation in der Höhe von € 2.667,89 (Bandscheiben Implantate).

Um KFA-Anspruchsberechtigten, die dem Fonds für ZL angehören, auch weiterhin stationäre Aufenthalte in der 2. Gebührenklasse in den Grazer Sanatorien 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 PremiQuaMed-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 Hansa Privatklinik GmbH 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, rückwirkend mit Wirksamkeit 01.03.2017 beschließen.

Beilage 6 Vereinbarungen

Der Sachbearbeiter:

Der Abteilungsvorstand:

(Viktor Brandstätter)

(Mag. Klaus Frölich)

Der Vorsitzende des
Ausschusses der KFA:

(Harald Hansmann)

Vorberaten und angenommen in der
Sitzung des Ausschusses der
Krankenfürsorgeanstalt

am: 16.05.2017

der Vorsitzende:

(Harald Hansmann)

Gebührenfrei gemäß § 30 B-KUVG
in Verbindung mit §§ 109 und 110 ASVG

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

abgeschlossen

zwischen der

Hansa Privatklinikum Graz GmbH.

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

und der

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

8011 Graz, Hauptplatz 1, Rathaus, 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.**

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 in Anlage I festgelegten Qualitätskriterien (Fassung vom 4.12.2003) 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 und beim Honoraranteil der Spontangeburt, 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.

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 (gem.Pkt. B.1.4) (€ 71,57/ Tag). Gilt für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr. Sowohl Kind als auch Begleitperson müssen bei der KFA-Graz dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.

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),
- Aufnahmedaten (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 ein Leistungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag nicht besteht.

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.

Die abgegebene Kostenübernahmeerklärung wird durch Änderung der Diagnose oder der bei der Anforderung der Kostenübernahmeerklärung angegebenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gegenstandslos, wenn die durchgeführten Maßnahmen unter einen im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungsausschluss fallen, im Zusammenhang mit einer verschwiegenen Vorerkrankung stehen oder bedingungsgemäß vom Versicherungsschutz ausgenommen sind.

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 Werkzeuge 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. Rechnungslegung

3.4.1. Zeitpunkt der Rechnungslegung

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).

3.4.2. Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

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

Die Zahlungsfrist ist gewahrt, wenn Honorare und Hauskosten am Konto der rechnungslegenden Stelle einlangen. Die Zahlungsfrist beginnt mit dem Einlangen der nach den Bestimmungen dieses Vertrages vollständigen Abrechnungsunterlagen (3.4.7).

3.4.3.

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.

3.4.4.

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.

3.4.5.

Die Vertragspartner streben im gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufhalten 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:

3.4.5.1.

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

3.4.5.2.

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

3.4.5.3.

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.

3.4.5.4.

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).

3.4.5.5.

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 der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.5.6.

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.

3.4.6.

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.

3.4.7.

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

3.5.

Die elektronische Verrechnung zwischen der Krankenanstalt und der KFA ist derzeit nicht möglich.

3.6.

Die Einhebung eines allfälligen Selbstbehaltes erfolgt durch die KFA.

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.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten 3.2.1. und A.3.2.4. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.2.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Anlage II

4.2.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2006 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt C 2 der Anlage II.

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.

7. Gesundheitsdaten 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 Gesundheitsdaten/Medizinischen Unterlagen wird der in Anlage II angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragspartnern 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 Vertragspartner 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 Vertragspartner 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 3.4.5. 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 Chefarztin/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.

10. Dauer und Übergangsbestimmungen

10.1 Diese Vereinbarung inklusive aller Anlagen (ausgenommen diese sehen anderslautende Gültigkeitsbestimmungen vor) gilt für Aufnahmen ab 01.03.2017 bis 31.12.2017. Die vor Ablauf der Vereinbarung stationär aufgenommenen PatientenInnen werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet. Bei Wegfall der Direktverrechnungsvereinbarung verlieren jedenfalls auch die Anlagen ihre Gültigkeit.

10.2. Sollte innerhalb des in Punkt 10.1 genannten Zeitraumes zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Einigung über eine einheitliche österreichweite Direktverrechnung erfolgen, wird diese von den Krankenanstalten vollinhaltlich übernommen. Die gegenständliche Vereinbarung verliert damit automatisch ihre Gültigkeit.

10.3 Sobald zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Abstimmung über die Vorgehensweise betreffend die neuen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (VersVG-Novelle) erfolgt ist, wird diese automatisch Vertragsinhalt.

11. Umfängliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die Anspruchsberechtigten der Krankenfürsorgeanstalt für die Bediensteten der Stadt Graz, kurz „KFA“.

12. Schlussbestimmungen

12.1. Umsatzsteuer

Die im Folgenden angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

12.2. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung unberührt und es verpflichten sich die Vertragspartner, die betroffene Bestimmung durch eine neue Regelung zu ersetzen, die der ursprünglichen Bestimmung wirtschaftlich am nächsten kommt.

12.3. Allfällige alte Vereinbarungen und Schriftformerfordernis

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen und Absprachen. Alle Änderungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform. Ebenso bedarf das Abgehen vom Schriftformerfordernis der Schriftform.

12.4. Ausfertigungen

Die Vereinbarung wird in zwei Ausfertigungen ausgestellt, von denen jeder der Vertragspartner ein Exemplar erhält.

HAUSKOSTEN UND HONORARE 1.3.2017 – 31.12.2017

A Allgemeine Regelungen

1. Definitionen

1.1. Krankheitsgeschehen

Ein (1) Krankheitsgeschehen kann eine oder mehrere Diagnosen während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes umfassen. Bei mehreren Diagnosen liegt dann ein (1) Krankheitsgeschehen vor, wenn gleiche Krankheitsbilder und Symptomenkomplexe behandelt werden.

1.2. Akutaufnahme

Unter Akutaufnahme versteht man eine stationäre Aufnahme in der Krankenanstalt, die durch eine vor der Aufnahme im Krankenhaus in Erscheinung getretene oder diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird. Zeitlich mehr als 24 Stunden vom behandelnden Arzt der Krankenanstalt im Vorhinein geplante Aufnahmen gelten nicht als Akutaufnahme. Die Akutaufnahme erfolgt ausschließlich aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und ist unabhängig von der Tageszeit. Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten im Sinne dieser Vereinbarung nicht als Akutaufnahme.

2. Transferierung/Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen (innerhalb des Bundeslandes Steiermark)

2.1. Transferierungen

2.1.1. Im Falle einer Transferierung in eine oder von einer anderen Krankenanstalt (egal ob öffentlich oder privat) sind die Hauskosten für den Transfertag nur für die übernehmende Krankenanstalt verrechenbar. Hinsichtlich der Honorare ist bei konservativen Behandlungsfällen gleichartig vorzugehen.

2.1.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gem. Punkt A.3, Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Punkt C.2.4. etc.) sind anwendbar.

2.1.3. Bei einem (1) Krankheitsgeschehen gelten folgende Regelungen je durchführender Krankenanstalt:

- a) Die Technische Pauschale gem. Punkt B.4. ist zu 70% verrechenbar.
- b) Konservative Honorare gem. Punkt C.1. sind zu 70% verrechenbar.

- c) Operative Honorare gem. Punkt C.2. sind zu 70% verrechenbar.
- d) Die Honorare gemäß Punkt C 3 (Konsilien) sind zu 100% verrechenbar.
- e) Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß Punkt A.3. sind die gültig ermittelten Honorare zu 70% verrechenbar.
- f) Die Entbindungspauschale gem. Punkt D.1. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Punkt C.1. oder C.2. in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 80% verrechenbar.

2.2. Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen

2.2.1. Bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen im Zusammenhang mit einem (1) Krankheitsgeschehen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt gelten die Bestimmungen gem. Punkt A.2.1. analog.

2.2.2. Abweichend zu Punkt A.2.1.3.d) gilt für die Honorare gem. Punkt C 3 (Konsilien) bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß Punkt C.3.3. (maximal 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte). Die Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler keine Hauptbehandlungshonorare im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurden.

3. Interdisziplinäre Behandlungen

3.1. Allgemeines

3.1.1. Ein interdisziplinärer Behandlungsfall liegt vor, wenn ein medizinisch indizierter Wechsel auf eine Abteilung mit anderer Fachrichtung oder Wechsel zu einem Arzt mit anderer Fachrichtung vorgenommen wird oder bei medizinisch indizierten Parallelbehandlungen durch mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen.

3.1.2. Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.

3.1.3. Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe Punkt C.2.7.).

¹ Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet

3.2. Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

3.2.1. Bei medizinisch indiziertem Facharztwechsel bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars zwischen den Behandlern erfolgt gemäß der Aufenthaltsdauer nach Tagen.

3.2.2. Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch Fachärzte verschiedener Richtungen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) pro Fach verrechenbar.

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

3.2.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. wobei die Gesamtaufenthaltsstage als Maßgabe dienen.

3.3. Mehrere operative Behandlungen

3.3.1. Das operative Behandlungshonorar ist gem. Pkt. C.2.2. verrechenbar. Fallen mehrere operative Behandlungen bei einem (1) Krankheitsgeschehen an, tritt die Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Pkt. C.2.4. in Kraft.

3.3.2. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gem. Pkt. B. 4.3.

3.4. Operative und konservative Behandlungen

3.4.1. Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Wechsel des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Fachärzte insgesamt das Operationshonorar und 3 Konsilien gem. Pkt. C. 3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.4.2. Aufnahme zur konservativen Abklärung und Behandlung mit daraus resultierendem chirurgischem Eingriff

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder 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 Fachrichtungen 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“ gem. Pkt. A.3.4.1. abzurechnen.

3.4.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. oder Pkt. B.4.3., wobei die jeweils höhere Technische Pauschale verrechenbar ist.

4. Additivfächer

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

5. 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.

6. Konsiliarleistungen

6.1. Als Konsiliarleistungen im Sinne dieser Vereinbarung verstehen sich unmittelbar am Patienten vorgenommene Untersuchungen/Behandlungen, die von Ärzten anderer Fachrichtungen als der des Hauptbehandlers erbracht werden, sofern diese

a) medizinisch indiziert sind

und

b) vom Hauptbehandler angefordert werden

und

c) lege artis zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen

oder

nicht zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.

6.2. Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen mit der Technischen Pauschale gemäß Pkt. B.4. abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Röntgen, Labor, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie, etc.).

6.3. Konsilien zulasten des Hauptbehandlers

Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er im selben oder in anderen Fällen als Konsiliarleistung für eine andere Abteilung/Fachrichtung erbringt, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgegolten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.

6.4. Gastroenterologische Endoskopie

Punkt C.3.2. ist zu 100% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologischen Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt C.3.2. ist zu 75% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, 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 des Hauptbehandlers verrechenbar.

6.5. Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt C.3.4.). Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

B Hauskosten

1. Tagsätze

1.1	Zweibettzimmer	€ 179,80	pro Tag
1.2	Qualitätsbonus gem. Anforderungsprofil	€ 29,30	pro Tag
1.3	Einbettzimmer (Aufzahlung) – Privatleistung. Von KFA-Graz Versicherten selbst zu bezahlen, da die KFA-Graz diese Leistung nicht anbietet.	€ 86,00	pro Tag
1.4	Begleitperson (für Kinder bis zum 10.Lj)	€ 71,57	pro Tag
1.5	Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer	entfällt	pro Tag
1.6	Der seitens eines öffentlichen Trägers der Sozialversicherung satzungsgemäß vorgeschriebene Selbstbehalt bei mitversicherten Familienangehörigen ist zusätzlich nicht verrechenbar.		

2. EDIVKA

Der KFA-Graz kann der EDIKOST und EDILEIST Bonus nicht verrechnet werden, da die Kriterien nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden.

3. Medizinische Unterlagen/Sonstiges

3.1. Medizinische Unterlagen: € 16,54 pro Fall

3.2. Bearbeitungsgebühr für Nachtragsrechnungen: € 56,75 pro Rechnung

4. Technische Pauschalen

4.1. Allgemeines

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Anästhesie vom Aufklärungsgespräch bis zur Entlassung im Aufwachbereich, Nuklearmedizin, Fremdleistungen, etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Aufenthalt entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

4.2. Nichtoperative Fälle

4.2.1. Technische Pauschale

		2017
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	591,37 €
3 Tage	100%	591,37 €
4 Tage	110%	650,51 €
5 Tage	120%	709,65 €
6 Tage	130%	768,79 €
7 Tage	140%	827,93 €
8 Tage	145%	857,49 €
9 Tage	150%	887,07 €
10 Tage	155%	916,63 €
11 Tage	160%	946,21 €
12 Tage	165%	975,77 €
13 Tage	170%	1.005,34 €
14 Tage	175%	1.034,91 €

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

4.3. Operative Fälle

4.3.1. Technische Pauschale

		2017
OP I	20%	248,89 €
OP II	40%	497,78 €
OP III	60%	746,67 €
OP IV	100%	1.244,43 €
OP V	140%	1.742,21 €
OP VI	190%	2.364,43 €
OP VII	240%	2.986,64 €
OP VIII	320%	3.982,20 €

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

C Honorare

1. Konservative Behandlungsfälle

1.1. Honorar für konservative Behandlungsfälle

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

		2017
1 Tag	35%	176,04 €
2 Tage	50%	251,50 €
3 Tage	60%	301,79 €
4 Tage	70%	352,09 €
5 Tage	80%	402,39 €
6 Tage	90%	452,70 €
7 Tage	100%	502,99 €
8 Tage	105%	528,14 €
9 Tage	110%	553,29 €
10 Tage	115%	578,43 €
11 Tage	120%	603,58 €
12 Tage	125%	628,74 €
13 Tage	130%	653,89 €
14 Tage	130%	653,89 €
15 Tage	135%	679,03 €
16 Tage	135%	679,03 €
17 Tage	135%	679,03 €
18 Tage	140%	704,19 €
19 Tage	140%	704,19 €
20 Tage	140%	704,19 €
21 Tage	140%	704,19 €

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 25,15 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

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

2. Operative Behandlungsfälle

2.1. Allgemeines

2.1.1. Ein operativer Eingriff liegt definitionsgemäß dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie eine im Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (Anlage III) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogieeinstufungen sind dem Grunde und der Höhe nach einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu regeln. Für operative Fälle steht ausschließlich das Honorar für operative Behandlungen zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Behandlungen ist nicht möglich.

2.1.2. Wird durch den selben Hauptbehandler sowohl eine länger dauernde konservative Behandlung (mehr als 10 Tage) als auch ein operativer Eingriff der Operationsgruppen I, II, oder III durchgeführt, richtet sich die Abrechnungsart, ob konservativ oder operativ, nach dem Behandlungsschwerpunkt. Der jeweilige Behandlungsschwerpunkt ist in den mitzuliefernden medizinischen Unterlagen eindeutig zu dokumentieren. Liegt der Behandlungsschwerpunkt in der konservativen Behandlung, so tritt Punkt C.2.1.1. außer Kraft und der Fall ist gem. Punkt C.1.1. abrechenbar.

2.2. Honorar für operative Behandlungsfälle

		2017
OP I	20%	189,86 €
OP II	40%	379,73 €
OP III	60%	569,59 €
OP IV	100%	949,33 €
OP V	140%	1.329,06 €
OP VI	190%	1.803,72 €
OP VII	240%	2.278,37 €
OP VIII	320%	3.037,84 €

2.3. Operationsgruppenschema

Die Einstufung der operativen Eingriffe erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (siehe Anlage III).

2.4. Mehrfach – Operationsgruppenregelung

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

2.4.1. bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

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

2.4.2. bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

2.4.3. Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

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

verrechnet werden.

2.4.4. Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer Fachärzte verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Krankheitsgeschehen können für jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt C.2.2. verrechnet werden.

2.4.5. 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 C.2.4.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren. Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

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

2.5. 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 C.2.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

2.6. Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Fachrichtungen abgegolten.

2.7. Postoperative Nachbehandlung

Wird die zur Operation gehörige Nachbehandlung nicht vom Operateur, der den Patient operiert hat, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten des Nachbehandlers zu kürzen.

3. **Konsiliarleistungen**

3.1. Klinische Konsilien

Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ein Honorar von € 85,22 verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 65,20.

3.2. Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung

Das Honorar pro klinischem Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt € 238,58.

3.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall aus Punkt C.3.1. und C.3.2. höchstens 3 Konsilien verrechenbar.

3.4. Konsiliaroperation

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt C.2.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt C.3.1. und C.3.2. ist nicht möglich.

3.5. Neugeborenenuntersuchung

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Maximalhonorar von € 231,90 vereinbart.

D Pauschalen und Sonderregelungen

1. Entbindungen

1.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Damrnaht und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Tagsätze gem. Pkt. B. 1.) in der Höhe von € 3.031,33 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

	2017
Technisches Pauschale	763,11 €
Hebammengebühr	840,27 €
Arzthonorar	1.427,95 €
Gesamtbetrag	3.031,33 €

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

1.2. Mehrlingsgeburten:

Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt C.3.5. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

1.3. Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.1. und C.3.5., abgegolten.

2. Katarakt

2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.995,85 vereinbart, der folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	907,87 €
Gesamtbetrag	1.995,85 €

2.2. Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 2.722,17 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	1.634,19 €
Gesamtbetrag	2.722,17 €

2.3. Sofern die Operation in zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. C.2.4.5. nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die gesamte Fallpauschale zur Verrechnung gelangt.

2.4. Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

2.5. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, den Ärzten für die in der Krankenanstalt durchgeführten Katarakt-Eingriffe keinen höheren Honoraranteil als den oben ausgewiesenen, zu leisten. Bei nachgewiesenem Zuwiderhandeln werden die Krankenversicherer ab dem auf den Verstoß folgenden (bzw. Kenntnis des Verstoßes folgenden) Monatsersten für die Dauer von drei Monaten bei jeder in der betroffenen Krankenanstalt durchgeführten Kataraktoperation jeweils ein Abzug im Ausmaß der Zuzahlung vornehmen. Die derart abgezogenen Beträge werden von den Krankenversicherern auf ein beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eingerichtetes Konto überwiesen. Die Verwendung der auf diesem Konto befindlichen Gelder wird zwischen den Verhandlern einvernehmlich festgelegt.

3. Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange

3.1. Pauschalbetrag

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	410,32 €
Honorar	240,47 €
Gesamtbetrag	650,79 €

3.2. Ausgenommen von der Pauschale gem. Pkt. D.3.1. sind coloskopische Polypektomien eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge. Die Abrechnung dieser erfolgt gemäß OP-Gr. IV [Y401 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Schlinge (inkl. Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"].

3.3. Die Leistungen gem. Punkt D.3.1. und Punkt D.3.2. sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. Punkt D.3.2.

3.4. Sofern neben der Behandlung gem. Punkt D.3.1. weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gem. Punkt A.1.2. handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gem. Punkt 2.1. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Punkt D.3.1. als Pauschale keine Anwendung. Anstelle dessen erfolgt die Abrechnung der diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision gem. Punkt C.3.2. (Konsiliarleistungen) bzw. die Abrechnung der Coloskopie mit Polypektomie mit Zange gemäß OP-Gr. III [Y302 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Zange (inkl.

Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"], wobei stets sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

3.5. Mit dem Pauschalhonorar gem. Punkt D.3.1. sind - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

3.6. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen grundsätzlich zur Anwendung, wobei jedoch der Pauschalbetrag gem. Punkt D.3.1. in vollem Ausmaß verrechenbar ist.

4. Chemonukleolyse

4.1. Werden in einem Fall ein oder mehrere Eingriffe mit dem Eingriffscode D427 durchgeführt, so ist für diesen Fall eine Pauschale in der Höhe von 2.530,85 Euro verrechenbar (Ausnahme D. 4.3.). Davon umfasst sind sämtliche in D427 angeführten Behandlungsmethoden. Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in der Höhe von 1.673,46 Euro und einem Honoraranteil von 857,39 Euro zusammen.

4.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der gewählten Methode, von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes, von der Anzahl der Eingriffe, von der Anzahl der behandelten Bandscheiben und Segmente - sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

4.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.4.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

4.4. Die Punkte D.4.1. und D.4.5. werden ausgesetzt, wenn eine offenkundige Umgehung des Regelungszweckes der Punkte D.4.1. bis D.4.3. - gleich welcher Art - erfolgt, weshalb sich die Vertragspartner in diesem Fall verpflichten, umgehend Gespräche über eine Neuregelung aufzunehmen.

5. Gel-Stix (Hydrogel-Implantate zur Bandscheiben-Augmentation)

5.1. Werden in einem Fall ein-oder mehrere Hydrogel-Implantat(e) implantiert, so ist für diesen Fall eine Pauschale in Höhe von 2.667,89 Euro verrechenbar (Ausnahme D.5.3.). Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in Höhe von 1.604,64 Euro und einem Honoraranteil in Höhe von 1.063,25 Euro zusammen.

5.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes – sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

5.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.5.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

6. Diagnostische ERCP

6.1. Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale in Höhe von

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	535,91 €
Honorar	545,45 €
Gesamtbetrag	1.081,36 €

verrechenbar.

6.2. Für eine zusätzlich durchgeführte Coloskopie sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

6.3. Mit diesen Pauschalbeträgen sind (unabhängig von der Verweildauer) sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

6. Schlaflabor

7.1. Grundsätze, die für alle Fallgruppen gelten

Mit Ausnahme der folgenden Fallpauschalen sind keine weiteren Positionen verrechenbar (alle Hauskosten und Honorare sind in den Pauschalen inkludiert).

7.2. Neurologische Patienten – Fall zur Abklärung im Schlaflabor

Es werden ein- und durchschlafgestörte, neurologische Patienten für zwei bis drei Nächte untersucht. Unabhängig von der Dauer des stationären Aufenthaltes kann eine Fallpauschale von € 457,77 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3. Untersuchungen bzw. Therapieeinstellungen bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung

7.3.1. Fall mit Untersuchung, nicht CPAP-bedürftig

Der Patient wird untersucht und bedarf keiner CPAP-Therapie, sondern ist entweder nicht therapiebedürftig oder erhält eine andere, z.B. medikamentöse Therapie.

Es kann für einen zwei- oder mehrtägigen Aufenthalt inklusive umfassender Untersuchung (inkl. fachärztlicher Konsilien) im Schlaflabor ein Betrag von € 678,69 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3.2. Fall mit Untersuchung und CPAP-Einstellung

Der Patient wird untersucht und bedarf einer CPAP-Therapie

7.3.2.1. Fall mit Durchführung der CPAP-Einstellung in einem Aufenthalt

Bei sofortiger Durchführung der Einstellung im Anschluss an die Untersuchung in einem zumindest dreitägigen Aufenthalt kann unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes eine Pauschalsumme von € 1.136,46 verrechnet werden.

7.3.2.2. Fall mit mehrzeitiger Durchführung der CPAP-Einstellung

Bei Durchführung der Einstellung im Zuge eines späteren Aufenthaltes kann eine Pauschalsumme von € 678,69 verrechnet werden. Für den 2. Aufenthalt zur CPAP-Einstellung kann eine Pauschalsumme von € 457,77 verrechnet werden.

7.3.3. *Kontrolle der Ersteinstellung nach 2 Monaten*

Für eine stationäre Kontrolle der Ersteinstellung der CPAP Einstellung gebührt eine Pauschalsumme in Höhe von € 312,54 .

7.3.4. *Weitere Kontrollen*

Weitere Kontrolluntersuchungen erfolgen ambulant. Bei einem nicht kooperationsfähigen, beispielsweise multimorbiden, Patienten können spätere Kontrollen mit ausführlicher medizinischer Begründung im Einzelfall stationär erfolgen. Diese Kontrollen werden nach Punkt D 7.3.3. honoriert.

7.4. Statistik

Eine jährliche Statistik über die Anzahl der Schlaflaborfälle sowie der CPAP- oder biPAP-Einstellungen sowie die Anzahl der weiteren (nach der 1. Kontrolle) Kontrolluntersuchungen ist dem Versicherungsverband zu übermitteln.

7.5. Versicherte deren Pflichtkrankenversicherung Leistungen zur Sonderklasse erbringt

Bei Versicherten, deren Pflichtkrankenversicherung auch Leistungen zur Sonderklasse erbringt, werden 30% des Honoraranteils als Abschlag berechnet. Aufgrund der Vergütung als Pauschalsatz wird der Honoraranteil mit dem konservativen Satz für zwei Tage bzw. einem Tag angenommen. Damit errechnen sich die Abschläge für die Verrechnungen gemäß Punkt D 7.3.1. und D. 7.3.2. mit € 75,45 und für die Verrechnung gemäß D 7.3.3. mit € 52,82 .

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankeanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	Kriterien
Größe in m ²	<p>Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer).</p> <p>PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien.</p> <p>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.</p>
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 Musskriteriena) Hotelkomponente

	EG	Kriterien	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) • bei 40% des Wareneinsatzes additiv • bei 50% des Wareneinsatzes additiv 	5 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 einen Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	Kriterien	
80%	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. 3,2m⁽²⁻⁴⁾</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärbereich (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%	- Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)	5
	<u>Bauliche Ausstattung</u>	
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	Kriterien	
- 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, 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 Sondereausbildung 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 sonderausbildungs-konform 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

	<p>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 Fertigmensüs).</p> <p>Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.</p>
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	<p>Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos.</p> <p>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.</p>
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
--	--

E Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2017 (Aufnahmetag) in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2017 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Ab dem 1.3.2017 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.3.

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

Graz am

Für die Privatklinik Hansa GmbH:

Für die Stadt Graz:

Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Gebührenfrei gemäß § 30 B-KUVG
in Verbindung mit §§ 109 und 110 ASVG

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

abgeschlossen

zwischen der

Privatklinik Kastanienhof GmbH.

8052 Graz, Gritzenweg 6, im Folgenden kurz "Krankenanstalt" genannt

und der

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

8011 Graz, Hauptplatz 1, Rathaus, 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.**

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 in Anlage I festgelegten Qualitätskriterien (Fassung vom 4.12.2003) 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 und beim Honoraranteil der Spontangeburt, 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.

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 (gem.Pkt. B.1.4) (€ 71,57/ Tag). Gilt für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr. Sowohl Kind als auch Begleitperson müssen bei der KFA-Graz dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.

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),
- Aufnahmedaten (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 ein Leistungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag nicht besteht.

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.

Die abgegebene Kostenübernahmeerklärung wird durch Änderung der Diagnose oder der bei der Anforderung der Kostenübernahmeerklärung angegebenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gegenstandslos, wenn die durchgeführten Maßnahmen unter einen im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungsausschluss fallen, im Zusammenhang mit einer verschwiegenen Vorerkrankung stehen oder bedingungsgemäß vom Versicherungsschutz ausgenommen sind.

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 Werkzeuge 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. Rechnungslegung

3.4.1. Zeitpunkt der Rechnungslegung

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).

3.4.2. Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

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

Die Zahlungsfrist ist gewahrt, wenn Honorare und Hauskosten am Konto der rechnungslegenden Stelle einlangen. Die Zahlungsfrist beginnt mit dem Einlangen der nach den Bestimmungen dieses Vertrages vollständigen Abrechnungsunterlagen (3.4.7).

3.4.3.

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.

3.4.4.

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.

3.4.5.

Die Vertragspartner streben im gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufhalten 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:

3.4.5.1.

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

3.4.5.2.

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

3.4.5.3.

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.

3.4.5.4.

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).

3.4.5.5.

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 der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.5.6.

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.

3.4.6.

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.

3.4.7.

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

3.5.

Die elektronische Verrechnung zwischen der Krankenanstalt und der KFA ist derzeit nicht möglich.

3.6.

Die Einhebung eines allfälligen Selbstbehaltes erfolgt durch die KFA.

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.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten 3.2.1. und A.3.2.4. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.2.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Anlage II

4.2.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2006 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt C 2 der Anlage II.

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.

7. Gesundheitsdaten 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 Gesundheitsdaten/Medizinischen Unterlagen wird der in Anlage II angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragspartnern 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 Vertragspartner 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 Vertragspartner 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 3.4.5. 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 Chefarztin/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.

10. Dauer und Übergangsbestimmungen

10.1 Diese Vereinbarung inklusive aller Anlagen (ausgenommen diese sehen anderslautende Gültigkeitsbestimmungen vor) gilt für Aufnahmen ab 01.03.2017 bis 31.12.2017. Die vor Ablauf der Vereinbarung stationär aufgenommenen PatientenInnen werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet. Bei Wegfall der Direktverrechnungsvereinbarung verlieren jedenfalls auch die Anlagen ihre Gültigkeit.

10.2. Sollte innerhalb des in Punkt 10.1 genannten Zeitraumes zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Einigung über eine einheitliche österreichweite Direktverrechnung erfolgen, wird diese von den Krankenanstalten vollinhaltlich übernommen. Die gegenständliche Vereinbarung verliert damit automatisch ihre Gültigkeit.

10.3 Sobald zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Abstimmung über die Vorgehensweise betreffend die neuen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (VersVG-Novelle) erfolgt ist, wird diese automatisch Vertragsinhalt.

11. Umfängliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die Anspruchsberechtigten der Krankenfürsorgeanstalt für die Bediensteten der Stadt Graz, kurz „KFA“.

12. Schlussbestimmungen

12.1. Umsatzsteuer

Die im Folgenden angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

12.2. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung unberührt und es verpflichten sich die Vertragspartner, die betroffene Bestimmung durch eine neue Regelung zu ersetzen, die der ursprünglichen Bestimmung wirtschaftlich am nächsten kommt.

12.3. Allfällige alte Vereinbarungen und Schriftformerfordernis

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen und Absprachen. Alle Änderungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform. Ebenso bedarf das Abgehen vom Schriftformerfordernis der Schriftform.

12.4. Ausfertigungen

Die Vereinbarung wird in zwei Ausfertigungen ausgestellt, von denen jeder der Vertragspartner ein Exemplar erhält.

HAUSKOSTEN UND HONORARE 1.3.2017 – 31.12.2017

A Allgemeine Regelungen

1. Definitionen

1.1. Krankheitsgeschehen

Ein (1) Krankheitsgeschehen kann eine oder mehrere Diagnosen während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes umfassen. Bei mehreren Diagnosen liegt dann ein (1) Krankheitsgeschehen vor, wenn gleiche Krankheitsbilder und Symptomenkomplexe behandelt werden.

1.2. Akutaufnahme

Unter Akutaufnahme versteht man eine stationäre Aufnahme in der Krankenanstalt, die durch eine vor der Aufnahme im Krankenhaus in Erscheinung getretene oder diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird. Zeitlich mehr als 24 Stunden vom behandelnden Arzt der Krankenanstalt im Vorhinein geplante Aufnahmen gelten nicht als Akutaufnahme. Die Akutaufnahme erfolgt ausschließlich aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und ist unabhängig von der Tageszeit. Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten im Sinne dieser Vereinbarung nicht als Akutaufnahme.

2. Transferierung/Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen (innerhalb des Bundeslandes Steiermark)

2.1. Transferierungen

2.1.1. Im Falle einer Transferierung in eine oder von einer anderen Krankenanstalt (egal ob öffentlich oder privat) sind die Hauskosten für den Transfertag nur für die übernehmende Krankenanstalt verrechenbar. Hinsichtlich der Honorare ist bei konservativen Behandlungsfällen gleichartig vorzugehen.

2.1.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gem. Punkt A.3, Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Punkt C.2.4. etc.) sind anwendbar.

2.1.3. Bei einem (1) Krankheitsgeschehen gelten folgende Regelungen je durchführender Krankenanstalt:

- a) Die Technische Pauschale gem. Punkt B.4. ist zu 70% verrechenbar.
- b) Konservative Honorare gem. Punkt C.1. sind zu 70% verrechenbar.

- c) Operative Honorare gem. Punkt C.2. sind zu 70% verrechenbar.
- d) Die Honorare gemäß Punkt C 3 (Konsilien) sind zu 100% verrechenbar.
- e) Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß Punkt A.3. sind die gültig ermittelten Honorare zu 70% verrechenbar.
- f) Die Entbindungspauschale gem. Punkt D.1. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Punkt C.1. oder C.2. in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 80% verrechenbar.

2.2. Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen

2.2.1. Bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen im Zusammenhang mit einem (1) Krankheitsgeschehen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt gelten die Bestimmungen gem. Punkt A.2.1. analog.

2.2.2. Abweichend zu Punkt A.2.1.3.d) gilt für die Honorare gem. Punkt C 3 (Konsilien) bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß Punkt C.3.3. (maximal 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte). Die Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler keine Hauptbehandlungshonorare im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurden.

3. Interdisziplinäre Behandlungen

3.1. Allgemeines

3.1.1. Ein interdisziplinärer Behandlungsfall liegt vor, wenn ein medizinisch indizierter Wechsel auf eine Abteilung mit anderer Fachrichtung oder Wechsel zu einem Arzt mit anderer Fachrichtung vorgenommen wird oder bei medizinisch indizierten Parallelbehandlungen durch mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen.

3.1.2. Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.

3.1.3. Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe Punkt C.2.7.).

¹ Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet

3.2. Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

3.2.1. Bei medizinisch indiziertem Facharztwechsel bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars zwischen den Behandlern erfolgt gemäß der Aufenthaltsdauer nach Tagen.

3.2.2. Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch Fachärzte verschiedener Richtungen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) pro Fach verrechenbar.
Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.2.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. wobei die Gesamtaufenthaltsstage als Maßgabe dienen.

3.3. Mehrere operative Behandlungen

3.3.1. Das operative Behandlungshonorar ist gem. Pkt. C.2.2. verrechenbar. Fallen mehrere operative Behandlungen bei einem (1) Krankheitsgeschehen an, tritt die Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Pkt. C.2.4. in Kraft.

3.3.2. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gem. Pkt. B. 4.3.

3.4. Operative und konservative Behandlungen

3.4.1. Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Wechsel des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Fachärzte insgesamt das Operationshonorar und 3 Konsilien gem. Pkt. C. 3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.4.2. Aufnahme zur konservativen Abklärung und Behandlung mit daraus resultierendem chirurgischem Eingriff

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder 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 Fachrichtungen 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" gem. Pkt. A.3.4.1. abzurechnen.

3.4.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. oder Pkt. B.4.3., wobei die jeweils höhere Technische Pauschale verrechenbar ist.

4. Additivfächer

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

5. 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.

6. Konsiliarleistungen

6.1. Als Konsiliarleistungen im Sinne dieser Vereinbarung verstehen sich unmittelbar am Patienten vorgenommene Untersuchungen/Behandlungen, die von Ärzten anderer Fachrichtungen als der des Hauptbehandlers erbracht werden, sofern diese

a) medizinisch indiziert sind

und

b) vom Hauptbehandler angefordert werden

und

c) lege artis zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen

oder

nicht zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.

6.2. Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen mit der Technischen Pauschale gemäß Pkt. B.4. abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Röntgen, Labor, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie, etc.).

6.3. Konsilien zulasten des Hauptbehandlers

Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er im selben oder in anderen Fällen als Konsiliarleistung für eine andere Abteilung/Fachrichtung erbringt, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgegolten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.

6.4. Gastroenterologische Endoskopie

Punkt C.3.2. ist zu 100% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologischen Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt C.3.2. ist zu 75% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, 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 des Hauptbehandlers verrechenbar.

6.5. Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt C.3.4.). Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

B Hauskosten

1. Tagsätze

1.1	Zweibettzimmer	€ 179,80	pro Tag
1.2	Qualitätsbonus gem. Anforderungsprofil	€ 37,57	pro Tag
1.3	Einbettzimmer (Aufzahlung) – Privatleistung. Von KFA-Graz Versicherten selbst zu bezahlen, da die KFA-Graz diese Leistung nicht anbietet.	€ 86,00	pro Tag
1.4	Begleitperson (für Kinder bis zum 10.Lj)	€ 71,57	pro Tag
1.5	Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer	entfällt	pro Tag
1.6	Der seitens eines öffentlichen Trägers der Sozialversicherung satzungsgemäß vorgeschriebene Selbstbehalt bei mitversicherten Familienangehörigen ist zusätzlich nicht verrechenbar.		

2. EDIVKA

Der KFA-Graz kann der EDIKOST und EDILEIST Bonus nicht verrechnet werden, da die Kriterien nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden.

3. Medizinische Unterlagen/Sonstiges

3.1. Medizinische Unterlagen: € 16,54 pro Fall

3.2. Bearbeitungsgebühr für Nachtragsrechnungen: € 56,75 pro Rechnung

4. Technische Pauschalen

4.1. Allgemeines

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Anästhesie vom Aufklärungsgespräch bis zur Entlassung im Aufwachbereich, Nuklearmedizin, Fremdleistungen, etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Aufenthalt entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

4.2. Nichtoperative Fälle

4.2.1. Technische Pauschale

		2017
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	591,37 €
3 Tage	100%	591,37 €
4 Tage	110%	650,51 €
5 Tage	120%	709,65 €
6 Tage	130%	768,79 €
7 Tage	140%	827,93 €
8 Tage	145%	857,49 €
9 Tage	150%	887,07 €
10 Tage	155%	916,63 €
11 Tage	160%	946,21 €
12 Tage	165%	975,77 €
13 Tage	170%	1.005,34 €
14 Tage	175%	1.034,91 €

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

4.3. Operative Fälle

4.3.1. Technische Pauschale

		2017
OP I	20%	248,89 €
OP II	40%	497,78 €
OP III	60%	746,67 €
OP IV	100%	1.244,43 €
OP V	140%	1.742,21 €
OP VI	190%	2.364,43 €
OP VII	240%	2.986,64 €
OP VIII	320%	3.982,20 €

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

C Honorare

1. Konservative Behandlungsfälle

1.1. Honorar für konservative Behandlungsfälle

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

		2017
1 Tag	35%	176,04 €
2 Tage	50%	251,50 €
3 Tage	60%	301,79 €
4 Tage	70%	352,09 €
5 Tage	80%	402,39 €
6 Tage	90%	452,70 €
7 Tage	100%	502,99 €
8 Tage	105%	528,14 €
9 Tage	110%	553,29 €
10 Tage	115%	578,43 €
11 Tage	120%	603,58 €
12 Tage	125%	628,74 €
13 Tage	130%	653,89 €
14 Tage	130%	653,89 €
15 Tage	135%	679,03 €
16 Tage	135%	679,03 €
17 Tage	135%	679,03 €
18 Tage	140%	704,19 €
19 Tage	140%	704,19 €
20 Tage	140%	704,19 €
21 Tage	140%	704,19 €

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 25,15 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

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

2. Operative Behandlungsfälle

2.1. Allgemeines

2.1.1. Ein operativer Eingriff liegt definitionsgemäß dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie eine im Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (Anlage III) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogieeinstufungen sind dem Grunde und der Höhe nach einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu regeln. Für operative Fälle steht ausschließlich das Honorar für operative Behandlungen zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Behandlungen ist nicht möglich.

2.1.2. Wird durch den selben Hauptbehandler sowohl eine länger dauernde konservative Behandlung (mehr als 10 Tage) als auch ein operativer Eingriff der Operationsgruppen I, II, oder III durchgeführt, richtet sich die Abrechnungsart, ob konservativ oder operativ, nach dem Behandlungsschwerpunkt. Der jeweilige Behandlungsschwerpunkt ist in den mitzuliefernden medizinischen Unterlagen eindeutig zu dokumentieren. Liegt der Behandlungsschwerpunkt in der konservativen Behandlung, so tritt Punkt C.2.1.1. außer Kraft und der Fall ist gem. Punkt C.1.1. abrechenbar.

2.2. Honorar für operative Behandlungsfälle

		2017
OP I	20%	189,86 €
OP II	40%	379,73 €
OP III	60%	569,59 €
OP IV	100%	949,33 €
OP V	140%	1.329,06 €
OP VI	190%	1.803,72 €
OP VII	240%	2.278,37 €
OP VIII	320%	3.037,84 €

2.3. Operationsgruppenschema

Die Einstufung der operativen Eingriffe erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (siehe Anlage III).

2.4. Mehrfach – Operationsgruppenregelung

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

2.4.1. bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

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

2.4.2. bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

2.4.3. Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

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

verrechnet werden.

2.4.4. Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer Fachärzte verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Krankheitsgeschehen können für jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt C.2.2. verrechnet werden.

2.4.5. 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 C.2.4.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren. Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

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

2.5. 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 C.2.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

2.6. Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Fachrichtungen abgegolten.

2.7. Postoperative Nachbehandlung

Wird die zur Operation gehörige Nachbehandlung nicht vom Operateur, der den Patient operiert hat, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten des Nachbehandlers zu kürzen.

3. **Konsiliarleistungen**

3.1. Klinische Konsilien

Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ein Honorar von € 85,22 verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 65,20.

3.2. Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung

Das Honorar pro klinischem Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt € 238,58.

3.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall aus Punkt C.3.1. und C.3.2. höchstens 3 Konsilien verrechenbar.

3.4. Konsiliaroperation

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt C.2.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt C.3.1. und C.3.2. ist nicht möglich.

3.5. Neugeborenenuntersuchung

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Maximalhonorar von € 231,90 vereinbart.

D Pauschalen und Sonderregelungen

1. Entbindungen

1.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Damrnaht und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Tagsätze gem. Pkt. B. 1.) in der Höhe von € 3.031,33 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

	2017
Technisches Pauschale	763,11 €
Hebammengebühr	840,27 €
Arzthonorar	1.427,95 €
Gesamtbetrag	3.031,33 €

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

1.2. Mehrlingsgeburten:

Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt C.3.5. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

1.3. Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.1. und C.3.5., abgegolten.

2. Katarakt

2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.995,85 vereinbart, der folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	907,87 €
Gesamtbetrag	1.995,85 €

2.2. Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 2.722,17 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	1.634,19 €
Gesamtbetrag	2.722,17 €

2.3. Sofern die Operation in zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. C.2.4.5. nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die gesamte Fallpauschale zur Verrechnung gelangt.

2.4. Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

2.5. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, den Ärzten für die in der Krankenanstalt durchgeführten Katarakt-Eingriffe keinen höheren Honoraranteil als den oben ausgewiesenen, zu leisten. Bei nachgewiesenem Zuwiderhandeln werden die Krankenversicherer ab dem auf den Verstoß folgenden (bzw. Kenntnis des Verstoßes folgenden) Monatsersten für die Dauer von drei Monaten bei jeder in der betroffenen Krankenanstalt durchgeführten Kataraktoperation jeweils ein Abzug im Ausmaß der Zuzahlung vornehmen. Die derart abgezogenen Beträge werden von den Krankenversicherern auf ein beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eingerichtetes Konto überwiesen. Die Verwendung der auf diesem Konto befindlichen Gelder wird zwischen den Verhandlern einvernehmlich festgelegt.

3. Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange

3.1. Pauschalbetrag

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	410,32 €
Honorar	240,47 €
Gesamtbetrag	650,79 €

3.2. Ausgenommen von der Pauschale gem. Pkt. D.3.1. sind coloskopische Polypektomien eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge. Die Abrechnung dieser erfolgt gemäß OP-Gr. IV [Y401 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Schlinge (inkl. Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon,Sigmoid, Rectum"].

3.3. Die Leistungen gem. Punkt D.3.1. und Punkt D.3.2. sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. Punkt D.3.2.

3.4. Sofern neben der Behandlung gem. Punkt D.3.1. weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gem. Punkt A.1.2. handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gem. Punkt 2.1. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Punkt D.3.1. als Pauschale keine Anwendung. Anstelle dessen erfolgt die Abrechnung der diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision gem. Punkt C.3.2. (Konsiliarleistungen) bzw. die Abrechnung der Coloskopie mit Polypektomie mit Zange gemäß OP-Gr. III [Y302 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Zange (inkl.

Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"], wobei stets sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

3.5. Mit dem Pauschalhonorar gem. Punkt D.3.1. sind - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

3.6. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen grundsätzlich zur Anwendung, wobei jedoch der Pauschalbetrag gem. Punkt D.3.1. in vollem Ausmaß verrechenbar ist.

4. Chemonukleolyse

4.1. Werden in einem Fall ein oder mehrere Eingriffe mit dem Eingriffscode D427 durchgeführt, so ist für diesen Fall eine Pauschale in der Höhe von 2.530,85 Euro verrechenbar (Ausnahme D. 4.3.). Davon umfasst sind sämtliche in D427 angeführten Behandlungsmethoden. Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in der Höhe von 1.673,46 Euro und einem Honoraranteil von 857,39 Euro zusammen.

4.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der gewählten Methode, von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes, von der Anzahl der Eingriffe, von der Anzahl der behandelten Bandscheiben und Segmente - sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

4.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.4.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

4.4. Die Punkte D.4.1. und D.4.5. werden ausgesetzt, wenn eine offenkundige Umgehung des Regelungszweckes der Punkte D.4.1. bis D.4.3. - gleich welcher Art - erfolgt, weshalb sich die Vertragspartner in diesem Fall verpflichten, umgehend Gespräche über eine Neuregelung aufzunehmen.

5. Gel-Stix (Hydrogel-Implantate zur Bandscheiben-Augmentation)

5.1. Werden in einem Fall ein-oder mehrere Hydrogel-Implantat(e) implantiert, so ist für diesen Fall eine Pauschale in Höhe von 2.667,89 Euro verrechenbar (Ausnahme D.5.3.). Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in Höhe von 1.604,64 Euro und einem Honoraranteil in Höhe von 1.063,25 Euro zusammen.

5.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes – sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

5.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.5.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

6. Diagnostische ERCP

6.1. Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale in Höhe von

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	535,91 €
Honorar	545,45 €
Gesamtbetrag	1.081,36 €

verrechenbar.

6.2. Für eine zusätzlich durchgeführte Coloskopie sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

6.3. Mit diesen Pauschalbeträgen sind (unabhängig von der Verweildauer) sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

6. Schlaflabor

7.1. Grundsätze, die für alle Fallgruppen gelten

Mit Ausnahme der folgenden Fallpauschalen sind keine weiteren Positionen verrechenbar (alle Hauskosten und Honorare sind in den Pauschalen inkludiert).

7.2. Neurologische Patienten – Fall zur Abklärung im Schlaflabor

Es werden ein- und durchschlafgestörte, neurologische Patienten für zwei bis drei Nächte untersucht. Unabhängig von der Dauer des stationären Aufenthaltes kann eine Fallpauschale von € 457,77 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3. Untersuchungen bzw. Therapieeinstellungen bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung

7.3.1. Fall mit Untersuchung, nicht CPAP-bedürftig

Der Patient wird untersucht und bedarf keiner CPAP-Therapie, sondern ist entweder nicht therapiebedürftig oder erhält eine andere, z.B. medikamentöse Therapie.

Es kann für einen zwei- oder mehrtägigen Aufenthalt inklusive umfassender Untersuchung (inkl. fachärztlicher Konsilien) im Schlaflabor ein Betrag von € 678,69 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3.2. Fall mit Untersuchung und CPAP-Einstellung

Der Patient wird untersucht und bedarf einer CPAP-Therapie

7.3.2.1. Fall mit Durchführung der CPAP-Einstellung in einem Aufenthalt

Bei sofortiger Durchführung der Einstellung im Anschluss an die Untersuchung in einem zumindest dreitägigen Aufenthalt kann unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes eine Pauschalsumme von € 1.136,46 verrechnet werden.

7.3.2.2. Fall mit mehrzeitiger Durchführung der CPAP-Einstellung

Bei Durchführung der Einstellung im Zuge eines späteren Aufenthaltes kann eine Pauschalsumme von € 678,69 verrechnet werden. Für den 2. Aufenthalt zur CPAP-Einstellung kann eine Pauschalsumme von € 457,77 verrechnet werden.

7.3.3. *Kontrolle der Ersteinstellung nach 2 Monaten*

Für eine stationäre Kontrolle der Ersteinstellung der CPAP Einstellung gebührt eine Pauschalsumme in Höhe von € 312,54 .

7.3.4. *Weitere Kontrollen*

Weitere Kontrolluntersuchungen erfolgen ambulant. Bei einem nicht kooperationsfähigen, beispielsweise multimorbiden, Patienten können spätere Kontrollen mit ausführlicher medizinischer Begründung im Einzelfall stationär erfolgen. Diese Kontrollen werden nach Punkt D 7.3.3. honoriert.

7.4. Statistik

Eine jährliche Statistik über die Anzahl der Schlaflaborfälle sowie der CPAP- oder biPAP-Einstellungen sowie die Anzahl der weiteren (nach der 1. Kontrolle) Kontrolluntersuchungen ist dem Versicherungsverband zu übermitteln.

7.5. Versicherte deren Pflichtkrankenversicherung Leistungen zur Sonderklasse erbringt

Bei Versicherten, deren Pflichtkrankenversicherung auch Leistungen zur Sonderklasse erbringt, werden 30% des Honoraranteils als Abschlag berechnet. Aufgrund der Vergütung als Pauschalsatz wird der Honoraranteil mit dem konservativen Satz für zwei Tage bzw. einem Tag angenommen. Damit errechnen sich die Abschläge für die Verrechnungen gemäß Punkt D 7.3.1. und D. 7.3.2. mit € 75,45 und für die Verrechnung gemäß D 7.3.3. mit € 52,82 .

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankeanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	Kriterien
Größe in m ²	<p>Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer).</p> <p>PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien.</p> <p>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.</p>
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 Musskriteriena) Hotelkomponente

	EG	Kriterien	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%	• 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen (EU-Verordnung 2092/1991)	5
		• bei 40% des Wareneinsatzes additiv	5
		• bei 50% des Wareneinsatzes additiv	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 einen Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	Kriterien	
80%	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. 3,2m⁽²⁻⁴⁾</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärbereich (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%	- Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)	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	Kriterien	
- 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 Sondereausbildung 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 sonderausbildungs-konform 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

	<p>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).</p> <p>Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.</p>
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	<p>Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos.</p> <p>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.</p>
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 Diät-komponenten für alle diätpflichtigen PatientInnen	Wahlmöglichkeit aus Diät-komponenten 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
--	--

E Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2017 (Aufnahmetag) in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2017 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Ab dem 1.3.2017 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.3.

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

Graz am

Für die Privatklinik Kastanienhof GmbH:

Für die Stadt Graz:

Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Gebührenfrei gemäß § 30 B-KUVG
in Verbindung mit §§ 109 und 110 ASVG

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

abgeschlossen

zwischen der

Privatklinik der Kreuzschwestern GmbH.

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

und der

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

8011 Graz, Hauptplatz 1, Rathaus, 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.**

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 in Anlage I festgelegten Qualitätskriterien (Fassung vom 4.12.2003) 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 und beim Honoraranteil der Spontangeburt, 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.

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 (gem.Pkt. B.1.4) (€ 71,57/ Tag). Gilt für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr. Sowohl Kind als auch Begleitperson müssen bei der KFA-Graz dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.

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),
- Aufnahmedaten (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 ein Leistungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag nicht besteht.

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.

Die abgegebene Kostenübernahmeerklärung wird durch Änderung der Diagnose oder der bei der Anforderung der Kostenübernahmeerklärung angegebenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gegenstandslos, wenn die durchgeführten Maßnahmen unter einen im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungsausschluss fallen, im Zusammenhang mit einer verschwiegenen Vorerkrankung stehen oder bedingungsgemäß vom Versicherungsschutz ausgenommen sind.

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 Werkzeuge vor Ablauf der Zeitdauer, für die die Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, spätestens aber am vorletzten 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. Rechnungslegung

3.4.1. Zeitpunkt der Rechnungslegung

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).

3.4.2. Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

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

Die Zahlungsfrist ist gewahrt, wenn Honorare und Hauskosten am Konto der rechnungslegenden Stelle einlangen. Die Zahlungsfrist beginnt mit dem Einlangen der nach den Bestimmungen dieses Vertrages vollständigen Abrechnungsunterlagen (3.4.7).

3.4.3.

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.

3.4.4.

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.

3.4.5.

Die Vertragspartner streben im gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufhalten 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:

3.4.5.1.

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

3.4.5.2.

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

3.4.5.3.

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.

3.4.5.4.

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).

3.4.5.5.

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 der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.5.6.

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.

3.4.6.

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.

3.4.7.

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

3.5.

Die elektronische Verrechnung zwischen der Krankenanstalt und der KFA ist derzeit nicht möglich.

3.6.

Die Einhebung eines allfälligen Selbstbehaltes erfolgt durch die KFA.

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.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten 3.2.1. und A.3.2.4. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.2.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Anlage II

4.2.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2006 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt C 2 der Anlage II.

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.

7. Gesundheitsdaten 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 Gesundheitsdaten/Medizinischen Unterlagen wird der in Anlage II angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragspartnern 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 Vertragspartner 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 Vertragspartner 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 3.4.5. 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.

10. Dauer und Übergangsbestimmungen

10.1 Diese Vereinbarung inklusive aller Anlagen (ausgenommen diese sehen anderslautende Gültigkeitsbestimmungen vor) gilt für Aufnahmen ab 01.03.2017 bis 31.12.2017. Die vor Ablauf der Vereinbarung stationär aufgenommenen PatientenInnen werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet. Bei Wegfall der Direktverrechnungsvereinbarung verlieren jedenfalls auch die Anlagen ihre Gültigkeit.

10.2. Sollte innerhalb des in Punkt 10.1 genannten Zeitraumes zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Einigung über eine einheitliche österreichweite Direktverrechnung erfolgen, wird diese von den Krankenanstalten vollinhaltlich übernommen. Die gegenständliche Vereinbarung verliert damit automatisch ihre Gültigkeit.

10.3 Sobald zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Abstimmung über die Vorgehensweise betreffend die neuen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (VersVG-Novelle) erfolgt ist, wird diese automatisch Vertragsinhalt.

11. Umfängliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die Anspruchsberechtigten der Krankenfürsorgeanstalt für die Bediensteten der Stadt Graz, kurz „KFA“.

12. Schlussbestimmungen

12.1. Umsatzsteuer

Die im Folgenden angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

12.2. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung unberührt und es verpflichten sich die Vertragspartner, die betroffene Bestimmung durch eine neue Regelung zu ersetzen, die der ursprünglichen Bestimmung wirtschaftlich am nächsten kommt.

12.3. Allfällige alte Vereinbarungen und Schriftformerfordernis

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen und Absprachen. Alle Änderungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform. Ebenso bedarf das Abgehen vom Schriftformerfordernis der Schriftform.

12.4. Ausfertigungen

Die Vereinbarung wird in zwei Ausfertigungen ausgestellt, von denen jeder der Vertragspartner ein Exemplar erhält.

HAUSKOSTEN UND HONORARE 1.3.2017 – 31.12.2017

A Allgemeine Regelungen

1. Definitionen

1.1. Krankheitsgeschehen

Ein (1) Krankheitsgeschehen kann eine oder mehrere Diagnosen während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes umfassen. Bei mehreren Diagnosen liegt dann ein (1) Krankheitsgeschehen vor, wenn gleiche Krankheitsbilder und Symptomenkomplexe behandelt werden.

1.2. Akutaufnahme

Unter Akutaufnahme versteht man eine stationäre Aufnahme in der Krankenanstalt, die durch eine vor der Aufnahme im Krankenhaus in Erscheinung getretene oder diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird. Zeitlich mehr als 24 Stunden vom behandelnden Arzt der Krankenanstalt im Vorhinein geplante Aufnahmen gelten nicht als Akutaufnahme. Die Akutaufnahme erfolgt ausschließlich aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und ist unabhängig von der Tageszeit. Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten im Sinne dieser Vereinbarung nicht als Akutaufnahme.

2. Transferierung/Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen (innerhalb des Bundeslandes Steiermark)

2.1. Transferierungen

2.1.1. Im Falle einer Transferierung in eine oder von einer anderen Krankenanstalt (egal ob öffentlich oder privat) sind die Hauskosten für den Transfertag nur für die übernehmende Krankenanstalt verrechenbar. Hinsichtlich der Honorare ist bei konservativen Behandlungsfällen gleichartig vorzugehen.

2.1.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gem. Punkt A.3, Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Punkt C.2.4. etc.) sind anwendbar.

2.1.3. Bei einem (1) Krankheitsgeschehen gelten folgende Regelungen je durchführender Krankenanstalt:

- a) Die Technische Pauschale gem. Punkt B.4. ist zu 70% verrechenbar.
- b) Konservative Honorare gem. Punkt C.1. sind zu 70% verrechenbar.

- c) Operative Honorare gem. Punkt C.2. sind zu 70% verrechenbar.
- d) Die Honorare gemäß Punkt C 3 (Konsilien) sind zu 100% verrechenbar.
- e) Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß Punkt A.3. sind die gültig ermittelten Honorare zu 70% verrechenbar.
- f) Die Entbindungspauschale gem. Punkt D.1. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Punkt C.1. oder C.2. in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 80% verrechenbar.

2.2. Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen

2.2.1. Bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen im Zusammenhang mit einem (1) Krankheitsgeschehen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt gelten die Bestimmungen gem. Punkt A.2.1. analog.

2.2.2. Abweichend zu Punkt A.2.1.3.d) gilt für die Honorare gem. Punkt C 3 (Konsilien) bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß Punkt C.3.3. (maximal 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte). Die Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler keine Hauptbehandlungshonorare im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurden.

3. **Interdisziplinäre Behandlungen**

3.1. Allgemeines

3.1.1. Ein interdisziplinärer Behandlungsfall liegt vor, wenn ein medizinisch indizierter Wechsel auf eine Abteilung mit anderer Fachrichtung oder Wechsel zu einem Arzt mit anderer Fachrichtung vorgenommen wird oder bei medizinisch indizierten Parallelbehandlungen durch mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen.

3.1.2. Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.

3.1.3. Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe Punkt C.2.7.).

¹ Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet

3.2. Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

3.2.1. Bei medizinisch indiziertem Facharztwechsel bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars zwischen den Behandlern erfolgt gemäß der Aufenthaltsdauer nach Tagen.

3.2.2. Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch Fachärzte verschiedener Richtungen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) pro Fach verrechenbar.
Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.2.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. wobei die Gesamtaufenthaltsstage als Maßgabe dienen.

3.3. Mehrere operative Behandlungen

3.3.1. Das operative Behandlungshonorar ist gem. Pkt. C.2.2. verrechenbar. Fallen mehrere operative Behandlungen bei einem (1) Krankheitsgeschehen an, tritt die Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Pkt. C.2.4. in Kraft.

3.3.2. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gem. Pkt. B. 4.3.

3.4. Operative und konservative Behandlungen

3.4.1. Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Wechsel des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Fachärzte insgesamt das Operationshonorar und 3 Konsilien gem. Pkt. C. 3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.4.2. Aufnahme zur konservativen Abklärung und Behandlung mit daraus resultierendem chirurgischem Eingriff

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder 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 Fachrichtungen 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" gem. Pkt. A.3.4.1. abzurechnen.

3.4.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. oder Pkt. B.4.3., wobei die jeweils höhere Technische Pauschale verrechenbar ist.

4. Additivfächer

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

5. 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.

6. Konsiliarleistungen

6.1. Als Konsiliarleistungen im Sinne dieser Vereinbarung verstehen sich unmittelbar am Patienten vorgenommene Untersuchungen/Behandlungen, die von Ärzten anderer Fachrichtungen als der des Hauptbehandlers erbracht werden, sofern diese

a) medizinisch indiziert sind

und

b) vom Hauptbehandler angefordert werden

und

c) lege artis zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen

oder

nicht zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.

6.2. Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen mit der Technischen Pauschale gemäß Pkt. B.4. abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Röntgen, Labor, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie, etc.).

6.3. Konsilien zulasten des Hauptbehandlers

Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er im selben oder in anderen Fällen als Konsiliarleistung für eine andere Abteilung/Fachrichtung erbringt, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgegolten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.

6.4. Gastroenterologische Endoskopie

Punkt C.3.2. ist zu 100% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologischen Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt C.3.2. ist zu 75% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, 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 des Hauptbehandlers verrechenbar.

6.5. Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt C.3.4.). Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

B Hauskosten

1. Tagsätze

1.1	Zweibettzimmer	€ 179,80	pro Tag
1.2	Qualitätsbonus gem. Anforderungsprofil	€ 37,57	pro Tag
1.3	Einbettzimmer (Aufzahlung) – Privatleistung. Von KFA-Graz Versicherten selbst zu bezahlen, da die KFA-Graz diese Leistung nicht anbietet.	€ 86,00	pro Tag
1.4	Begleitperson (für Kinder bis zum 10.Lj)	€ 71,57	pro Tag
1.5	Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer	entfällt	pro Tag
1.6	Der seitens eines öffentlichen Trägers der Sozialversicherung satzungsgemäß vorgeschriebene Selbstbehalt bei mitversicherten Familienangehörigen ist zusätzlich nicht verrechenbar.		

2. EDIVKA

Der KFA-Graz kann der EDIKOST und EDILEIST Bonus nicht verrechnet werden, da die Kriterien nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden.

3. Medizinische Unterlagen/Sonstiges

3.1. Medizinische Unterlagen: € 16,54 pro Fall

3.2. Bearbeitungsgebühr für Nachtragsrechnungen: € 56,75 pro Rechnung

4. Technische Pauschalen

4.1. Allgemeines

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Anästhesie vom Aufklärungsgespräch bis zur Entlassung im Aufwachbereich, Nuklearmedizin, Fremdleistungen, etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Aufenthalt entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

4.2. Nichtoperative Fälle

4.2.1. Technische Pauschale

		2017
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	591,37 €
3 Tage	100%	591,37 €
4 Tage	110%	650,51 €
5 Tage	120%	709,65 €
6 Tage	130%	768,79 €
7 Tage	140%	827,93 €
8 Tage	145%	857,49 €
9 Tage	150%	887,07 €
10 Tage	155%	916,63 €
11 Tage	160%	946,21 €
12 Tage	165%	975,77 €
13 Tage	170%	1.005,34 €
14 Tage	175%	1.034,91 €

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

4.3. Operative Fälle

4.3.1. Technische Pauschale

		2017
OP I	20%	248,89 €
OP II	40%	497,78 €
OP III	60%	746,67 €
OP IV	100%	1.244,43 €
OP V	140%	1.742,21 €
OP VI	190%	2.364,43 €
OP VII	240%	2.986,64 €
OP VIII	320%	3.982,20 €

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

C Honorare

1. Konservative Behandlungsfälle

1.1. Honorar für konservative Behandlungsfälle

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

		2017
1 Tag	35%	176,04 €
2 Tage	50%	251,50 €
3 Tage	60%	301,79 €
4 Tage	70%	352,09 €
5 Tage	80%	402,39 €
6 Tage	90%	452,70 €
7 Tage	100%	502,99 €
8 Tage	105%	528,14 €
9 Tage	110%	553,29 €
10 Tage	115%	578,43 €
11 Tage	120%	603,58 €
12 Tage	125%	628,74 €
13 Tage	130%	653,89 €
14 Tage	130%	653,89 €
15 Tage	135%	679,03 €
16 Tage	135%	679,03 €
17 Tage	135%	679,03 €
18 Tage	140%	704,19 €
19 Tage	140%	704,19 €
20 Tage	140%	704,19 €
21 Tage	140%	704,19 €

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 25,15 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

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

2. Operative Behandlungsfälle

2.1. Allgemeines

2.1.1. Ein operativer Eingriff liegt definitionsgemäß dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie eine im Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (Anlage III) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogieeinstufungen sind dem Grunde und der Höhe nach einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu regeln. Für operative Fälle steht ausschließlich das Honorar für operative Behandlungen zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Behandlungen ist nicht möglich.

2.1.2. Wird durch den selben Hauptbehandler sowohl eine länger dauernde konservative Behandlung (mehr als 10 Tage) als auch ein operativer Eingriff der Operationsgruppen I, II, oder III durchgeführt, richtet sich die Abrechnungsart, ob konservativ oder operativ, nach dem Behandlungsschwerpunkt. Der jeweilige Behandlungsschwerpunkt ist in den mitzuliefernden medizinischen Unterlagen eindeutig zu dokumentieren. Liegt der Behandlungsschwerpunkt in der konservativen Behandlung, so tritt Punkt C.2.1.1. außer Kraft und der Fall ist gem. Punkt C.1.1. abrechenbar.

2.2. Honorar für operative Behandlungsfälle

		2017
OP I	20%	189,86 €
OP II	40%	379,73 €
OP III	60%	569,59 €
OP IV	100%	949,33 €
OP V	140%	1.329,06 €
OP VI	190%	1.803,72 €
OP VII	240%	2.278,37 €
OP VIII	320%	3.037,84 €

2.3. Operationsgruppenschema

Die Einstufung der operativen Eingriffe erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (siehe Anlage III).

2.4. Mehrfach – Operationsgruppenregelung

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

2.4.1. bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

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

2.4.2. bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

2.4.3. Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

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

verrechnet werden.

2.4.4. Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer Fachärzte verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Krankheitsgeschehen können für jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt C.2.2. verrechnet werden.

2.4.5. 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 C.2.4.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren. Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

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

2.5. 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 C.2.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

2.6. Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Fachrichtungen abgegolten.

2.7. Postoperative Nachbehandlung

Wird die zur Operation gehörige Nachbehandlung nicht vom Operateur, der den Patient operiert hat, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten des Nachbehandlers zu kürzen.

3. **Konsiliarleistungen**

3.1. Klinische Konsilien

Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ein Honorar von € 85,22 verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 65,20.

3.2. Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung

Das Honorar pro klinischem Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt € 238,58.

3.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall aus Punkt C.3.1. und C.3.2. höchstens 3 Konsilien verrechenbar.

3.4. Konsiliaroperation

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt C.2.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt C.3.1. und C.3.2. ist nicht möglich.

3.5. Neugeborenenuntersuchung

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Maximalhonorar von € 231,90 vereinbart.

D Pauschalen und Sonderregelungen

1. Entbindungen

1.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Damrnaht und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Tagsätze gem. Pkt. B. 1.) in der Höhe von € 3.031,33 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

	2017
Technisches Pauschale	763,11 €
Hebammengebühr	840,27 €
Arzthonorar	1.427,95 €
Gesamtbetrag	3.031,33 €

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

1.2. Mehrlingsgeburten:

Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt C.3.5. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

1.3. Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.1. und C.3.5., abgegolten.

2. Katarakt

2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.995,85 vereinbart, der folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	907,87 €
Gesamtbetrag	1.995,85 €

2.2. Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 2.722,17 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	1.634,19 €
Gesamtbetrag	2.722,17 €

2.3. Sofern die Operation in zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. C.2.4.5. nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die gesamte Fallpauschale zur Verrechnung gelangt.

2.4. Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

2.5. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, den Ärzten für die in der Krankenanstalt durchgeführten Katarakt-Eingriffe keinen höheren Honoraranteil als den oben ausgewiesenen, zu leisten. Bei nachgewiesenem Zuwiderhandeln werden die Krankenversicherer ab dem auf den Verstoß folgenden (bzw. Kenntnis des Verstoßes folgenden) Monatsersten für die Dauer von drei Monaten bei jeder in der betroffenen Krankenanstalt durchgeführten Kataraktoperation jeweils ein Abzug im Ausmaß der Zuzahlung vornehmen. Die derart abgezogenen Beträge werden von den Krankenversicherern auf ein beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eingerichtetes Konto überwiesen. Die Verwendung der auf diesem Konto befindlichen Gelder wird zwischen den Verhandlern einvernehmlich festgelegt.

3. Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange

3.1. Pauschalbetrag

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	410,32 €
Honorar	240,47 €
Gesamtbetrag	650,79 €

3.2. Ausgenommen von der Pauschale gem. Pkt. D.3.1. sind coloskopische Polypektomien eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge. Die Abrechnung dieser erfolgt gemäß OP-Gr. IV [Y401 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Schlinge (inkl. Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"].

3.3. Die Leistungen gem. Punkt D.3.1. und Punkt D.3.2. sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. Punkt D.3.2.

3.4. Sofern neben der Behandlung gem. Punkt D.3.1. weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gem. Punkt A.1.2. handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gem. Punkt 2.1. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Punkt D.3.1. als Pauschale keine Anwendung. Anstelle dessen erfolgt die Abrechnung der diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision gem. Punkt C.3.2. (Konsiliarleistungen) bzw. die Abrechnung der Coloskopie mit Polypektomie mit Zange gemäß OP-Gr. III [Y302 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Zange (inkl.

Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"], wobei stets sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

3.5. Mit dem Pauschalhonorar gem. Punkt D.3.1. sind - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

3.6. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen grundsätzlich zur Anwendung, wobei jedoch der Pauschalbetrag gem. Punkt D.3.1. in vollem Ausmaß verrechenbar ist.

4. Chemonukleolyse

4.1. Werden in einem Fall ein oder mehrere Eingriffe mit dem Eingriffscode D427 durchgeführt, so ist für diesen Fall eine Pauschale in der Höhe von 2.530,85 Euro verrechenbar (Ausnahme D. 4.3.). Davon umfasst sind sämtliche in D427 angeführten Behandlungsmethoden. Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in der Höhe von 1.673,46 Euro und einem Honoraranteil von 857,39 Euro zusammen.

4.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der gewählten Methode, von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes, von der Anzahl der Eingriffe, von der Anzahl der behandelten Bandscheiben und Segmente - sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

4.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.4.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

4.4. Die Punkte D.4.1. und D.4.5. werden ausgesetzt, wenn eine offenkundige Umgehung des Regelungszweckes der Punkte D.4.1. bis D.4.3. - gleich welcher Art - erfolgt, weshalb sich die Vertragspartner in diesem Fall verpflichten, umgehend Gespräche über eine Neuregelung aufzunehmen.

5. Gel-Stix (Hydrogel-Implantate zur Bandscheiben-Augmentation)

5.1. Werden in einem Fall ein-oder mehrere Hydrogel-Implantat(e) implantiert, so ist für diesen Fall eine Pauschale in Höhe von 2.667,89 Euro verrechenbar (Ausnahme D.5.3.). Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in Höhe von 1.604,64 Euro und einem Honoraranteil in Höhe von 1.063,25 Euro zusammen.

5.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes – sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

5.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.5.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

6. Diagnostische ERCP

6.1. Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale in Höhe von

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	535,91 €
Honorar	545,45 €
Gesamtbetrag	1.081,36 €

verrechenbar.

6.2. Für eine zusätzlich durchgeführte Coloskopie sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

6.3. Mit diesen Pauschalbeträgen sind (unabhängig von der Verweildauer) sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

6. Schlaflabor

7.1. Grundsätze, die für alle Fallgruppen gelten

Mit Ausnahme der folgenden Fallpauschalen sind keine weiteren Positionen verrechenbar (alle Hauskosten und Honorare sind in den Pauschalen inkludiert).

7.2. Neurologische Patienten – Fall zur Abklärung im Schlaflabor

Es werden ein- und durchschlafgestörte, neurologische Patienten für zwei bis drei Nächte untersucht. Unabhängig von der Dauer des stationären Aufenthaltes kann eine Fallpauschale von € 457,77 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3. Untersuchungen bzw. Therapieeinstellungen bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung

7.3.1. Fall mit Untersuchung, nicht CPAP-bedürftig

Der Patient wird untersucht und bedarf keiner CPAP-Therapie, sondern ist entweder nicht therapiebedürftig oder erhält eine andere, z.B. medikamentöse Therapie.

Es kann für einen zwei- oder mehrtägigen Aufenthalt inklusive umfassender Untersuchung (inkl. fachärztlicher Konsilien) im Schlaflabor ein Betrag von € 678,69 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3.2. Fall mit Untersuchung und CPAP-Einstellung

Der Patient wird untersucht und bedarf einer CPAP-Therapie

7.3.2.1. Fall mit Durchführung der CPAP-Einstellung in einem Aufenthalt

Bei sofortiger Durchführung der Einstellung im Anschluss an die Untersuchung in einem zumindest dreitägigen Aufenthalt kann unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes eine Pauschalsumme von € 1.136,46 verrechnet werden.

7.3.2.2. Fall mit mehrzeitiger Durchführung der CPAP-Einstellung

Bei Durchführung der Einstellung im Zuge eines späteren Aufenthaltes kann eine Pauschalsumme von € 678,69 verrechnet werden. Für den 2. Aufenthalt zur CPAP-Einstellung kann eine Pauschalsumme von € 457,77 verrechnet werden.

7.3.3. Kontrolle der Ersteinstellung nach 2 Monaten

Für eine stationäre Kontrolle der Ersteinstellung der CPAP Einstellung gebührt eine Pauschalsumme in Höhe von € 312,54 .

7.3.4. Weitere Kontrollen

Weitere Kontrolluntersuchungen erfolgen ambulant. Bei einem nicht kooperationsfähigen, beispielsweise multimorbiden, Patienten können spätere Kontrollen mit ausführlicher medizinischer Begründung im Einzelfall stationär erfolgen. Diese Kontrollen werden nach Punkt D 7.3.3. honoriert.

7.4. Statistik

Eine jährliche Statistik über die Anzahl der Schlaflaborfälle sowie der CPAP- oder biPAP-Einstellungen sowie die Anzahl der weiteren (nach der 1. Kontrolle) Kontrolluntersuchungen ist dem Versicherungsverband zu übermitteln.

7.5. Versicherte deren Pflichtkrankenversicherung Leistungen zur Sonderklasse erbringt

Bei Versicherten, deren Pflichtkrankenversicherung auch Leistungen zur Sonderklasse erbringt, werden 30% des Honoraranteils als Abschlag berechnet. Aufgrund der Vergütung als Pauschalsatz wird der Honoraranteil mit dem konservativen Satz für zwei Tage bzw. einem Tag angenommen. Damit errechnen sich die Abschläge für die Verrechnungen gemäß Punkt D 7.3.1. und D. 7.3.2. mit € 75,45 und für die Verrechnung gemäß D 7.3.3. mit € 52,82 .

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankeanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	Kriterien
Größe in m ²	<p>Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer).</p> <p>PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien.</p> <p>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.</p>
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 Musskriteriena) Hotelkomponente

	EG	Kriterien	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) • bei 40% des Wareneinsatzes additiv • bei 50% des Wareneinsatzes additiv 	5 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 einen Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	Kriterien	
80%	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. 3,2m⁽²⁻⁴⁾</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärbereich (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%	- Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)	5
	<u>Bauliche Ausstattung</u>	
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	Kriterien	
- 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, 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 Sondereausbildung 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 sonderausbildungs-konform 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

	<p>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 Fertigmensüs).</p> <p>Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.</p>
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	<p>Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos.</p> <p>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.</p>
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
--	--

E Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2017 (Aufnahmetag) in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2017 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Ab dem 1.3.2017 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.3.

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

Graz am

Für die Privatklinik Kreuzschwestern GmbH:

Für die Stadt Graz:

Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Gebührenfrei gemäß § 30 B-KUVG
in Verbindung mit §§ 109 und 110 ASVG

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, Hauptplatz 1, Rathaus, 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.**

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 in Anlage I festgelegten Qualitätskriterien (Fassung vom 4.12.2003) 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 und beim Honoraranteil der Spontangeburt, 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.

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 (gem.Pkt. B.1.4) (€ 71,57/ Tag). Gilt für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr. Sowohl Kind als auch Begleitperson müssen bei der KFA-Graz dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.

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),
- Aufnahmedaten (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 ein Leistungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag nicht besteht.

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.

Die abgegebene Kostenübernahmeerklärung wird durch Änderung der Diagnose oder der bei der Anforderung der Kostenübernahmeerklärung angegebenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gegenstandslos, wenn die durchgeführten Maßnahmen unter einen im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungsausschluss fallen, im Zusammenhang mit einer verschwiegenen Vorerkrankung stehen oder bedingungsgemäß vom Versicherungsschutz ausgenommen sind.

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 Werkstage 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. Rechnungslegung

3.4.1. Zeitpunkt der Rechnungslegung

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).

3.4.2. Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

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

Die Zahlungsfrist ist gewahrt, wenn Honorare und Hauskosten am Konto der rechnungslegenden Stelle einlangen. Die Zahlungsfrist beginnt mit dem Einlangen der nach den Bestimmungen dieses Vertrages vollständigen Abrechnungsunterlagen (3.4.7).

3.4.3.

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.

3.4.4.

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.

3.4.5.

Die Vertragspartner streben im gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufhalten 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:

3.4.5.1.

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

3.4.5.2.

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

3.4.5.3.

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.

3.4.5.4.

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).

3.4.5.5.

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 der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.5.6.

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.

3.4.6.

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.

3.4.7.

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

3.5.

Die elektronische Verrechnung zwischen der Krankenanstalt und der KFA ist derzeit nicht möglich.

3.6.

Die Einhebung eines allfälligen Selbstbehaltes erfolgt durch die KFA.

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.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten 3.2.1. und A.3.2.4. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.2.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Anlage II

4.2.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2006 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt C 2 der Anlage II.

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.

7. Gesundheitsdaten 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 Gesundheitsdaten/Medizinischen Unterlagen wird der in Anlage II angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragspartnern 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 Vertragspartner 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 Vertragspartner 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 3.4.5. 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 Chefarztin/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.

10. Dauer und Übergangsbestimmungen

10.1 Diese Vereinbarung inklusive aller Anlagen (ausgenommen diese sehen anderslautende Gültigkeitsbestimmungen vor) gilt für Aufnahmen ab 01.03.2017 bis 31.12.2017. Die vor Ablauf der Vereinbarung stationär aufgenommenen PatientenInnen werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet. Bei Wegfall der Direktverrechnungsvereinbarung verlieren jedenfalls auch die Anlagen ihre Gültigkeit.

10.2. Sollte innerhalb des in Punkt 10.1 genannten Zeitraumes zwischen dem Verband der Privatkrankeanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Einigung über eine einheitliche österreichweite Direktverrechnung erfolgen, wird diese von den Krankenanstalten vollinhaltlich übernommen. Die gegenständliche Vereinbarung verliert damit automatisch ihre Gültigkeit.

10.3 Sobald zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Abstimmung über die Vorgehensweise betreffend die neuen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (VersVG-Novelle) erfolgt ist, wird diese automatisch Vertragsinhalt.

11. Umfängliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die Anspruchsberechtigten der Krankenfürsorgeanstalt für die Bediensteten der Stadt Graz, kurz „KFA“.

12. Schlussbestimmungen

12.1. Umsatzsteuer

Die im Folgenden angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

12.2. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung unberührt und es verpflichten sich die Vertragspartner, die betroffene Bestimmung durch eine neue Regelung zu ersetzen, die der ursprünglichen Bestimmung wirtschaftlich am nächsten kommt.

12.3. Allfällige alte Vereinbarungen und Schriftformerfordernis

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen und Absprachen. Alle Änderungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform. Ebenso bedarf das Abgehen vom Schriftformerfordernis der Schriftform.

12.4. Ausfertigungen

Die Vereinbarung wird in zwei Ausfertigungen ausgestellt, von denen jeder der Vertragspartner ein Exemplar erhält.

HAUSKOSTEN UND HONORARE 1.3.2017 – 31.12.2017

A Allgemeine Regelungen

1. Definitionen

1.1. Krankheitsgeschehen

Ein (1) Krankheitsgeschehen kann eine oder mehrere Diagnosen während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes umfassen. Bei mehreren Diagnosen liegt dann ein (1) Krankheitsgeschehen vor, wenn gleiche Krankheitsbilder und Symptomenkomplexe behandelt werden.

1.2. Akutaufnahme

Unter Akutaufnahme versteht man eine stationäre Aufnahme in der Krankenanstalt, die durch eine vor der Aufnahme im Krankenhaus in Erscheinung getretene oder diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird. Zeitlich mehr als 24 Stunden vom behandelnden Arzt der Krankenanstalt im Vorhinein geplante Aufnahmen gelten nicht als Akutaufnahme. Die Akutaufnahme erfolgt ausschließlich aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und ist unabhängig von der Tageszeit. Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten im Sinne dieser Vereinbarung nicht als Akutaufnahme.

2. Transferierung/Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen (innerhalb des Bundeslandes Steiermark)

2.1. Transferierungen

2.1.1. Im Falle einer Transferierung in eine oder von einer anderen Krankenanstalt (egal ob öffentlich oder privat) sind die Hauskosten für den Transfertag nur für die übernehmende Krankenanstalt verrechenbar. Hinsichtlich der Honorare ist bei konservativen Behandlungsfällen gleichartig vorzugehen.

2.1.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gem. Punkt A.3, Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Punkt C.2.4. etc.) sind anwendbar.

2.1.3. Bei einem (1) Krankheitsgeschehen gelten folgende Regelungen je durchführender Krankenanstalt:

- a) Die Technische Pauschale gem. Punkt B.4. ist zu 70% verrechenbar.
- b) Konservative Honorare gem. Punkt C.1. sind zu 70% verrechenbar.

- c) Operative Honorare gem. Punkt C.2. sind zu 70% verrechenbar.
- d) Die Honorare gemäß Punkt C 3 (Konsilien) sind zu 100% verrechenbar.
- e) Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß Punkt A.3. sind die gültig ermittelten Honorare zu 70% verrechenbar.
- f) Die Entbindungspauschale gem. Punkt D.1. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Punkt C.1. oder C.2. in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 80% verrechenbar.

2.2. Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen

2.2.1. Bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen im Zusammenhang mit einem (1) Krankheitsgeschehen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt gelten die Bestimmungen gem. Punkt A.2.1. analog.

2.2.2. Abweichend zu Punkt A.2.1.3.d) gilt für die Honorare gem. Punkt C 3 (Konsilien) bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß Punkt C.3.3. (maximal 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte). Die Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler keine Hauptbehandlungshonorare im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurden.

3. Interdisziplinäre Behandlungen

3.1. Allgemeines

3.1.1. Ein interdisziplinärer Behandlungsfall liegt vor, wenn ein medizinisch indizierter Wechsel auf eine Abteilung mit anderer Fachrichtung oder Wechsel zu einem Arzt mit anderer Fachrichtung vorgenommen wird oder bei medizinisch indizierten Parallelbehandlungen durch mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen.

3.1.2. Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.

3.1.3. Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe Punkt C.2.7.).

¹ Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet

3.2. Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

3.2.1. Bei medizinisch indiziertem Facharztwechsel bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars zwischen den Behandlern erfolgt gemäß der Aufenthaltsdauer nach Tagen.

3.2.2. Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch Fachärzte verschiedener Richtungen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) pro Fach verrechenbar.
Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.2.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. wobei die Gesamtaufenthaltsstage als Maßgabe dienen.

3.3. Mehrere operative Behandlungen

3.3.1. Das operative Behandlungshonorar ist gem. Pkt. C.2.2. verrechenbar. Fallen mehrere operative Behandlungen bei einem (1) Krankheitsgeschehen an, tritt die Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Pkt. C.2.4. in Kraft.

3.3.2. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gem. Pkt. B. 4.3.

3.4. Operative und konservative Behandlungen

3.4.1. Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Wechsel des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Fachärzte insgesamt das Operationshonorar und 3 Konsilien gem. Pkt. C. 3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.4.2. Aufnahme zur konservativen Abklärung und Behandlung mit daraus resultierendem chirurgischem Eingriff

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder 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 Fachrichtungen 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" gem. Pkt. A.3.4.1. abzurechnen.

3.4.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. oder Pkt. B.4.3., wobei die jeweils höhere Technische Pauschale verrechenbar ist.

4. Additivfächer

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

5. 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.

6. Konsiliarleistungen

6.1. Als Konsiliarleistungen im Sinne dieser Vereinbarung verstehen sich unmittelbar am Patienten vorgenommene Untersuchungen/Behandlungen, die von Ärzten anderer Fachrichtungen als der des Hauptbehandlers erbracht werden, sofern diese

a) medizinisch indiziert sind

und

b) vom Hauptbehandler angefordert werden

und

c) lege artis zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen

oder

nicht zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.

6.2. Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen mit der Technischen Pauschale gemäß Pkt. B.4. abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Röntgen, Labor, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie, etc.).

6.3. Konsilien zulasten des Hauptbehandlers

Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er im selben oder in anderen Fällen als Konsiliarleistung für eine andere Abteilung/Fachrichtung erbringt, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgegolten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.

6.4. Gastroenterologische Endoskopie

Punkt C.3.2. ist zu 100% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologischen Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt C.3.2. ist zu 75% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, 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 des Hauptbehandlers verrechenbar.

6.5. Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt C.3.4.). Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

B Hauskosten

1. Tagsätze

1.1	Zweibettzimmer	€ 179,80	pro Tag
1.2	Qualitätsbonus gem. Anforderungsprofil	€ 28,70	pro Tag
1.3	Einbettzimmer (Aufzahlung) – Privatleistung. Von KFA-Graz Versicherten selbst zu bezahlen, da die KFA-Graz diese Leistung nicht anbietet.	€ 86,00	pro Tag
1.4	Begleitperson (für Kinder bis zum 10.Lj)	€ 71,57	pro Tag
1.5	Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer	entfällt	pro Tag
1.6	Der seitens eines öffentlichen Trägers der Sozialversicherung satzungsgemäß vorgeschriebene Selbstbehalt bei mitversicherten Familienangehörigen ist zusätzlich nicht verrechenbar.		

2. EDIVKA

Der KFA-Graz kann der EDIKOST und EDILEIST Bonus nicht verrechnet werden, da die Kriterien nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden.

3. Medizinische Unterlagen/Sonstiges

3.1. Medizinische Unterlagen: € 16,54 pro Fall

3.2. Bearbeitungsgebühr für Nachtragsrechnungen: € 56,75 pro Rechnung

4. Technische Pauschalen

4.1. Allgemeines

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Anästhesie vom Aufklärungsgespräch bis zur Entlassung im Aufwachbereich, Nuklearmedizin, Fremdleistungen, etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Aufenthalt entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

4.2. Nichtoperative Fälle

4.2.1. Technische Pauschale

		2017
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	591,37 €
3 Tage	100%	591,37 €
4 Tage	110%	650,51 €
5 Tage	120%	709,65 €
6 Tage	130%	768,79 €
7 Tage	140%	827,93 €
8 Tage	145%	857,49 €
9 Tage	150%	887,07 €
10 Tage	155%	916,63 €
11 Tage	160%	946,21 €
12 Tage	165%	975,77 €
13 Tage	170%	1.005,34 €
14 Tage	175%	1.034,91 €

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

4.3. Operative Fälle

4.3.1. Technische Pauschale

		2017
OP I	20%	248,89 €
OP II	40%	497,78 €
OP III	60%	746,67 €
OP IV	100%	1.244,43 €
OP V	140%	1.742,21 €
OP VI	190%	2.364,43 €
OP VII	240%	2.986,64 €
OP VIII	320%	3.982,20 €

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

C Honorare

1. Konservative Behandlungsfälle

1.1. Honorar für konservative Behandlungsfälle

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

		2017
1 Tag	35%	176,04 €
2 Tage	50%	251,50 €
3 Tage	60%	301,79 €
4 Tage	70%	352,09 €
5 Tage	80%	402,39 €
6 Tage	90%	452,70 €
7 Tage	100%	502,99 €
8 Tage	105%	528,14 €
9 Tage	110%	553,29 €
10 Tage	115%	578,43 €
11 Tage	120%	603,58 €
12 Tage	125%	628,74 €
13 Tage	130%	653,89 €
14 Tage	130%	653,89 €
15 Tage	135%	679,03 €
16 Tage	135%	679,03 €
17 Tage	135%	679,03 €
18 Tage	140%	704,19 €
19 Tage	140%	704,19 €
20 Tage	140%	704,19 €
21 Tage	140%	704,19 €

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 25,15 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

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

2. Operative Behandlungsfälle

2.1. Allgemeines

2.1.1. Ein operativer Eingriff liegt definitionsgemäß dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie eine im Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (Anlage III) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogieeinstufungen sind dem Grunde und der Höhe nach einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu regeln. Für operative Fälle steht ausschließlich das Honorar für operative Behandlungen zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Behandlungen ist nicht möglich.

2.1.2. Wird durch den selben Hauptbehandler sowohl eine länger dauernde konservative Behandlung (mehr als 10 Tage) als auch ein operativer Eingriff der Operationsgruppen I, II, oder III durchgeführt, richtet sich die Abrechnungsart, ob konservativ oder operativ, nach dem Behandlungsschwerpunkt. Der jeweilige Behandlungsschwerpunkt ist in den mitzuliefernden medizinischen Unterlagen eindeutig zu dokumentieren. Liegt der Behandlungsschwerpunkt in der konservativen Behandlung, so tritt Punkt C.2.1.1. außer Kraft und der Fall ist gem. Punkt C.1.1. abrechenbar.

2.2. Honorar für operative Behandlungsfälle

		2017
OP I	20%	189,86 €
OP II	40%	379,73 €
OP III	60%	569,59 €
OP IV	100%	949,33 €
OP V	140%	1.329,06 €
OP VI	190%	1.803,72 €
OP VII	240%	2.278,37 €
OP VIII	320%	3.037,84 €

2.3. Operationsgruppenschema

Die Einstufung der operativen Eingriffe erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (siehe Anlage III).

2.4. Mehrfach – Operationsgruppenregelung

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

2.4.1. bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

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

2.4.2. bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

2.4.3. Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

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

verrechnet werden.

2.4.4. Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer Fachärzte verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Krankheitsgeschehen können für jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt C.2.2. verrechnet werden.

2.4.5. 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 C.2.4.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren. Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

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

2.5. 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 C.2.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

2.6. Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Fachrichtungen abgegolten.

2.7. Postoperative Nachbehandlung

Wird die zur Operation gehörige Nachbehandlung nicht vom Operateur, der den Patient operiert hat, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten des Nachbehandlers zu kürzen.

3. **Konsiliarleistungen**

3.1. Klinische Konsilien

Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ein Honorar von € 85,22 verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 65,20.

3.2. Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung

Das Honorar pro klinischem Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt € 238,58.

3.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall aus Punkt C.3.1. und C.3.2. höchstens 3 Konsilien verrechenbar.

3.4. Konsiliaroperation

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt C.2.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt C.3.1. und C.3.2. ist nicht möglich.

3.5. Neugeborenenuntersuchung

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Maximalhonorar von € 231,90 vereinbart.

D Pauschalen und Sonderregelungen

1. Entbindungen

1.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Tagsätze gem. Pkt. B. 1.) in der Höhe von € 3.031,33 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

	2017
Technisches Pauschale	763,11 €
Hebammengebühr	840,27 €
Arzthonorar	1.427,95 €
Gesamtbetrag	3.031,33 €

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

1.2. Mehrlingsgeburten:

Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt C.3.5. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

1.3. Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.1. und C.3.5., abgegolten.

2. Katarakt

2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.995,85 vereinbart, der folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	907,87 €
Gesamtbetrag	1.995,85 €

2.2. Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 2.722,17 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	1.634,19 €
Gesamtbetrag	2.722,17 €

2.3. Sofern die Operation in zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. C.2.4.5. nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die gesamte Fallpauschale zur Verrechnung gelangt.

2.4. Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

2.5. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, den Ärzten für die in der Krankenanstalt durchgeführten Katarakt-Eingriffe keinen höheren Honoraranteil als den oben ausgewiesenen, zu leisten. Bei nachgewiesenem Zuwiderhandeln werden die Krankenversicherer ab dem auf den Verstoß folgenden (bzw. Kenntnis des Verstoßes folgenden) Monatsersten für die Dauer von drei Monaten bei jeder in der betroffenen Krankenanstalt durchgeführten Kataraktoperation jeweils ein Abzug im Ausmaß der Zuzahlung vornehmen. Die derart abgezogenen Beträge werden von den Krankenversicherern auf ein beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eingerichtetes Konto überwiesen. Die Verwendung der auf diesem Konto befindlichen Gelder wird zwischen den Verhandlern einvernehmlich festgelegt.

3. Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange

3.1. Pauschalbetrag

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	410,32 €
Honorar	240,47 €
Gesamtbetrag	650,79 €

3.2. Ausgenommen von der Pauschale gem. Pkt. D.3.1. sind coloskopische Polypektomien eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge. Die Abrechnung dieser erfolgt gemäß OP-Gr. IV [Y401 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Schlinge (inkl. Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"].

3.3. Die Leistungen gem. Punkt D.3.1. und Punkt D.3.2. sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. Punkt D.3.2.

3.4. Sofern neben der Behandlung gem. Punkt D.3.1. weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gem. Punkt A.1.2. handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gem. Punkt 2.1. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Punkt D.3.1. als Pauschale keine Anwendung. Anstelle dessen erfolgt die Abrechnung der diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision gem. Punkt C.3.2. (Konsiliarleistungen) bzw. die Abrechnung der Coloskopie mit Polypektomie mit Zange gemäß OP-Gr. III [Y302 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Zange (inkl.

Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"], wobei stets sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

3.5. Mit dem Pauschalhonorar gem. Punkt D.3.1. sind - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

3.6. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen grundsätzlich zur Anwendung, wobei jedoch der Pauschalbetrag gem. Punkt D.3.1. in vollem Ausmaß verrechenbar ist.

4. Chemonukleolyse

4.1. Werden in einem Fall ein oder mehrere Eingriffe mit dem Eingriffscode D427 durchgeführt, so ist für diesen Fall eine Pauschale in der Höhe von 2.530,85 Euro verrechenbar (Ausnahme D. 4.3.). Davon umfasst sind sämtliche in D427 angeführten Behandlungsmethoden. Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in der Höhe von 1.673,46 Euro und einem Honoraranteil von 857,39 Euro zusammen.

4.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der gewählten Methode, von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes, von der Anzahl der Eingriffe, von der Anzahl der behandelten Bandscheiben und Segmente - sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

4.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.4.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

4.4. Die Punkte D.4.1. und D.4.5. werden ausgesetzt, wenn eine offenkundige Umgehung des Regelungszweckes der Punkte D.4.1. bis D.4.3. - gleich welcher Art - erfolgt, weshalb sich die Vertragspartner in diesem Fall verpflichten, umgehend Gespräche über eine Neuregelung aufzunehmen.

5. Gel-Stix (Hydrogel-Implantate zur Bandscheiben-Augmentation)

5.1. Werden in einem Fall ein-oder mehrere Hydrogel-Implantat(e) implantiert, so ist für diesen Fall eine Pauschale in Höhe von 2.667,89 Euro verrechenbar (Ausnahme D.5.3.). Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in Höhe von 1.604,64 Euro und einem Honoraranteil in Höhe von 1.063,25 Euro zusammen.

5.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes – sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

5.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.5.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

6. Diagnostische ERCP

6.1. Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale in Höhe von

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	535,91 €
Honorar	545,45 €
Gesamtbetrag	1.081,36 €

verrechenbar.

6.2. Für eine zusätzlich durchgeführte Coloskopie sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

6.3. Mit diesen Pauschalbeträgen sind (unabhängig von der Verweildauer) sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

6. Schlaflabor

7.1. Grundsätze, die für alle Fallgruppen gelten

Mit Ausnahme der folgenden Fallpauschalen sind keine weiteren Positionen verrechenbar (alle Hauskosten und Honorare sind in den Pauschalen inkludiert).

7.2. Neurologische Patienten – Fall zur Abklärung im Schlaflabor

Es werden ein- und durchschlafgestörte, neurologische Patienten für zwei bis drei Nächte untersucht. Unabhängig von der Dauer des stationären Aufenthaltes kann eine Fallpauschale von € 457,77 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3. Untersuchungen bzw. Therapieeinstellungen bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung

7.3.1. Fall mit Untersuchung, nicht CPAP-bedürftig

Der Patient wird untersucht und bedarf keiner CPAP-Therapie, sondern ist entweder nicht therapiebedürftig oder erhält eine andere, z.B. medikamentöse Therapie.

Es kann für einen zwei- oder mehrtägigen Aufenthalt inklusive umfassender Untersuchung (inkl. fachärztlicher Konsilien) im Schlaflabor ein Betrag von € 678,69 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3.2. Fall mit Untersuchung und CPAP-Einstellung

Der Patient wird untersucht und bedarf einer CPAP-Therapie

7.3.2.1. Fall mit Durchführung der CPAP-Einstellung in einem Aufenthalt

Bei sofortiger Durchführung der Einstellung im Anschluss an die Untersuchung in einem zumindest dreitägigen Aufenthalt kann unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes eine Pauschalsumme von € 1.136,46 verrechnet werden.

7.3.2.2. Fall mit mehrzeitiger Durchführung der CPAP-Einstellung

Bei Durchführung der Einstellung im Zuge eines späteren Aufenthaltes kann eine Pauschalsumme von € 678,69 verrechnet werden. Für den 2. Aufenthalt zur CPAP-Einstellung kann eine Pauschalsumme von € 457,77 verrechnet werden.

7.3.3. *Kontrolle der Ersteinstellung nach 2 Monaten*

Für eine stationäre Kontrolle der Ersteinstellung der CPAP Einstellung gebührt eine Pauschalsumme in Höhe von € 312,54 .

7.3.4. *Weitere Kontrollen*

Weitere Kontrolluntersuchungen erfolgen ambulant. Bei einem nicht kooperationsfähigen, beispielsweise multimorbiden, Patienten können spätere Kontrollen mit ausführlicher medizinischer Begründung im Einzelfall stationär erfolgen. Diese Kontrollen werden nach Punkt D 7.3.3. honoriert.

7.4. Statistik

Eine jährliche Statistik über die Anzahl der Schlaflaborfälle sowie der CPAP- oder biPAP-Einstellungen sowie die Anzahl der weiteren (nach der 1. Kontrolle) Kontrolluntersuchungen ist dem Versicherungsverband zu übermitteln.

7.5. Versicherte deren Pflichtkrankenversicherung Leistungen zur Sonderklasse erbringt

Bei Versicherten, deren Pflichtkrankenversicherung auch Leistungen zur Sonderklasse erbringt, werden 30% des Honoraranteils als Abschlag berechnet. Aufgrund der Vergütung als Pauschalsatz wird der Honoraranteil mit dem konservativen Satz für zwei Tage bzw. einem Tag angenommen. Damit errechnen sich die Abschläge für die Verrechnungen gemäß Punkt D 7.3.1. und D. 7.3.2. mit € 75,45 und für die Verrechnung gemäß D 7.3.3. mit € 52,82 .

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankenanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	Kriterien
Größe in m ²	<p>Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer).</p> <p>PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien.</p> <p>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.</p>
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 Musskriteriena) Hotelkomponente

	EG	Kriterien	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%	• 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen (EU-Verordnung 2092/1991)	5
		• bei 40% des Wareneinsatzes additiv	5
		• bei 50% des Wareneinsatzes additiv	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 einen Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	Kriterien	
80%	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. 3,2m⁽²⁻⁴⁾</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärbereich (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%	- Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)	5
	<u>Bauliche Ausstattung</u>	
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	Kriterien	
- 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, 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 Sondereausbildung 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 sonderausbildungs-konform 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

	<p>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 Fertigmensüs).</p> <p>Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.</p>
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	<p>Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos.</p> <p>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.</p>
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
--	--

E Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2017 (Aufnahmetag) in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2017 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Ab dem 1.3.2017 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.3.

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

Graz am

Für die Privatklinik Leech GmbH:

Für die Stadt Graz:

Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Gebührenfrei gemäß § 30 B-KUVG
in Verbindung mit §§ 109 und 110 ASVG

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

abgeschlossen

zwischen dem

Sanatorium St. Leonhard 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, Hauptplatz 1, Rathaus, 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.**

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 in Anlage I festgelegten Qualitätskriterien (Fassung vom 4.12.2003) 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 und beim Honoraranteil der Spontangeburt, 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.

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 (gem.Pkt. B.1.4) (€ 71,57/ Tag). Gilt für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr. Sowohl Kind als auch Begleitperson müssen bei der KFA-Graz dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.

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),
- Aufnahmedaten (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 ein Leistungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag nicht besteht.

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.

Die abgegebene Kostenübernahmeerklärung wird durch Änderung der Diagnose oder der bei der Anforderung der Kostenübernahmeerklärung angegebenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gegenstandslos, wenn die durchgeführten Maßnahmen unter einen im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungsausschluss fallen, im Zusammenhang mit einer verschwiegenen Vorerkrankung stehen oder bedingungsgemäß vom Versicherungsschutz ausgenommen sind.

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 Werkzeuge 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. Rechnungslegung

3.4.1. Zeitpunkt der Rechnungslegung

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).

3.4.2. Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

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

Die Zahlungsfrist ist gewahrt, wenn Honorare und Hauskosten am Konto der rechnungslegenden Stelle einlangen. Die Zahlungsfrist beginnt mit dem Einlangen der nach den Bestimmungen dieses Vertrages vollständigen Abrechnungsunterlagen (3.4.7).

3.4.3.

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.

3.4.4.

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.

3.4.5.

Die Vertragspartner streben im gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufhalten 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:

3.4.5.1.

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

3.4.5.2.

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

3.4.5.3.

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.

3.4.5.4.

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).

3.4.5.5.

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 der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.5.6.

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.

3.4.6.

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.

3.4.7.

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

3.5.

Die elektronische Verrechnung zwischen der Krankenanstalt und der KFA ist derzeit nicht möglich.

3.6.

Die Einhebung eines allfälligen Selbstbehaltes erfolgt durch die KFA.

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.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten 3.2.1. und A.3.2.4. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.2.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Anlage II

4.2.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2006 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt C 2 der Anlage II.

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.

7. Gesundheitsdaten 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 Gesundheitsdaten/Medizinischen Unterlagen wird der in Anlage II angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragspartnern 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 Vertragspartner 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 Vertragspartner 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 3.4.5. 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 Chefarztin/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.

10. Dauer und Übergangsbestimmungen

10.1 Diese Vereinbarung inklusive aller Anlagen (ausgenommen diese sehen anderslautende Gültigkeitsbestimmungen vor) gilt für Aufnahmen ab 01.03.2017 bis 31.12.2017. Die vor Ablauf der Vereinbarung stationär aufgenommenen PatientenInnen werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet. Bei Wegfall der Direktverrechnungsvereinbarung verlieren jedenfalls auch die Anlagen ihre Gültigkeit.

10.2. Sollte innerhalb des in Punkt 10.1 genannten Zeitraumes zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Einigung über eine einheitliche österreichweite Direktverrechnung erfolgen, wird diese von den Krankenanstalten vollinhaltlich übernommen. Die gegenständliche Vereinbarung verliert damit automatisch ihre Gültigkeit.

10.3 Sobald zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Abstimmung über die Vorgehensweise betreffend die neuen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (VersVG-Novelle) erfolgt ist, wird diese automatisch Vertragsinhalt.

11. Umfängliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die Anspruchsberechtigten der Krankenfürsorgeanstalt für die Bediensteten der Stadt Graz, kurz „KFA“.

12. Schlussbestimmungen

12.1. Umsatzsteuer

Die im Folgenden angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

12.2. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung unberührt und es verpflichten sich die Vertragspartner, die betroffene Bestimmung durch eine neue Regelung zu ersetzen, die der ursprünglichen Bestimmung wirtschaftlich am nächsten kommt.

12.3. Allfällige alte Vereinbarungen und Schriftformerfordernis

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen und Absprachen. Alle Änderungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform. Ebenso bedarf das Abgehen vom Schriftformerfordernis der Schriftform.

12.4. Ausfertigungen

Die Vereinbarung wird in zwei Ausfertigungen ausgestellt, von denen jeder der Vertragspartner ein Exemplar erhält.

HAUSKOSTEN UND HONORARE 1.3.2017 – 31.12.2017

A Allgemeine Regelungen

1. Definitionen

1.1. Krankheitsgeschehen

Ein (1) Krankheitsgeschehen kann eine oder mehrere Diagnosen während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes umfassen. Bei mehreren Diagnosen liegt dann ein (1) Krankheitsgeschehen vor, wenn gleiche Krankheitsbilder und Symptomenkomplexe behandelt werden.

1.2. Akutaufnahme

Unter Akutaufnahme versteht man eine stationäre Aufnahme in der Krankenanstalt, die durch eine vor der Aufnahme im Krankenhaus in Erscheinung getretene oder diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird. Zeitlich mehr als 24 Stunden vom behandelnden Arzt der Krankenanstalt im Vorhinein geplante Aufnahmen gelten nicht als Akutaufnahme. Die Akutaufnahme erfolgt ausschließlich aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und ist unabhängig von der Tageszeit. Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten im Sinne dieser Vereinbarung nicht als Akutaufnahme.

2. Transferierung/Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen (innerhalb des Bundeslandes Steiermark)

2.1. Transferierungen

2.1.1. Im Falle einer Transferierung in eine oder von einer anderen Krankenanstalt (egal ob öffentlich oder privat) sind die Hauskosten für den Transfertag nur für die übernehmende Krankenanstalt verrechenbar. Hinsichtlich der Honorare ist bei konservativen Behandlungsfällen gleichartig vorzugehen.

2.1.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gem. Punkt A.3, Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Punkt C.2.4. etc.) sind anwendbar.

2.1.3. Bei einem (1) Krankheitsgeschehen gelten folgende Regelungen je durchführender Krankenanstalt:

- a) Die Technische Pauschale gem. Punkt B.4. ist zu 70% verrechenbar.
- b) Konservative Honorare gem. Punkt C.1. sind zu 70% verrechenbar.

- c) Operative Honorare gem. Punkt C.2. sind zu 70% verrechenbar.
- d) Die Honorare gemäß Punkt C 3 (Konsilien) sind zu 100% verrechenbar.
- e) Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß Punkt A.3. sind die gültig ermittelten Honorare zu 70% verrechenbar.
- f) Die Entbindungspauschale gem. Punkt D.1. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Punkt C.1. oder C.2. in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 80% verrechenbar.

2.2. Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen

2.2.1. Bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen im Zusammenhang mit einem (1) Krankheitsgeschehen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt gelten die Bestimmungen gem. Punkt A.2.1. analog.

2.2.2. Abweichend zu Punkt A.2.1.3.d) gilt für die Honorare gem. Punkt C 3 (Konsilien) bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß Punkt C.3.3. (maximal 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte). Die Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler keine Hauptbehandlungshonorare im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurden.

3. Interdisziplinäre Behandlungen

3.1. Allgemeines

3.1.1. Ein interdisziplinärer Behandlungsfall liegt vor, wenn ein medizinisch indizierter Wechsel auf eine Abteilung mit anderer Fachrichtung oder Wechsel zu einem Arzt mit anderer Fachrichtung vorgenommen wird oder bei medizinisch indizierten Parallelbehandlungen durch mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen.

3.1.2. Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.

3.1.3. Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe Punkt C.2.7.).

¹ Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet

3.2. Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

3.2.1. Bei medizinisch indiziertem Facharztwechsel bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars zwischen den Behandlern erfolgt gemäß der Aufenthaltsdauer nach Tagen.

3.2.2. Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch Fachärzte verschiedener Richtungen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) pro Fach verrechenbar.
Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.2.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. wobei die Gesamtaufenthaltsstage als Maßgabe dienen.

3.3. Mehrere operative Behandlungen

3.3.1. Das operative Behandlungshonorar ist gem. Pkt. C.2.2. verrechenbar. Fallen mehrere operative Behandlungen bei einem (1) Krankheitsgeschehen an, tritt die Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Pkt. C.2.4. in Kraft.

3.3.2. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gem. Pkt. B. 4.3.

3.4. Operative und konservative Behandlungen

3.4.1. Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Wechsel des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Fachärzte insgesamt das Operationshonorar und 3 Konsilien gem. Pkt. C. 3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.4.2. Aufnahme zur konservativen Abklärung und Behandlung mit daraus resultierendem chirurgischem Eingriff

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder 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 Fachrichtungen 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" gem. Pkt. A.3.4.1. abzurechnen.

3.4.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. oder Pkt. B.4.3., wobei die jeweils höhere Technische Pauschale verrechenbar ist.

4. Additivfächer

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

5. 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.

6. Konsiliarleistungen

6.1. Als Konsiliarleistungen im Sinne dieser Vereinbarung verstehen sich unmittelbar am Patienten vorgenommene Untersuchungen/Behandlungen, die von Ärzten anderer Fachrichtungen als der des Hauptbehandlers erbracht werden, sofern diese

a) medizinisch indiziert sind

und

b) vom Hauptbehandler angefordert werden

und

c) lege artis zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen

oder

nicht zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.

6.2. Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen mit der Technischen Pauschale gemäß Pkt. B.4. abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Röntgen, Labor, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie, etc.).

6.3. Konsilien zulasten des Hauptbehandlers

Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er im selben oder in anderen Fällen als Konsiliarleistung für eine andere Abteilung/Fachrichtung erbringt, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgegolten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.

6.4. Gastroenterologische Endoskopie

Punkt C.3.2. ist zu 100% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologischen Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt C.3.2. ist zu 75% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, 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 des Hauptbehandlers verrechenbar.

6.5. Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt C.3.4.). Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

B Hauskosten

1. Tagsätze

1.1	Zweibettzimmer	€ 179,80	pro Tag
1.2	Qualitätsbonus gem. Anforderungsprofil	€ 30,49	pro Tag
1.3	Einbettzimmer (Aufzahlung) – Privatleistung. Von KFA-Graz Versicherten selbst zu bezahlen, da die KFA-Graz diese Leistung nicht anbietet.	€ 86,00	pro Tag
1.4	Begleitperson (für Kinder bis zum 10.Lj)	€ 71,57	pro Tag
1.5	Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer	entfällt	pro Tag
1.6	Der seitens eines öffentlichen Trägers der Sozialversicherung satzungsgemäß vorgeschriebene Selbstbehalt bei mitversicherten Familienangehörigen ist zusätzlich nicht verrechenbar.		

2. EDIVKA

Der KFA-Graz kann der EDIKOST und EDILEIST Bonus nicht verrechnet werden, da die Kriterien nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden.

3. Medizinische Unterlagen/Sonstiges

3.1. Medizinische Unterlagen: € 16,54 pro Fall

3.2. Bearbeitungsgebühr für Nachtragsrechnungen: € 56,75 pro Rechnung

4. Technische Pauschalen

4.1. Allgemeines

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Anästhesie vom Aufklärungsgespräch bis zur Entlassung im Aufwachbereich, Nuklearmedizin, Fremdleistungen, etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Aufenthalt entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

4.2. Nichtoperative Fälle

4.2.1. Technische Pauschale

		2017
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	591,37 €
3 Tage	100%	591,37 €
4 Tage	110%	650,51 €
5 Tage	120%	709,65 €
6 Tage	130%	768,79 €
7 Tage	140%	827,93 €
8 Tage	145%	857,49 €
9 Tage	150%	887,07 €
10 Tage	155%	916,63 €
11 Tage	160%	946,21 €
12 Tage	165%	975,77 €
13 Tage	170%	1.005,34 €
14 Tage	175%	1.034,91 €

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

4.3. Operative Fälle

4.3.1. Technische Pauschale

		2017
OP I	20%	248,89 €
OP II	40%	497,78 €
OP III	60%	746,67 €
OP IV	100%	1.244,43 €
OP V	140%	1.742,21 €
OP VI	190%	2.364,43 €
OP VII	240%	2.986,64 €
OP VIII	320%	3.982,20 €

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

C Honorare

1. Konservative Behandlungsfälle

1.1. Honorar für konservative Behandlungsfälle

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

		2017
1 Tag	35%	176,04 €
2 Tage	50%	251,50 €
3 Tage	60%	301,79 €
4 Tage	70%	352,09 €
5 Tage	80%	402,39 €
6 Tage	90%	452,70 €
7 Tage	100%	502,99 €
8 Tage	105%	528,14 €
9 Tage	110%	553,29 €
10 Tage	115%	578,43 €
11 Tage	120%	603,58 €
12 Tage	125%	628,74 €
13 Tage	130%	653,89 €
14 Tage	130%	653,89 €
15 Tage	135%	679,03 €
16 Tage	135%	679,03 €
17 Tage	135%	679,03 €
18 Tage	140%	704,19 €
19 Tage	140%	704,19 €
20 Tage	140%	704,19 €
21 Tage	140%	704,19 €

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 25,15 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

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

2. Operative Behandlungsfälle

2.1. Allgemeines

2.1.1. Ein operativer Eingriff liegt definitionsgemäß dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie eine im Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (Anlage III) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogieeinstufungen sind dem Grunde und der Höhe nach einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu regeln. Für operative Fälle steht ausschließlich das Honorar für operative Behandlungen zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Behandlungen ist nicht möglich.

2.1.2. Wird durch den selben Hauptbehandler sowohl eine länger dauernde konservative Behandlung (mehr als 10 Tage) als auch ein operativer Eingriff der Operationsgruppen I, II, oder III durchgeführt, richtet sich die Abrechnungsart, ob konservativ oder operativ, nach dem Behandlungsschwerpunkt. Der jeweilige Behandlungsschwerpunkt ist in den mitzuliefernden medizinischen Unterlagen eindeutig zu dokumentieren. Liegt der Behandlungsschwerpunkt in der konservativen Behandlung, so tritt Punkt C.2.1.1. außer Kraft und der Fall ist gem. Punkt C.1.1. abrechenbar.

2.2. Honorar für operative Behandlungsfälle

		2017
OP I	20%	189,86 €
OP II	40%	379,73 €
OP III	60%	569,59 €
OP IV	100%	949,33 €
OP V	140%	1.329,06 €
OP VI	190%	1.803,72 €
OP VII	240%	2.278,37 €
OP VIII	320%	3.037,84 €

2.3. Operationsgruppenschema

Die Einstufung der operativen Eingriffe erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (siehe Anlage III).

2.4. Mehrfach – Operationsgruppenregelung

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

2.4.1. bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

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

2.4.2. bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

2.4.3. Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

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

verrechnet werden.

2.4.4. Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer Fachärzte verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Krankheitsgeschehen können für jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt C.2.2. verrechnet werden.

2.4.5. 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 C.2.4.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren. Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

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

2.5. 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 C.2.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

2.6. Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Fachrichtungen abgegolten.

2.7. Postoperative Nachbehandlung

Wird die zur Operation gehörige Nachbehandlung nicht vom Operateur, der den Patient operiert hat, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten des Nachbehandlers zu kürzen.

3. **Konsiliarleistungen**

3.1. Klinische Konsilien

Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ein Honorar von € 85,22 verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 65,20.

3.2. Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung

Das Honorar pro klinischem Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt € 238,58.

3.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall aus Punkt C.3.1. und C.3.2. höchstens 3 Konsilien verrechenbar.

3.4. Konsiliaroperation

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt C.2.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt C.3.1. und C.3.2. ist nicht möglich.

3.5. Neugeborenenuntersuchung

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Maximalhonorar von € 231,90 vereinbart.

D Pauschalen und Sonderregelungen

1. Entbindungen

1.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Tagsätze gem. Pkt. B. 1.) in der Höhe von € 3.031,33 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

	2017
Technisches Pauschale	763,11 €
Hebammengebühr	840,27 €
Arzthonorar	1.427,95 €
Gesamtbetrag	3.031,33 €

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

1.2. Mehrlingsgeburten:

Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt C.3.5. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

1.3. Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.1. und C.3.5., abgegolten.

2. Katarakt

2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.995,85 vereinbart, der folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	907,87 €
Gesamtbetrag	1.995,85 €

2.2. Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 2.722,17 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	1.634,19 €
Gesamtbetrag	2.722,17 €

2.3. Sofern die Operation in zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. C.2.4.5. nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die gesamte Fallpauschale zur Verrechnung gelangt.

2.4. Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

2.5. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, den Ärzten für die in der Krankenanstalt durchgeführten Katarakt-Eingriffe keinen höheren Honoraranteil als den oben ausgewiesenen, zu leisten. Bei nachgewiesenem Zuwiderhandeln werden die Krankenversicherer ab dem auf den Verstoß folgenden (bzw. Kenntnis des Verstoßes folgenden) Monatsersten für die Dauer von drei Monaten bei jeder in der betroffenen Krankenanstalt durchgeführten Kataraktoperation jeweils ein Abzug im Ausmaß der Zuzahlung vornehmen. Die derart abgezogenen Beträge werden von den Krankenversicherern auf ein beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eingerichtetes Konto überwiesen. Die Verwendung der auf diesem Konto befindlichen Gelder wird zwischen den Verhandlern einvernehmlich festgelegt.

3. Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange

3.1. Pauschalbetrag

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	410,32 €
Honorar	240,47 €
Gesamtbetrag	650,79 €

3.2. Ausgenommen von der Pauschale gem. Pkt. D.3.1. sind coloskopische Polypektomien eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge. Die Abrechnung dieser erfolgt gemäß OP-Gr. IV [Y401 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Schlinge (inkl. Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"].

3.3. Die Leistungen gem. Punkt D.3.1. und Punkt D.3.2. sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. Punkt D.3.2.

3.4. Sofern neben der Behandlung gem. Punkt D.3.1. weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gem. Punkt A.1.2. handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gem. Punkt 2.1. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Punkt D.3.1. als Pauschale keine Anwendung. Anstelle dessen erfolgt die Abrechnung der diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision gem. Punkt C.3.2. (Konsiliarleistungen) bzw. die Abrechnung der Coloskopie mit Polypektomie mit Zange gemäß OP-Gr. III [Y302 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Zange (inkl.

Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"], wobei stets sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

3.5. Mit dem Pauschalhonorar gem. Punkt D.3.1. sind - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

3.6. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen grundsätzlich zur Anwendung, wobei jedoch der Pauschalbetrag gem. Punkt D.3.1. in vollem Ausmaß verrechenbar ist.

4. Chemonukleolyse

4.1. Werden in einem Fall ein oder mehrere Eingriffe mit dem Eingriffscode D427 durchgeführt, so ist für diesen Fall eine Pauschale in der Höhe von 2.530,85 Euro verrechenbar (Ausnahme D. 4.3.). Davon umfasst sind sämtliche in D427 angeführten Behandlungsmethoden. Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in der Höhe von 1.673,46 Euro und einem Honoraranteil von 857,39 Euro zusammen.

4.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der gewählten Methode, von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes, von der Anzahl der Eingriffe, von der Anzahl der behandelten Bandscheiben und Segmente - sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

4.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.4.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

4.4. Die Punkte D.4.1. und D.4.5. werden ausgesetzt, wenn eine offenkundige Umgehung des Regelungszweckes der Punkte D.4.1. bis D.4.3. - gleich welcher Art - erfolgt, weshalb sich die Vertragspartner in diesem Fall verpflichten, umgehend Gespräche über eine Neuregelung aufzunehmen.

5. Gel-Stix (Hydrogel-Implantate zur Bandscheiben-Augmentation)

5.1. Werden in einem Fall ein-oder mehrere Hydrogel-Implantat(e) implantiert, so ist für diesen Fall eine Pauschale in Höhe von 2.667,89 Euro verrechenbar (Ausnahme D.5.3.). Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in Höhe von 1.604,64 Euro und einem Honoraranteil in Höhe von 1.063,25 Euro zusammen.

5.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes – sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

5.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.5.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

6. Diagnostische ERCP

6.1. Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale in Höhe von

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	535,91 €
Honorar	545,45 €
Gesamtbetrag	1.081,36 €

verrechenbar.

6.2. Für eine zusätzlich durchgeführte Coloskopie sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

6.3. Mit diesen Pauschalbeträgen sind (unabhängig von der Verweildauer) sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

6. Schlaflabor

7.1. Grundsätze, die für alle Fallgruppen gelten

Mit Ausnahme der folgenden Fallpauschalen sind keine weiteren Positionen verrechenbar (alle Hauskosten und Honorare sind in den Pauschalen inkludiert).

7.2. Neurologische Patienten – Fall zur Abklärung im Schlaflabor

Es werden ein- und durchschlafgestörte, neurologische Patienten für zwei bis drei Nächte untersucht. Unabhängig von der Dauer des stationären Aufenthaltes kann eine Fallpauschale von € 457,77 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3. Untersuchungen bzw. Therapieeinstellungen bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung

7.3.1. Fall mit Untersuchung, nicht CPAP-bedürftig

Der Patient wird untersucht und bedarf keiner CPAP-Therapie, sondern ist entweder nicht therapiebedürftig oder erhält eine andere, z.B. medikamentöse Therapie.

Es kann für einen zwei- oder mehrtägigen Aufenthalt inklusive umfassender Untersuchung (inkl. fachärztlicher Konsilien) im Schlaflabor ein Betrag von € 678,69 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3.2. Fall mit Untersuchung und CPAP-Einstellung

Der Patient wird untersucht und bedarf einer CPAP-Therapie

7.3.2.1. Fall mit Durchführung der CPAP-Einstellung in einem Aufenthalt

Bei sofortiger Durchführung der Einstellung im Anschluss an die Untersuchung in einem zumindest dreitägigen Aufenthalt kann unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes eine Pauschalsumme von € 1.136,46 verrechnet werden.

7.3.2.2. Fall mit mehrzeitiger Durchführung der CPAP-Einstellung

Bei Durchführung der Einstellung im Zuge eines späteren Aufenthaltes kann eine Pauschalsumme von € 678,69 verrechnet werden. Für den 2. Aufenthalt zur CPAP-Einstellung kann eine Pauschalsumme von € 457,77 verrechnet werden.

7.3.3. *Kontrolle der Ersteinstellung nach 2 Monaten*

Für eine stationäre Kontrolle der Ersteinstellung der CPAP Einstellung gebührt eine Pauschalsumme in Höhe von € 312,54 .

7.3.4. *Weitere Kontrollen*

Weitere Kontrolluntersuchungen erfolgen ambulant. Bei einem nicht kooperationsfähigen, beispielsweise multimorbiden, Patienten können spätere Kontrollen mit ausführlicher medizinischer Begründung im Einzelfall stationär erfolgen. Diese Kontrollen werden nach Punkt D 7.3.3. honoriert.

7.4. Statistik

Eine jährliche Statistik über die Anzahl der Schlaflaborfälle sowie der CPAP- oder biPAP-Einstellungen sowie die Anzahl der weiteren (nach der 1. Kontrolle) Kontrolluntersuchungen ist dem Versicherungsverband zu übermitteln.

7.5. Versicherte deren Pflichtkrankenversicherung Leistungen zur Sonderklasse erbringt

Bei Versicherten, deren Pflichtkrankenversicherung auch Leistungen zur Sonderklasse erbringt, werden 30% des Honoraranteils als Abschlag berechnet. Aufgrund der Vergütung als Pauschalsatz wird der Honoraranteil mit dem konservativen Satz für zwei Tage bzw. einem Tag angenommen. Damit errechnen sich die Abschläge für die Verrechnungen gemäß Punkt D 7.3.1. und D. 7.3.2. mit € 75,45 und für die Verrechnung gemäß D 7.3.3. mit € 52,82 .

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankenanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	Kriterien
Größe in m ²	<p>Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer).</p> <p>PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien.</p> <p>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.</p>
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 Musskriteriena) Hotelkomponente

	EG	Kriterien	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%	• 30% des Wareneinsatzes pro Jahr müssen aus kontrolliert biologischer Landwirtschaft stammen (EU-Verordnung 2092/1991)	5
		• bei 40% des Wareneinsatzes additiv	5
		• bei 50% des Wareneinsatzes additiv	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 einen Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	Kriterien	
80%	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. 3,2m⁽²⁻⁴⁾</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärbereich (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%	- Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)	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	Kriterien	
- 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, 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 Sondereausbildung 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 sonderausbildungs-konform 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

	<p>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 Fertigmensüs).</p> <p>Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.</p>
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	<p>Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos.</p> <p>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.</p>
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
--	--

E Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2017 (Aufnahmetag) in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2017 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Ab dem 1.3.2017 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.3.

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

Graz am

Für die Privatklinik St. Leonhard GmbH:

Für die Stadt Graz:

Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Gebührenfrei gemäß § 30 B-KUVG
in Verbindung mit §§ 109 und 110 ASVG

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

abgeschlossen

zwischen den

PremiQaMed Privatkliniken GmbH.

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

und der

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

8011 Graz, Hauptplatz 1, Rathaus, 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.**

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 in Anlage I festgelegten Qualitätskriterien (Fassung vom 4.12.2003) 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 und beim Honoraranteil der Spontangeburt, 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.

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 (gem.Pkt. B.1.4) (€ 71,57/ Tag). Gilt für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr. Sowohl Kind als auch Begleitperson müssen bei der KFA-Graz dem Fonds für zusätzliche Leistungen angehören.

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),
- Aufnahmedaten (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 ein Leistungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag nicht besteht.

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.

Die abgegebene Kostenübernahmeerklärung wird durch Änderung der Diagnose oder der bei der Anforderung der Kostenübernahmeerklärung angegebenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gegenstandslos, wenn die durchgeführten Maßnahmen unter einen im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungsausschluss fallen, im Zusammenhang mit einer verschwiegenen Vorerkrankung stehen oder bedingungsgemäß vom Versicherungsschutz ausgenommen sind.

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 Werkzeuge 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. Rechnungslegung

3.4.1. Zeitpunkt der Rechnungslegung

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).

3.4.2. Rechnungslegung auf nichtelektronischem Weg:

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

Die Zahlungsfrist ist gewahrt, wenn Honorare und Hauskosten am Konto der rechnungslegenden Stelle einlangen. Die Zahlungsfrist beginnt mit dem Einlangen der nach den Bestimmungen dieses Vertrages vollständigen Abrechnungsunterlagen (3.4.7).

3.4.3.

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.

3.4.4.

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.

3.4.5.

Die Vertragspartner streben im gemeinsamen Interesse an, die Abrechnung von Krankenhausaufhalten 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:

3.4.5.1.

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

3.4.5.2.

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

3.4.5.3.

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.

3.4.5.4.

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).

3.4.5.5.

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 der genannten Frist zur Post gegeben bzw. auf sonstigem Wege (e-mail, Fax) abgesendet wird.

3.4.5.6.

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.

3.4.6.

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.

3.4.7.

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

3.5.

Die elektronische Verrechnung zwischen der Krankenanstalt und der KFA ist derzeit nicht möglich.

3.6.

Die Einhebung eines allfälligen Selbstbehaltes erfolgt durch die KFA.

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.

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens der KFA eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten 3.2.1. und A.3.2.4. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt folgende Beträge:

4.2.1.

Hauskosten und Honorare: gemäß Anlage II

4.2.2.

Die Einreihung der Operationen in das Operationsgruppenschema 2006 erfolgt nach den Richtlinien gemäß Punkt C 2 der Anlage II.

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.

7. Gesundheitsdaten 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 Gesundheitsdaten/Medizinischen Unterlagen wird der in Anlage II angeführte Betrag vergütet.

8. Schlichtungsklausel

8.1.

Bestehen zwischen den Vertragspartnern 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 Vertragspartner 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 Vertragspartner 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 3.4.5. 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 Chefarztin/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.

10. Dauer und Übergangsbestimmungen

10.1 Diese Vereinbarung inklusive aller Anlagen (ausgenommen diese sehen anderslautende Gültigkeitsbestimmungen vor) gilt für Aufnahmen ab 01.03.2017 bis 31.12.2017. Die vor Ablauf der Vereinbarung stationär aufgenommenen PatientenInnen werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet. Bei Wegfall der Direktverrechnungsvereinbarung verlieren jedenfalls auch die Anlagen ihre Gültigkeit.

10.2. Sollte innerhalb des in Punkt 10.1 genannten Zeitraumes zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Einigung über eine einheitliche österreichweite Direktverrechnung erfolgen, wird diese von den Krankenanstalten vollinhaltlich übernommen. Die gegenständliche Vereinbarung verliert damit automatisch ihre Gültigkeit.

10.3 Sobald zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eine Abstimmung über die Vorgehensweise betreffend die neuen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (VersVG-Novelle) erfolgt ist, wird diese automatisch Vertragsinhalt.

11. Umfängliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die Anspruchsberechtigten der Krankenfürsorgeanstalt für die Bediensteten der Stadt Graz, kurz „KFA“.

12. Schlussbestimmungen

12.1. Umsatzsteuer

Die im Folgenden angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer.

12.2. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung unberührt und es verpflichten sich die Vertragspartner, die betroffene Bestimmung durch eine neue Regelung zu ersetzen, die der ursprünglichen Bestimmung wirtschaftlich am nächsten kommt.

12.3. Allfällige alte Vereinbarungen und Schriftformerfordernis

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen und Absprachen. Alle Änderungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform. Ebenso bedarf das Abgehen vom Schriftformerfordernis der Schriftform.

12.4. Ausfertigungen

Die Vereinbarung wird in zwei Ausfertigungen ausgestellt, von denen jeder der Vertragspartner ein Exemplar erhält.

HAUSKOSTEN UND HONORARE 1.3.2017 – 31.12.2017

A Allgemeine Regelungen

1. Definitionen

1.1. Krankheitsgeschehen

Ein (1) Krankheitsgeschehen kann eine oder mehrere Diagnosen während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes umfassen. Bei mehreren Diagnosen liegt dann ein (1) Krankheitsgeschehen vor, wenn gleiche Krankheitsbilder und Symptomenkomplexe behandelt werden.

1.2. Akutaufnahme

Unter Akutaufnahme versteht man eine stationäre Aufnahme in der Krankenanstalt, die durch eine vor der Aufnahme im Krankenhaus in Erscheinung getretene oder diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird. Zeitlich mehr als 24 Stunden vom behandelnden Arzt der Krankenanstalt im Vorhinein geplante Aufnahmen gelten nicht als Akutaufnahme. Die Akutaufnahme erfolgt ausschließlich aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und ist unabhängig von der Tageszeit. Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten im Sinne dieser Vereinbarung nicht als Akutaufnahme.

2. Transferierung/Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen (innerhalb des Bundeslandes Steiermark)

2.1. Transferierungen

2.1.1. Im Falle einer Transferierung in eine oder von einer anderen Krankenanstalt (egal ob öffentlich oder privat) sind die Hauskosten für den Transfertag nur für die übernehmende Krankenanstalt verrechenbar. Hinsichtlich der Honorare ist bei konservativen Behandlungsfällen gleichartig vorzugehen.

2.1.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gem. Punkt A.3, Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Punkt C.2.4. etc.) sind anwendbar.

2.1.3. Bei einem (1) Krankheitsgeschehen gelten folgende Regelungen je durchführender Krankenanstalt:

- a) Die Technische Pauschale gem. Punkt B.4. ist zu 70% verrechenbar.
- b) Konservative Honorare gem. Punkt C.1. sind zu 70% verrechenbar.

- c) Operative Honorare gem. Punkt C.2. sind zu 70% verrechenbar.
- d) Die Honorare gemäß Punkt C 3 (Konsilien) sind zu 100% verrechenbar.
- e) Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß Punkt A.3. sind die gültig ermittelten Honorare zu 70% verrechenbar.
- f) Die Entbindungspauschale gem. Punkt D.1. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Punkt C.1. oder C.2. in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 80% verrechenbar.

2.2. Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen

2.2.1. Bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen im Zusammenhang mit einem (1) Krankheitsgeschehen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt gelten die Bestimmungen gem. Punkt A.2.1. analog.

2.2.2. Abweichend zu Punkt A.2.1.3.d) gilt für die Honorare gem. Punkt C 3 (Konsilien) bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß Punkt C.3.3. (maximal 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte). Die Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler keine Hauptbehandlungshonorare im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurden.

3. Interdisziplinäre Behandlungen

3.1. Allgemeines

3.1.1. Ein interdisziplinärer Behandlungsfall liegt vor, wenn ein medizinisch indizierter Wechsel auf eine Abteilung mit anderer Fachrichtung oder Wechsel zu einem Arzt mit anderer Fachrichtung vorgenommen wird oder bei medizinisch indizierten Parallelbehandlungen durch mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen.

3.1.2. Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.

3.1.3. Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe Punkt C.2.7.).

¹ Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet

3.2. Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

3.2.1. Bei medizinisch indiziertem Facharztwechsel bei einem (1) Krankheitsgeschehen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars zwischen den Behandlern erfolgt gemäß der Aufenthaltsdauer nach Tagen.

3.2.2. Bei medizinisch indizierter Parallelbehandlung durch Fachärzte verschiedener Richtungen sind zuzüglich zum konservativen Behandlungshonorar für den gesamten Zeitraum 3 Konsilien gem. Pkt. C.3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) pro Fach verrechenbar.
Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.2.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. wobei die Gesamtaufenthaltsstage als Maßgabe dienen.

3.3. Mehrere operative Behandlungen

3.3.1. Das operative Behandlungshonorar ist gem. Pkt. C.2.2. verrechenbar. Fallen mehrere operative Behandlungen bei einem (1) Krankheitsgeschehen an, tritt die Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Pkt. C.2.4. in Kraft.

3.3.2. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gem. Pkt. B. 4.3.

3.4. Operative und konservative Behandlungen

3.4.1. Bei elektiver „bekannter“ Aufnahme zur Operation

Bei einem prä- und/oder postoperativen Wechsel des behandelnden Arztes mit anderer Fachrichtung während eines geplanten, operativen Behandlungsfalles sind für beide Fachärzte insgesamt das Operationshonorar und 3 Konsilien gem. Pkt. C. 3.1. (Betrag des Folgekonsiliums) verrechenbar. Die Aufteilung des so errechneten Gesamthonorars erfolgt nach einem von den Behandlern festzulegenden Schlüssel.

3.4.2. Aufnahme zur konservativen Abklärung und Behandlung mit daraus resultierendem chirurgischem Eingriff

Bei notwendiger mehrtägiger (mehr als 2 Tage) konservativer Behandlung und/oder konservativer Abklärung und daraus resultierendem operativen Eingriff (Wechsel der Fachabteilung und/oder 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 Fachrichtungen 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" gem. Pkt. A.3.4.1. abzurechnen.

3.4.3. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2. oder Pkt. B.4.3., wobei die jeweils höhere Technische Pauschale verrechenbar ist.

4. Additivfächer

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

5. 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.

6. Konsiliarleistungen

6.1. Als Konsiliarleistungen im Sinne dieser Vereinbarung verstehen sich unmittelbar am Patienten vorgenommene Untersuchungen/Behandlungen, die von Ärzten anderer Fachrichtungen als der des Hauptbehandlers erbracht werden, sofern diese

a) medizinisch indiziert sind

und

b) vom Hauptbehandler angefordert werden

und

c) lege artis zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen

oder

nicht zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.

6.2. Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen mit der Technischen Pauschale gemäß Pkt. B.4. abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Röntgen, Labor, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie, etc.).

6.3. Konsilien zulasten des Hauptbehandlers

Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er im selben oder in anderen Fällen als Konsiliarleistung für eine andere Abteilung/Fachrichtung erbringt, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgegolten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.

6.4. Gastroenterologische Endoskopie

Punkt C.3.2. ist zu 100% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt stationär aufgenommen und behandelt wird, der diese Untersuchung nicht selbst durchführen darf und keine gastroenterologischen Aufnahmediagnose vorliegt. Punkt C.3.2. ist zu 75% verrechenbar, wenn der Versicherte von einem Belegarzt aufgenommen und behandelt wird, 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 des Hauptbehandlers verrechenbar.

6.5. Konsiliaroperation

Ein notwendiger, operativer Eingriff durch eine andere Fachrichtung, der während eines konservativen Aufenthaltes durchgeführt wird, wird als Konsiliaroperation gewertet (siehe Punkt C.3.4.). Dadurch wird das konservative Behandlungshonorar nicht beeinträchtigt.

B Hauskosten

1. Tagsätze

1.1	Zweibettzimmer	€ 179,80	pro Tag
1.2	Qualitätsbonus gem. Anforderungsprofil	€ 38,56	pro Tag
1.3	Einbettzimmer (Aufzahlung) – Privatleistung. Von KFA-Graz Versicherten selbst zu bezahlen, da die KFA-Graz diese Leistung nicht anbietet.	€ 86,00	pro Tag
1.4	Begleitperson (für Kinder bis zum 10.Lj)	€ 71,57	pro Tag
1.5	Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer	entfällt	pro Tag
1.6	Der seitens eines öffentlichen Trägers der Sozialversicherung satzungsgemäß vorgeschriebene Selbstbehalt bei mitversicherten Familienangehörigen ist zusätzlich nicht verrechenbar.		

2. EDIVKA

Der KFA-Graz kann der EDIKOST und EDILEIST Bonus nicht verrechnet werden, da die Kriterien nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden.

3. Medizinische Unterlagen/Sonstiges

3.1. Medizinische Unterlagen: € 16,54 pro Fall

3.2. Bearbeitungsgebühr für Nachtragsrechnungen: € 56,75 pro Rechnung

4. Technische Pauschalen

4.1. Allgemeines

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Anästhesie vom Aufklärungsgespräch bis zur Entlassung im Aufwachbereich, Nuklearmedizin, Fremdleistungen, etc. kann eine technische Pauschale gemäß tieferstehenden Aufstellung je Aufenthalt entsprechend der Aufenthaltsdauer bzw. entsprechend der Operationsgruppe verrechnet werden.

4.2. Nichtoperative Fälle

4.2.1. Technische Pauschale

		2017
1 Tag	0%	0,00
2 Tage	100%	591,37 €
3 Tage	100%	591,37 €
4 Tage	110%	650,51 €
5 Tage	120%	709,65 €
6 Tage	130%	768,79 €
7 Tage	140%	827,93 €
8 Tage	145%	857,49 €
9 Tage	150%	887,07 €
10 Tage	155%	916,63 €
11 Tage	160%	946,21 €
12 Tage	165%	975,77 €
13 Tage	170%	1.005,34 €
14 Tage	175%	1.034,91 €

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

4.3. Operative Fälle

4.3.1. Technische Pauschale

		2017
OP I	20%	248,89 €
OP II	40%	497,78 €
OP III	60%	746,67 €
OP IV	100%	1.244,43 €
OP V	140%	1.742,21 €
OP VI	190%	2.364,43 €
OP VII	240%	2.986,64 €
OP VIII	320%	3.982,20 €

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

C Honorare

1. Konservative Behandlungsfälle

1.1. Honorar für konservative Behandlungsfälle

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

		2017
1 Tag	35%	176,04 €
2 Tage	50%	251,50 €
3 Tage	60%	301,79 €
4 Tage	70%	352,09 €
5 Tage	80%	402,39 €
6 Tage	90%	452,70 €
7 Tage	100%	502,99 €
8 Tage	105%	528,14 €
9 Tage	110%	553,29 €
10 Tage	115%	578,43 €
11 Tage	120%	603,58 €
12 Tage	125%	628,74 €
13 Tage	130%	653,89 €
14 Tage	130%	653,89 €
15 Tage	135%	679,03 €
16 Tage	135%	679,03 €
17 Tage	135%	679,03 €
18 Tage	140%	704,19 €
19 Tage	140%	704,19 €
20 Tage	140%	704,19 €
21 Tage	140%	704,19 €

Ab dem 22. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 25,15 (5% des kons. Honorars für 7 Tage).

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

2. Operative Behandlungsfälle

2.1. Allgemeines

2.1.1. Ein operativer Eingriff liegt definitionsgemäß dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie eine im Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (Anlage III) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogieeinstufungen sind dem Grunde und der Höhe nach einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu regeln. Für operative Fälle steht ausschließlich das Honorar für operative Behandlungen zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Behandlungen ist nicht möglich.

2.1.2. Wird durch den selben Hauptbehandler sowohl eine länger dauernde konservative Behandlung (mehr als 10 Tage) als auch ein operativer Eingriff der Operationsgruppen I, II, oder III durchgeführt, richtet sich die Abrechnungsart, ob konservativ oder operativ, nach dem Behandlungsschwerpunkt. Der jeweilige Behandlungsschwerpunkt ist in den mitzuliefernden medizinischen Unterlagen eindeutig zu dokumentieren. Liegt der Behandlungsschwerpunkt in der konservativen Behandlung, so tritt Punkt C.2.1.1. außer Kraft und der Fall ist gem. Punkt C.1.1. abrechenbar.

2.2. Honorar für operative Behandlungsfälle

		2017
OP I	20%	189,86 €
OP II	40%	379,73 €
OP III	60%	569,59 €
OP IV	100%	949,33 €
OP V	140%	1.329,06 €
OP VI	190%	1.803,72 €
OP VII	240%	2.278,37 €
OP VIII	320%	3.037,84 €

2.3. Operationsgruppenschema

Die Einstufung der operativen Eingriffe erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 3.0. (siehe Anlage III).

2.4. Mehrfach – Operationsgruppenregelung

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

2.4.1. bei einer Schmerzbetäubung (einzeitigem Vorgehen)

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

2.4.2. bei mehrzeitigem Vorgehen zu 80 % zu verrechnen.

Operationen an unterschiedlichen Organgruppen sind davon ausgenommen.

2.4.3. Wird die zweite Operation aus medizinischen Gründen von einem Arzt mit anderer Fachrichtung durchgeführt, so kann diese

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

verrechnet werden.

2.4.4. Im Falle der operativen Tätigkeit mehrerer Fachärzte verschiedener Fachrichtungen bei unterschiedlichen Krankheitsgeschehen können für jeden Facharzt maximal zwei Operationsgruppen laut Punkt C.2.2. verrechnet werden.

2.4.5. 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 C.2.4.1. (einzeitiges Vorgehen) zu honorieren. Ausgenommen davon sind iatrogene Maßnahmen, die weitere Eingriffe notwendig machen.

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

2.5. 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 C.2.2. um 25%. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.

2.6. Durch diese Honorare sind alle Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Fachrichtungen abgegolten.

2.7. Postoperative Nachbehandlung

Wird die zur Operation gehörige Nachbehandlung nicht vom Operateur, der den Patient operiert hat, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten des Nachbehandlers zu kürzen.

3. **Konsiliarleistungen**

3.1. Klinische Konsilien

Für das erste Konsilium je Fachrichtung und Fall (Erstkonsilium) kann ein Honorar von € 85,22 verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 65,20.

3.2. Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung

Das Honorar pro klinischem Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt € 238,58.

3.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Fall aus Punkt C.3.1. und C.3.2. höchstens 3 Konsilien verrechenbar.

3.4. Konsiliaroperation

Konsiliariter durchgeführte operative Eingriffe sind mit 75% der Ansätze gemäß Punkt C.2.2. verrechenbar. Eine zusätzliche Verrechnung von Konsilien gemäß Punkt C.3.1. und C.3.2. ist nicht möglich.

3.5. Neugeborenenuntersuchung

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle und/oder Reanimation eines Neugeborenen durch einen Kinderarzt ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Maximalhonorar von € 231,90 vereinbart.

D Pauschalen und Sonderregelungen

1. Entbindungen

1.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt etc.) inklusive Episiotomie und Damrnaht und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein Pauschale (exkl. Tagsätze gem. Pkt. B. 1.) in der Höhe von € 3.031,33 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

	2017
Technisches Pauschale	763,11 €
Hebammengebühr	840,27 €
Arzthonorar	1.427,95 €
Gesamtbetrag	3.031,33 €

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

1.2. Mehrlingsgeburten:

Pro Mehrling ist für das ärztliche Honorar in der Pauschale und für Punkt C.3.5. ein Zuschlag von 40% verrechenbar.

1.3. Durch diese Entbindungspauschale sind alle Leistungen, ausgenommen Punkt B.1. und C.3.5., abgegolten.

2. Katarakt

2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 1.995,85 vereinbart, der folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	907,87 €
Gesamtbetrag	1.995,85 €

2.2. Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 2.722,17 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2017
Haus	1.087,98 €
Honorar	1.634,19 €
Gesamtbetrag	2.722,17 €

2.3. Sofern die Operation in zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. C.2.4.5. nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die gesamte Fallpauschale zur Verrechnung gelangt.

2.4. Durch diese Beträge sind alle Leistungen abgegolten.

2.5. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, den Ärzten für die in der Krankenanstalt durchgeführten Katarakt-Eingriffe keinen höheren Honoraranteil als den oben ausgewiesenen, zu leisten. Bei nachgewiesenem Zuwiderhandeln werden die Krankenversicherer ab dem auf den Verstoß folgenden (bzw. Kenntnis des Verstoßes folgenden) Monatsersten für die Dauer von drei Monaten bei jeder in der betroffenen Krankenanstalt durchgeführten Kataraktoperation jeweils ein Abzug im Ausmaß der Zuzahlung vornehmen. Die derart abgezogenen Beträge werden von den Krankenversicherern auf ein beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eingerichtetes Konto überwiesen. Die Verwendung der auf diesem Konto befindlichen Gelder wird zwischen den Verhandlern einvernehmlich festgelegt.

3. Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange

3.1. Pauschalbetrag

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	410,32 €
Honorar	240,47 €
Gesamtbetrag	650,79 €

3.2. Ausgenommen von der Pauschale gem. Pkt. D.3.1. sind coloskopische Polypektomien eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge. Die Abrechnung dieser erfolgt gemäß OP-Gr. IV [Y401 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Schlinge (inkl. Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon,Sigmoid, Rectum"].

3.3. Die Leistungen gem. Punkt D.3.1. und Punkt D.3.2. sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. Punkt D.3.2.

3.4. Sofern neben der Behandlung gem. Punkt D.3.1. weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gem. Punkt A.1.2. handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gem. Punkt 2.1. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Punkt D.3.1. als Pauschale keine Anwendung. Anstelle dessen erfolgt die Abrechnung der diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision gem. Punkt C.3.2. (Konsiliarleistungen) bzw. die Abrechnung der Coloskopie mit Polypektomie mit Zange gemäß OP-Gr. III [Y302 "Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) eines oder mehrerer Polypen mit der Zange (inkl.

Fotodokumentation und Histologie) - Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum"], wobei stets sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

3.5. Mit dem Pauschalhonorar gem. Punkt D.3.1. sind - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

3.6. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen grundsätzlich zur Anwendung, wobei jedoch der Pauschalbetrag gem. Punkt D.3.1. in vollem Ausmaß verrechenbar ist.

4. Chemonukleolyse

4.1. Werden in einem Fall ein oder mehrere Eingriffe mit dem Eingriffscode D427 durchgeführt, so ist für diesen Fall eine Pauschale in der Höhe von 2.530,85 Euro verrechenbar (Ausnahme D. 4.3.). Davon umfasst sind sämtliche in D427 angeführten Behandlungsmethoden. Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in der Höhe von 1.673,46 Euro und einem Honoraranteil von 857,39 Euro zusammen.

4.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der gewählten Methode, von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes, von der Anzahl der Eingriffe, von der Anzahl der behandelten Bandscheiben und Segmente - sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

4.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.4.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

4.4. Die Punkte D.4.1. und D.4.5. werden ausgesetzt, wenn eine offenkundige Umgehung des Regelungszweckes der Punkte D.4.1. bis D.4.3. - gleich welcher Art - erfolgt, weshalb sich die Vertragspartner in diesem Fall verpflichten, umgehend Gespräche über eine Neuregelung aufzunehmen.

5. Gel-Stix (Hydrogel-Implantate zur Bandscheiben-Augmentation)

5.1. Werden in einem Fall ein-oder mehrere Hydrogel-Implantat(e) implantiert, so ist für diesen Fall eine Pauschale in Höhe von 2.667,89 Euro verrechenbar (Ausnahme D.5.3.). Diese Pauschale setzt sich aus einem Hausanteil in Höhe von 1.604,64 Euro und einem Honoraranteil in Höhe von 1.063,25 Euro zusammen.

5.2. Mit dieser Pauschale sind - unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Aufenthaltes – sämtliche Leistungen für Hauskosten und Honorare abgegolten.

5.3. Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gem. Pkt. D.5.1. der KFA kein Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden.

6. Diagnostische ERCP

6.1. Für die Durchführung einer diagnostischen ERCP außerhalb eines sonst stationär notwendigen Aufenthaltes ist eine Fallpauschale in Höhe von

	2017
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	535,91 €
Honorar	545,45 €
Gesamtbetrag	1.081,36 €

verrechenbar.

6.2. Für eine zusätzlich durchgeführte Coloskopie sind 50 % der jeweiligen Fallpauschale verrechenbar.

6.3. Mit diesen Pauschalbeträgen sind (unabhängig von der Verweildauer) sämtliche Leistungen für Haus und Honorar abgegolten.

6. Schlaflabor

7.1. Grundsätze, die für alle Fallgruppen gelten

Mit Ausnahme der folgenden Fallpauschalen sind keine weiteren Positionen verrechenbar (alle Hauskosten und Honorare sind in den Pauschalen inkludiert).

7.2. Neurologische Patienten – Fall zur Abklärung im Schlaflabor

Es werden ein- und durchschlafgestörte, neurologische Patienten für zwei bis drei Nächte untersucht. Unabhängig von der Dauer des stationären Aufenthaltes kann eine Fallpauschale von € 457,77 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3. Untersuchungen bzw. Therapieeinstellungen bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung

7.3.1. Fall mit Untersuchung, nicht CPAP-bedürftig

Der Patient wird untersucht und bedarf keiner CPAP-Therapie, sondern ist entweder nicht therapiebedürftig oder erhält eine andere, z.B. medikamentöse Therapie.

Es kann für einen zwei- oder mehrtägigen Aufenthalt inklusive umfassender Untersuchung (inkl. fachärztlicher Konsilien) im Schlaflabor ein Betrag von € 678,69 verrechnet werden. Es gibt keinen geplanten Folgeaufenthalt im Schlaflabor.

7.3.2. Fall mit Untersuchung und CPAP-Einstellung

Der Patient wird untersucht und bedarf einer CPAP-Therapie

7.3.2.1. Fall mit Durchführung der CPAP-Einstellung in einem Aufenthalt

Bei sofortiger Durchführung der Einstellung im Anschluss an die Untersuchung in einem zumindest dreitägigen Aufenthalt kann unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes eine Pauschalsumme von € 1.136,46 verrechnet werden.

7.3.2.2. Fall mit mehrzeitiger Durchführung der CPAP-Einstellung

Bei Durchführung der Einstellung im Zuge eines späteren Aufenthaltes kann eine Pauschalsumme von € 678,69 verrechnet werden. Für den 2. Aufenthalt zur CPAP-Einstellung kann eine Pauschalsumme von € 457,77 verrechnet werden.

7.3.3. *Kontrolle der Ersteinstellung nach 2 Monaten*

Für eine stationäre Kontrolle der Ersteinstellung der CPAP Einstellung gebührt eine Pauschalsumme in Höhe von € 312,54 .

7.3.4. *Weitere Kontrollen*

Weitere Kontrolluntersuchungen erfolgen ambulant. Bei einem nicht kooperationsfähigen, beispielsweise multimorbiden, Patienten können spätere Kontrollen mit ausführlicher medizinischer Begründung im Einzelfall stationär erfolgen. Diese Kontrollen werden nach Punkt D 7.3.3. honoriert.

7.4. Statistik

Eine jährliche Statistik über die Anzahl der Schlaflaborfälle sowie der CPAP- oder biPAP-Einstellungen sowie die Anzahl der weiteren (nach der 1. Kontrolle) Kontrolluntersuchungen ist dem Versicherungsverband zu übermitteln.

7.5. Versicherte deren Pflichtkrankenversicherung Leistungen zur Sonderklasse erbringt

Bei Versicherten, deren Pflichtkrankenversicherung auch Leistungen zur Sonderklasse erbringt, werden 30% des Honoraranteils als Abschlag berechnet. Aufgrund der Vergütung als Pauschalsatz wird der Honoraranteil mit dem konservativen Satz für zwei Tage bzw. einem Tag angenommen. Damit errechnen sich die Abschläge für die Verrechnungen gemäß Punkt D 7.3.1. und D. 7.3.2. mit € 75,45 und für die Verrechnung gemäß D 7.3.3. mit € 52,82 .

C. Qualitätsbonus

1. Anforderungsprofil für Privatkrankenanstalten - Fassung 4.12.2003

1.1. Musskriterien

a) Hotelkomponente

	Kriterien
Größe in m ²	<p>Zimmereinheit $\geq 22\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 15\text{m}^2$ (Einzelzimmer).</p> <p>PatientInnenzimmer $\geq 17\text{m}^2$ (Zweibettzimmer) bzw. $\geq 11\text{m}^2$ (Einzelzimmer) + Vorraum \Rightarrow Vorraum zählt bei Zusatzkriterien.</p> <p>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.</p>
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 Musskriteriena) Hotelkomponente

	EG	Kriterien	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) • bei 40% des Wareneinsatzes additiv • bei 50% des Wareneinsatzes additiv 	5 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 einen Föhn haben, damit die Punkte dem Haus zurechenbar sind.

1.3. Zusatzkriterien

a) Hotelkomponente

EG	Kriterien	
80%	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. 3,2m⁽²⁻⁴⁾</u>	5
	<u>Ausstattung/Sanitärbereich (im Zweibettzimmer)</u>	
80%	- Dusche (Bad)/WC getrennt	15
	<u>Toiletteartikel</u>	
100%	- Toilettenset (Zahnbürste, Shampoo, Seife, Duschbad, Duschhaube, Nagelfeile) inklusive Hausschuhe/Pantoffel (P)	5
100%	- Föhn und Vergrößerungsspiegel je Bad (P)	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	Kriterien	
- 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, 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 Sondereausbildung 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 sonderausbildungs-konform 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

	<p>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).</p> <p>Für 2004 würde ein Nachweis für die Teilnahme an einem Kontrollvertrag durch eine innerhalb der EU akkreditierte Biokontrollstelle (z.B. Austro-Bio-Garantie) genügen.</p>
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	<p>Mit Fernbedienung, im Zweibettzimmer kostenlos.</p> <p>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.</p>
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
--	--

E Gültigkeit

1. Dauer der Vereinbarung

1.1.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. März 2017 (Aufnahmetag) in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2017 für alle Fälle, deren Aufnahme im genannten Zeitraum liegt.

1.2.

Ab dem 1.3.2017 kann dieses Übereinkommen beiderseits mittels eingeschriebenen Briefes an die andere Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

1.3.

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

Graz am

Für die Privatklinik PremiQaMed GmbH:

Für die Stadt Graz:

Der Bürgermeister:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

Die Gemeinderätin/Der Gemeinderat:

