

HAUSKOSTEN UND HONORARE – 1.1.2018 – 31.12.2018

PremiQaMed Privatkliniken GmbH - Privatklinik Graz Ragnitz

A. Allgemeine Regelungen

1. Definitionen

1.1. Behandlungsfall

Ein (1) Behandlungsfall ist die Summe aller Behandlungen einer oder mehrerer Erkrankungen während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes.

Die in dieser Vereinbarung festgesetzten Vergütungen für Haus und ärztliche Leistungen sind pro Behandlungsfall verrechenbar.

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. Transferierungen und Wiederaufnahmen zwischen Krankenanstalten (innerhalb des Bundeslandes Steiermark)

2.1. Bei tageweise verrechenbaren Vergütungen für Haus und ärztliche Leistungen ist der Transfertag nur von der übernehmenden Krankenanstalt verrechenbar.

2.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt als ein Behandlungsfall, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gem. Punkt A.4., Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Punkt C.2.4., etc.) sind anwendbar.

2.3. Bei Transfers zwischen zwei Krankenanstalten oder bei Wiederaufnahmen in einer anderen Krankenanstalt innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt:

2.3.1. Konservative Honorare gemäß Pkt. C.1. sind zu 80% verrechenbar.

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

2.3.2. Operative Honorare gemäß Pkt. C.2. sind zu 80% verrechenbar.

2.3.3. Konsiliarhonorare gemäß Pkt. C.3. sind zu 100% verrechenbar.

2.3.4. Die Technische Pauschale gemäß Pkt. B.4. ist zu 55% verrechenbar.

2.3.5. Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß Pkt. A.4. sind die gültig ermittelten Honorare zu 100% verrechenbar.

2.3.6. 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.

3. Wiederaufnahmen innerhalb einer Krankenanstalt

Bei Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen² (ausgenommen Akutaufnahmen) gelten die Regelungen gem. Pkt. A 2.3.1. bis A.2.3.6. pro Aufenthalt. Konsiliarhonorare gemäß Pkt. C.3. sind zu 100% verrechenbar, wobei die Regelung gem. Pkt. C 3.3. (max. 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte) zur Anwendung kommt. Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler kein Hauptbehandlungshonorar im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurde.

4. Interdisziplinäre Behandlungen

4.1. Allgemeines

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

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

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

4.2. Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

4.2.1. Fallen mehrere konservative Behandlungen an verschiedenen Abteilungen anderer Fachrichtung bzw. von Ärzten mit anderer Fachrichtung bei einem (1) Behandlungsfall an, ist für jede Fachrichtung ein Honorar von 80% des jeweils individuell verrechenbaren Honorars verrechenbar. Wird bei einem (1) Behandlungsfall die konservative Behandlung der Fachrichtung A nach einem Fachrichtungswechsel wieder von der Fachrichtung A fortgesetzt, dann ist abrechnungstechnisch für die Gesamtbehandlungsdauer der Fachrichtung A von einer durchgehenden Behandlung auszugehen.

² Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet

4.2.2. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.2., wobei die Gesamtaufenthaltstage als Maßgabe dienen.

4.3. Mehrere operative Behandlungen

4.3.1. Werden bei einem Behandlungsfall mehrere Eingriffe deshalb von Ärzten verschiedener Fachrichtungen durchgeführt, weil aufgrund der Sonderfachbeschränkung gemäß ÄrzteG 1998 ein Arzt nicht alle Eingriffe selbst durchführen darf, so sind pro Fachrichtung maximal zwei (2) Operationsgruppen zu je 80% der entsprechenden OP-Gruppe gem. Pkt. C.2.2. verrechenbar. D.h. in diesen Fällen tritt die Mehrfach-Operationsgruppenregelung (die bei Tätigwerden lediglich einer (1) operativ tätig werdenden Fachrichtung zum Tragen kommt) außer Kraft.

4.3.2. Die Verrechnung der Technischen Pauschale erfolgt gemäß Pkt. B.4.3.

4.4. Operative und konservative Behandlungen

4.4.1. Fallen bei einem (1) Behandlungsfall mindestens eine (1) operative und mindestens eine (1) konservative Behandlung an, so ist/sind für die operative(n) Behandlung(en) jeweils 80% der jeweiligen OP-Gruppe gem. Pkt. C. 2.2. und für jede konservative Fachrichtung 80% des jeweils vorgesehenen konservativen Honorars gem. Pkt. C.1.1. verrechenbar. Die Regelungen über die Beschränkungen operativer Behandlungen gem. Punkt A. 4.3.1 (max. 2 OPs pro Fachrichtung) kommen zur Anwendung.

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

5. **Additivfächer**

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung. Dies gilt auch für die laut ÄAO 2015 neu geschaffenen internistischen Sonderfächer, in die vormalige Additivfächer als Schwerpunktausbildung integriert wurden (§ 31 ÄAO).

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, Anästhesie, 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 gastroenterologische 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.

B. Hauskosten

1. Tagsätze

1.1	Zweibettzimmer	€ 184,30	pro Tag
1.2	Qualitätsbonus gem. Anforderungsprofil	€ 39,52	pro Tag
1.3	Einbettzimmer (Zuschlag)	€ 88,15	pro Tag
1.4	Begleitperson	€ 73,36	pro Tag
1.5	Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer	€ 163,35	pro Tag
1.6	Der seitens eines öffentlichen Trägers der Sozialversicherung satzungsgemäß vorgeschriebene Selbstbehalt bei mitversicherten Familienangehörigen ist zusätzlich verrechenbar.		

2. EDIVKA

Für die Durchführung der elektronischen Datenkommunikation im Bereich der Kostenübernahme einerseits und der Abrechnung andererseits wird, wenn die vorgegebenen Standards seitens der Krankenanstalt erfüllt werden und die Datenkommunikation auch tatsächlich funktioniert, ein Bonus pro Tag vergütet:

- Kostenübernahme (EDIKOST) € 1,20
- Abrechnung (EDILEIST) € 1,20

3. Medizinische Unterlagen/Sonstiges

3.1. Medizinische Unterlagen: € 16,95 pro Fall

3.2. Bearbeitungsgebühr für Nachtragsrechnungen: € 58,17 pro Rechnung

4. Technische Pauschalen

4.1. Allgemeines

Für Röntgendiagnostik, Diagnostik mit Großgeräten (CT, MR, etc.), Sonographie, Labor, Pathologie, physikalische Therapie, OP-Saalgebühr, Anästhesie, 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

Technische Pauschale

		2018
1 Tag	0%	0,00 €
2 Tage	100%	606,15 €
3 Tage	100%	606,15 €
4 Tage	110%	666,77 €

5 Tage	120%	727,39 €
6 Tage	130%	788,00 €
7 Tage	140%	848,62 €
8 Tage	145%	878,92 €
9 Tage	150%	909,23 €
10 Tage	155%	939,54 €
11 Tage	160%	969,85 €
12 Tage	165%	1.000,15 €
13 Tage	170%	1.030,46 €
14 Tage	175%	1.060,77 €

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

4.3. Operative Fälle

4.3.1. Technische Pauschale

		2018
OP I	20%	255,11 €
OP II	40%	510,22 €
OP III	60%	765,32 €
OP IV	100%	1.275,54 €
OP V	140%	1.785,76 €
OP VI	190%	2.423,53 €
OP VII	240%	3.061,30 €
OP VIII	320%	4.081,73 €

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. Konservatives Honorar

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

		2018
1 Tag	35%	180,10 €
2 Tage	50%	257,28 €
3 Tage	60%	308,74 €
4 Tage	70%	360,19 €
5 Tage	80%	411,65 €
6 Tage	90%	463,10 €
7 Tage	100%	514,56 €
8 Tage	105%	540,29 €
9 Tage	110%	566,01 €
10 Tage	115%	591,74 €
11 Tage	120%	617,47 €
12 Tage	125%	643,20 €
13 Tage	130%	668,93 €
14 Tage	130%	668,93 €

Ab dem 15. Tag beträgt das Honorar für jede weitere Behandlungswoche zusätzlich € 25,73 (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. 5.1. (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. Operatives Honorar

		2018
OP I	20%	194,23 €
OP II	40%	388,47 €
OP III	60%	582,70 €
OP IV	100%	971,16 €
OP V	140%	1.359,63 €
OP VI	190%	1.845,21 €
OP VII	240%	2.330,80 €
OP VIII	320%	3.107,73 €

2.3. Operationsgruppenschema

Die Einstufung der operativen Eingriffe erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 5.1. (siehe Anlage III).

2.4. Mehrfach – Operationsgruppenregelung

Werden von der gleichen operativ tätig werdenden Fachrichtung mehrere Eingriffe durchgeführt, sind bei einem (1) Behandlungsfall maximal zwei Operationsgruppen verrechenbar. Dabei sind die höhere Operationsgruppe zu 100% und die zweite zu 65% verrechenbar. Werden bei einem Behandlungsfall mehr als eine Fachrichtung operativ tätig, liegt definitionsgemäß eine interdisziplinäre Behandlung vor und es gelangt Pkt. A.4.3. zur Anwendung.

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%, wobei für die Verrechenbarkeit des Zuschlages maßgeblich ist, dass die überwiegende Operationsdauer in den als Nacht definierten Zeitraum fällt. 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 € 87,18 verrechnet werden, für die folgenden Konsilien (Folgekonsilium) ein Betrag von € 66,70.

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 € 244,07.

3.3. Maximale Verrechenbarkeit

Pro Fachrichtung und Behandlungsfall und für Wiederaufnahmen gem. Pkt. A.3. sind aus Punkt C.3.1. und C.3.2. insgesamt maximal 3 Konsilien verrechenbar. Bei Wiederaufnahmen gem. Pkt. A.2. gilt diese Regelung pro Krankenanstalt.

3.4. Neugeborenenuntersuchung

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle eines Neugeborenen ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Maximalhonorar von € 237,23 verrechenbar.

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 eine Pauschale in der Höhe von € 3.104,26 verrechenbar.

Diese Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

	2018
Technische Pauschale	782,19 €
Hebammengebühr	861,28 €
Arzthonorar	1.460,79 €
Gesamtbetrag	3.104,26 €

Durch diese Pauschale sind alle Leistungen im Zusammenhang mit der Entbindung - ausgenommen Punkt B.1.1. (Zweibettzimmer), B.1.2. (Qualitätsbonus), B.1.4. (Begleitperson) und B.1.6. (Mitversichertenbeitrag) und B.2. (EDIVKA-Boni) - abgegolten. Punkt B.1.5. (Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer) ist nur dann verrechenbar, wenn von der Krankenanstalt der schriftliche Nachweis erfolgt, dass seitens des PRIKRAF in gleichen Fällen eine Leistung erbracht wird.

1.2. Ein (1) weiterer operativer Eingriff durch den Facharzt für Gynäkologie im Rahmen einer Entbindung ist gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung als Zweiteingriff verrechenbar.

1.3. Mehrlingsgeburten

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

2. Katarakt

2.1. Für die Kataraktoperation **an einem Auge** während eines Aufenthaltes wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 2.016,73 vereinbart, der folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2018
Haus	1.087,98 €
Honorar	928,75 €
Gesamtbetrag	2.016,73 €

2.2. Für die Kataraktoperation **an zwei Augen während eines Aufenthaltes** wird eine Fallpauschale in der Höhe von € 2.759,76 vereinbart, dem folgende Kalkulation zugrunde liegt:

	2018
Haus	1.087,98 €
Honorar	1.671,78 €
Gesamtbetrag	2.759,76 €

2.3. Sofern die Operation in zwei unterschiedlichen Aufenthalten stattfindet, gelangt Pkt. C.2.4. nicht zur Anwendung, sodass auch bei Operationen am zweiten Auge die gesamte Fallpauschale zur Verrechnung gelangt.

2.4. Durch diese Pauschalen sind alle Leistungen- ausgenommen Punkt B.1.3. (Einbettzimmer), B.1.4. (Begleitperson) und B.1.6. (Mitversichertenbeiträge) abgegolten. Im Falle der Unterbringung im Einbettzimmer ist zusätzlich ein (1) Tagsatz gem. Pkt. B.1.3. verrechenbar. Punkt B.1.5. (Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer) ist nur dann verrechenbar, wenn von der Krankenanstalt der schriftliche Nachweis erfolgt, dass seitens des PRIKRAF in gleichen Fällen eine Leistung erbracht wird.

2.5. In maximal 35 % der Fälle kann pro Jahr für Astigmatismus reduzierende Maßnahmen (Keratotomie, Laser und torische Linsen) bei Hornhautastigmatismus ein Betrag in Höhe einer OP III (Position A 315) im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß Punkt C. 2.4. verrechnet werden.

2.6. Wird eine Katarakt Operation zusätzlich zur Position A 808 (Parsplana-Vitrektomie mit Zusatzeingriffen wie z.B. Ablatiooperation Cerclage, Laser, Entfernung von epiretinalen Membranen, Entfernung von Glaskörpertrübungen und -blutungen) durchgeführt, so ist unter Bedachtnahme auf die maximale Verrechenbarkeit chirurgischer Eingriffe gem. Punkt C.2.4. (Mehrfachoperationsgruppenregelung) die Fallpauschale gem. Punkt D. 2.1. zu 50% verrechenbar.

2.7. Die Bestimmungen gem. Punkt A.2. ~~und Punkt A.3.~~ kommen zur Anwendung.

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

3.1. Pauschalbetrag

	2018
Haus (ausgenommen Pkt B.1.3)	420,58 €
Honorar	246,00 €
Gesamtbetrag	666,58 €

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 oder D543 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/D543 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. Zusätzlich verrechenbar sind B.1.4. (Begleitperson) und B.1.6. (Mitversichertenbeitrag). Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale maximal ein (1) Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden. Punkt B.1.5. (Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer) ist nur dann verrechenbar, wenn von der Krankenanstalt der schriftliche Nachweis erfolgt, dass seitens des PRIKRAF in gleichen Fällen eine Leistung erbracht wird.

4.3. Die Punkte werden ausgesetzt, wenn eine offenkundige Umgehung des Regelungszweckes der Punkte D.4.1. bis D.4.2. - gleich welcher Art - erfolgt, weshalb sich die Vertragspartner in diesem Fall verpflichten, umgehend Gespräche über eine Neuregelung aufzunehmen.

4.4. Die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen zur Anwendung.

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.5.2.). 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. Zusätzlich verrechenbar sind B.1.4. (Begleitperson) und B.1.6. (Mitversichertenbeitrag). Bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifes kann zusätzlich zur Pauschale gemäß Punkt

D.5.1. maximal ein (1) Tagsatz gemäß Punkt B.1.3. (Einbettzimmerzuschlag) verrechnet werden. Punkt B.1.5. (Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer) ist nur dann verrechenbar, wenn von der Krankenanstalt der schriftliche Nachweis erfolgt, dass seitens des PRIKRAF in gleichen Fällen eine Leistung erbracht wird.

5.3. Die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen zur Anwendung.

6. Diagnostische ERCP

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

	2018
Haus	549,31 €
Honorar	558,00 €
Gesamtbetrag	1.107,30 €

verrechenbar.

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

6.3.

Durch diese Pauschale sind unabhängig von der Verweildauer alle Leistungen - ausgenommen B.1.4. (Begleitperson) und B.1.6. (Mitversichertenbeitrag) - abgegolten. Im Falle der Unterbringung im Einbettzimmer ist zusätzlich ein (1) Tagsatz gem. Pkt. B.1.3. verrechenbar. Punkt B.1.5. (Nichtsozialversicherte im Zweibettzimmer) ist nur dann verrechenbar, wenn von der Krankenanstalt der schriftliche Nachweis erfolgt, dass seitens des PRIKRAF in gleichen Fällen eine Leistung erbracht wird.

6.4. Die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen zur Anwendung.

7. 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 € 468,85 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 € 695,30 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 € 1.164,15 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 € 695,30 verrechnet werden. Für den 2. Aufenthalt zur CPAP-Einstellung kann eine Pauschalsumme von € 468,85 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 € 320,17.

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 € 77,18 und für die Verrechnung gemäß D 7.3.3. mit € 54,03.

7.6 Nicht sozialversicherte Patienten

Für nicht sozialversicherte Patienten kann zusätzlich ein Betrag gem.B.1.5. pro Pflorgetag verrechnet werden.

7.7. Durch diese Fallpauschalen sind unabhängig von der Verweildauer alle Leistungen - ausgenommen B.1.6. (Mitversichertenbeitrag) - abgegolten.

7.8. Die Bestimmungen gem. Punkt A.2. und Punkt A.3. kommen zur Anwendung.

E. Dauer

Diese Anlage tritt mit 01.01.2018 (Aufnahmetag) in Kraft und gilt bis 31.12.2018.

Graz/Wien, am XX.XX.XXXX

Für die Privatkrankenanstalt

Verband der
Versicherungsunternehmen
Österreichs
Sektion Krankenversicherung

Dr. Eichler

MMag. Astrid Knitel