

Der neue Sondergebührenvertrag

Fragen?

- Die Definition Krankheitsgeschehen und nun Behandlungsfall ist uns nicht ganz klar.
Welche Änderungen ergeben sich dadurch?

Definition ist im Vertrag unter Punkt A.4.1.zu finden

A.8.2. mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

Bsp.: Patient 2 Tage Unfall + 3 Tage Interne

Berechnung: 90% aus 2 Tagen (491,10€) + 90% aus 3 Tagen (589,30€) oder 90% aus 5 Tagen (785,80€) und aliquot aufteilen?

90% aus 2 Tagen (491,10€) + 90% aus 3 Tagen (589,30€)

Mehrere Konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtung

- Stationärer Aufenthalt 10 Tage, Einweisungsdiagnose: Thorakale Beschwerden
Aufnahme: Pneumologie 2 Tage – Verlegung: Kardiologie 8 Tage
Abrechnung 2 Tage Konservativ für Pneumologie zu 90%?
Abrechnung 8 Tage Konservativ für Kardiologie zu 90%?
Richtig, da Lungenspezialist kein Additivfach, sondern eigenes Fach
- Stationärer Aufenthalt 10 Tage, Einweisungsdiagnose: Niereninsuffizienz
Aufnahme: Innere Medizin / Nephrologie 5 Tage - Verlegung: Innere Medizin / Kardiologie 5 Tage
Abrechnung 5 Tage Konservativ für Nephrologie 5 Tage zu 90%?
Abrechnung 5 Tage Konservativ für Kardiologie 5 Tage zu 90%?
ODER 10 Tage Konservatives Honorar für Innere Medizin?
10 Tage konservatives Honorar, da Additivfächer nicht als eigene Fachrichtungen gelten, allerdings kann bei Behandlung durch zwei Internisten ein Konsilium vom Additivfach zusätzlich verrechnet werden

Operative und konservative Behandlung

- Stationärer Aufenthalt 10 Tage
Aufnahme: Dermatologie – Konservativ 3 Tage, Verlegung: Chirurgie – OP (7 Tage)
Abrechnung Dermatologie 3 Tage Konservatives Honorar zu 90%?
Abrechnung Chirurgie OP-Gruppe zu 90%?

Richtig!

Operative und konservative Behandlung

- Stationärer Aufenthalt 10 Tage
Aufnahme: Dermatologie – Gesamter Aufenthalt, OP: Chirurgie am 4. Tag (OP-Gruppe 3)
Abrechnung Dermatologie 10 Tage konservatives Honorar zu 90%?
Abrechnung Chirurgie OP-Gruppe 3 zu 90%?
ODER???
- **Interdisziplinäre Abrechnung: 3 Tage konservatives Hon. zu 90 % und OP Gruppe III zu 90% (postoperative Behandlung ist mit OP Honorar abgegolten!)**
- **wenn aber die dermatologische Behandlung 10 Tage stationär notwendig ist, kann 10 Tage konservatives Honorar zu 90 % und OP Gruppe III zu 90% verrechnet werden**
- **AUSNAHME: am 7. Aufenthaltstag tritt z.B. ein Erysipel auf, dann insgesamt 7 Tage kons. Hon zu 90% und OP Gruppe III zu 90%**

Operative und konservative Behandlung

- Stationärer Aufenthalt 30 Tage Kardiologie, OP durch den Dermatologen – Versorgung einer Wunde am 10.Tag (KONSILIAROPERATION!) – OP-Gruppe 1,
Abrechnung Kardiologie 30 Tage konservatives Honorar zu 90%
Abrechnung Dermatologie OP-Gruppe 1 zu 90%
- **Richtig**
- Stationärer Aufenthalt Kardiologie 7 Tage (Patient verbleibt die ganze Zeit auf dieser Abteilung)
Operation – Schrittmacherimplantation – am 3. Tag durch Chirurgie
Abrechnung Kardiologie 2 Tage Konservatives Honorar zu 90% oder 7 Tage zu 90%
Abrechnung Chirurgie OP-Gruppe zu 90%
- **Wenn ungeplante Aufnahme mit interner Abklärung und Indikationsstellung zum Schrittmacher und Implantation des Schrittmachers: kons. Int. Honorar bis zur OP zu 90% und OP Gruppe zu 90%**
- **Bei geplanter Aufnahme zur Schrittmacherimplantation: OP Honorar zu 100% und bis zu 3 Konsilien**

Operative und konservative Behandlung

- Stationärer Aufenthalt Nephrologie/ Nierentransplantation 20 Tage
 1. Tag Aufnahme Nephrologie (Patient wird einberufen, da Niere aus dem Eurotransplantbereich)
 2. Tag Operation / Implantation einer Niere durch Chirurgen
 2. + 3. Tag auf Operativen Intensiv-Station
 - ab 4. Tag wieder zurück auf Nephrologie
- **1. Tag und ab 4.Tag konservatives Honorar (durchgehen gerechnet) für Nephrologie zu 90%**
- **OP Honorar zu 90%**
- **2 Tage ITV Honorar**

Operative und konservative Behandlung

- Stationärer Aufenthalt 10 Tage Kardiologie
Einweisung „Kardiale Dekompensation“ und „Diarrhoe bei positivem Hämokult“
Kardiologie 10 Tage konservative Behandlung
Gastroenterologie am 5. Tag koloskopische Polypabtragung mit Schlinge
Abrechnung Kardiologie 10 Tage konservatives Honorar zu 90%
Abrechnung OP-Gruppe 4 Y401 zu 90%
ODER???

**Richtig: OP Gruppe IV zu 100% plus 1 internes Konsilium für das interne Additivfach.
Begründung: Gastroenterologie und Kardiologie sind Interne Abteilungen, daher nur EIN
Hauptonorar möglich und operativ zieht vor konservativ.**

Operative und konservative Behandlung

- Stationärer Aufenthalt 3 Tage Chirurgie
Operation durch den Radiologen – Interventionelle Radiologie OP-Gruppe 5/B513 am 2. Tag
Abrechnung Chirurgie?
Abrechnung Radiologie?
- Bei ungeplanter Aufnahme interdisziplinäre Verrechnung : im oben genannten Fall 1Tag kons. Hon.zu 90% und OP Gruppe V zu 90%
- Bei geplanter Aufnahme zur radiologischen Intervention: OP Gruppe V zu 100% für den Radiologen und den Chirurgen aus dessen Station der Pat. liegt
- Das OP-Honorar ist als Gesamthonorar für beide Behandler zu sehen und intern aufzuteilen.

- **A8 Interdisziplinäre Behandlungen:**

Das UKH Linz hat nur eine Abteilung: Unfallchirurgie. Bei uns gibt es auch noch einen Internisten. Alle anderen Konsilien werden extern beauftragt.

UKH-Linz hat derzeit einen anderen Vertrag!

Bei OP:

Kommt nun z.B. ein polytraumatisierter Patient und wird von einem Unfallchirurgen mehrmals operiert und zusätzlich noch z.B. von einem Neurochirurgen und Urologen. Wie sieht hier die OP Gruppenverteilung aus? Gilt hier die Mehrfach-OP-Gruppenregelung 2.4 sprich: 1. OP 100 % jede weitere 70 % oder gilt hier die interdisziplinäre Behandlung und es werden für alle OP jeweils 90 % verrechnet?

Jeweils 2 Operationen pro Fach zu je 90% sind verrechenbar

- **A8 Interdisziplinäre Behandlungen:**

Konservative Behandlung mit operativer Behandlung:

1 Behandlungsfall (Wiederaufnahme innerhalb von 7 Tagen)

1. Behandlungszeitraum – konservativ, 2. Behandlungszeitraum – operativ.

Wie können wir dies verrechnen? Dürfen wir hier konservativ jeweils zu 90 % verrechnen und auch die OP Gruppen? Oder wie bisher nur den operativen Zeitraum?

1. Behandlungszeitraum konservatives Honorar zu 90% und

2. Behandlungszeitraum operatives Honorar zu 90%

Konservative Behandlung:

1. Behandlungszeitraum konservativ und 2. Behandlungszeitraum konservativ (Wiederaufnahme innerhalb von 7 Tagen)

Dürfen wir hier das konservative Honorar 2 x verrechnen (90 %) oder wird dies wie bisher als durchgehender Aufenthalt verrechnet?

1. Behandlungszeitraum konservatives Honorar zu 90%

2. behandlungszeitraum konservatives Honorar zu 90%

Operative und konservative Behandlungen

„es werden generell jeweils 90% bezahlt, also für den konservativen Hauptbehandler und für die Operateure und dies unabhängig vom Krankheitsgeschehen.
Dh. beispielsweise, dass bei einer OP sowohl der Internist als auch der Chirurg 90% verrechnen können“.

Richtig

Wie erfolgt die Verrechnung, wenn eine Zweitoperation durchgeführt wird??
Ist diese ebenfalls mit 90% verrechenbar oder mit 70%???

Wenn nur EINE Fachrichtung operativ tätig wird, gilt 100% für die höhere OP Gruppe und 70% für die zweite OP Gruppe.

Sobald mehrere Fachrichtungen tätig werden, unabhängig ob konservativ oder operativ, gelten die Regelungen über Interdisziplinarität. Also 90% je Operationsgruppe (Erst –und Zweitoperation) und 90% konservatives Honorar

Transferierung

- „neu ist auch, dass bei interdisziplinären Behandlungsfällen im Falle eines Transfers nunmehr anstelle von bisher 80% ein derartiger Aufenthalt zur Gänze mit 100% verrechenbar ist“.
Bitte um genaue Definition: was ist ein „interdisziplinärer Behandlungsfall“ bei einem Transfer, wie ist dies zu verstehen – im Satz vorher heißt es jeweils 90%...??

Siehe Folie 26 der Präsentation

- **A.5.3.5.** Bei interdisziplinären Behandlungsfällen sind die gültigen Honorare je durchführende Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar – Bitte um Beispiel!
(z.B.: *Unfall Braunau, Verlegung Neurologie Ried bei einem Krankheitsgeschehen = 100%?*)

Gilt nur für interdisziplinärer Behandlung UND Transfer!! Bei Transfer von Braunau nach Ried und jeweils nur einer behandelnden Fachrichtung pro Haus: Braunau 90% und Ried 90%

Transferierung

- „Zwei kons. Behandler mit 90% in einem KH und dann wird der Pat. noch transferiert.
Wie müssen wir abrechnen?

Kons. Beh. A 90% des kons. Hon bis zur Übernahme Beh. B

Kons. Beh. B 90% des kons. Hon bis zum Transfer

Transfer in anderes KH-Beh. C 90 % des Hon (operativ oder kons.)

MehrfachOP-Regelung

- Pkt. 2.4.1. chirurgische Fachrichtung

Sind bei der Mehrfachregelung alle Fächer gemeint? (HNO, GYN, URO,...)

Ja

OP-Schema

- Pkt. 15.6. T308 steht noch nicht im OP-Schema 5.1

Pkt. 15.7. T427 steht noch nicht im OP-Schema 5.1

Werden diese Leistung noch im OP-Schema nacherfasst?

Chemotherapien

- Behandlungshonorar EUR 187,00 für Alt und Jung?

Ja

- Stationärer Aufenthalt 2 Tage

Chemotherapie wird nur am 1.Tag verabreicht - Frage: Tarif 1x oder 2x verrechenbar?

1x, warum Aufenthalt 2Tage?

- Stationärer Aufenthalt 3 Tage

Chemotherapie wird am 2.Tag verabreicht – Frage: Tarif 3x verrechenbar?

1x, warum Aufenthalt 3Tage?

- Stationärer Aufenthalt 10 Tage

Chemotherapie wird am 1. Tag verabreicht und verlängerter Aufenthalt wegen Übelkeit und Erbrechen, etc.

Frage: Wie wird das abgerechnet?

Konservativ!

- Stationärer Aufenthalt 4 Tage

1. Tag Port-a-Cath Implantation durch Chirurgen

2. + 3. Tag Chemotherapieverabreichung

4. Tag Nachbetreuung

Frage: Wie wird das abgerechnet?

OP Gruppe 90%

2 Tage Chemo zu 100%

stationär notwendig?

C.13. Elektive diagnostische Coloskopie – Bitte um Erklärung

- Wann ist die OP-Gruppe Y302 bzw. Y401 verrechenbar? Zange = immer Y302? (egal ob akut oder nicht?)
Bsp.: Patient liegt auf Urologie (konservativ), Internist macht Polypektomie mit Zange/Schlinge – könnte man nun Y302/Y401 zu 90% abrechnen sowie 90% des konservativen Behandlungshonorars (URO) – A.8.4.

Ja, aber Dauer des Aufenthaltes nach der Polypektomie wird geprüft, da postoperative Behandlung mit OP Honorar abgegolten, also kons. Hon vor der Polypektomie zu 90% , OP Gruppe III oder IV zu 90% und Prüfung, ob restl. Aufenthaltsdauer postop. Behandlung

C.13. Elektive diagnostische Coloskopie – Bitte um Erklärung

- Pkt. 13.2. Fotodokumentation: auf was soll hier geachtet werden? (*muss Schlinge auf Bild erkennbar sein?, etc.*)

Wenn möglich Farbdokumentation ,Polypen, vor und nach der Abtragung (Abtragungsstelle) bei Schlingenpolypectomie wäre Dokumentation der Schlinge gut.

- Pkt. 13.4. welche „weiteren“ Leistungen (*Ultraschall, MRT, Konsilien, Gastroskopie etc.*) müssen erbracht werden, damit **nicht** die Coloskopie- Pauschale verrechnet werden kann? (*Versicherungen kürzen immer wieder konservativ verrechnete Aufenthalte trotz o.a. Leistungen auf Colo-Pauschale*)
Akutaufnahme: Beispiele? (*Blut im Stuhl oder akute Bauchschmerzen = Akutaufnahme?*)

Der neue Sondergebührenvertrag

Weitere Fragen?