

Beschluss vom 30. Dezember 2011, Nr. 2081

Festlegung des neuen Rückerstattungssystems für die indirekte Betreuung bei Krankenhausaufenthalten (abgeändert mit Beschluss Nr. 1216 vom 14.10.2014 und Beschluss Nr. 211 vom 23.02.2016) (siehe auch Beschluss Nr. 1036 vom 26.09.2017)

Die Landesregierung

Nach Einsichtnahme in den Artikel 33 des [Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001](#) betreffend die indirekte Krankenhausbetreuung zugunsten der Personen, die den Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen haben und beim Landesgesundheitsdienst eingetragen sind und welche in öffentlichen oder privaten Einrichtungen aufgenommen werden, die für die erbrachten Arten von Leistungen mit dem staatlichen Gesundheitsdienst nicht vertragsgebunden sind;

im Finanzgesetz 2012 der Autonomen Provinz Bozen wurde der vorher genannte Artikel 33 des [Landesgesetzes Nr. 7/2001](#) grundsätzlich abgeändert. Dabei wurde auch die Verankerung der Einkommensgrenzen, wie diese von der Landesregierung genehmigt wurde, eingefügt;

mit Bezugnahme auf das Finanzgesetz 2012 der Autonomen Provinz Bozen sowie auf den Absatz 2 des Artikels 33 des [Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7](#) wonach die Landesregierung die Tarife, die Kriterien für den Zugang zur betreffenden Einrichtung und die Fristen für die Einreichung des Antrages sowie die entsprechenden Unterlagen für die Vergütung durch den Sanitätsbetrieb, dem der Betroffene angehört, festlegt;

für notwendig erachtet, nach einer aufmerksamen Analyse des Systems der Rückvergütungen für die indirekte Krankenhausbetreuung, diesbezüglich grundsätzliche Änderungen vorzunehmen.

In Anbetracht dessen, dass:

- das [L.G. Nr. 7/2001](#) sieht im Artikel 33 vor, dass die Rückerstattung für die indirekte stationäre Krankenhausbetreuung von der Landesregierung gemäß einem vorbestimmten Tarif festgelegt wird, der niedriger als jener der direkten Betreuung sein muss;

- die vorliegenden Tarife werden auf der Grundlage einer durchschnittlichen Steigerung der Rückerstattung von +5% aktualisiert, wobei berücksichtigt wird, dass die Tarife der indirekten Betreuung weniger hoch ausfallen als jene, die für die direkt erbrachten Leistungen vorgesehen sind (Art. 33, Abs. 1 [L.G. 7/2001](#));

nach Einsichtnahme in den Beschluss der Landesregierung Nr. 1039 vom 1.8.2011, mit welchem das Landestarifverzeichnis für die stationäre Krankenhausbetreuung von Akutpatienten bei ordentlichem Aufenthalt und in der Tagesklinik aktualisiert wird;

nach Einsichtnahme in das positive Gutachten des Landeskomitees für die Planung im Gesundheitswesen vom 02.12.2011, im Hinblick auf die gegenständlichen Festsetzung der Tarife und zur deren Anwendung.

All dies vorausgeschickt und nach Anhören des Berichterstatters wird von der Landesregierung einstimmig und in gesetzlich vorgesehener Form

beschlossen:

1) für die Beanspruchung der indirekten Krankenhausbetreuung, gemäß Artikel 33 des [Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7](#), in geltender Fassung, die „Durchführungsverordnung betreffend die einheitliche Erhebung von Einkommen und Vermögen“, die mit [Dekret des Landeshauptmannes vom 11. Jänner 2011, Nr. 2](#), erlassen und im Amtsblatt der Region Trentino-Südtirol Nr. 6/1-II vom 8. Februar 2011 veröffentlicht worden ist, anzuwenden;

2) was die in gegenständlicher Regelung verwendeten Begriffe „Faktor der wirtschaftlichen Lage“ (FWL) bzw. „Einheitliche Einkommens- und Vermögenserklärung“ (EEVE) betrifft, wird auf den Artikel 8 bzw. Artikel 3 des [Dekretes des Landeshauptmannes vom 11. Jänner 2011, Nr. 2](#), verwiesen.

3) die folgenden Kriterien und Indikationen für den Zugang zur indirekten Krankenhausbetreuung, gemäß Artikel 33 des [Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7](#) in geltender Fassung anzuwenden:

a) Anrecht auf die Vergütung haben die Personen, welche zum Zeitpunkt der erbrachten Leistung in Südtirol ihren Wohnsitz haben und beim Landesgesundheitsdienst eingetragen sind;

b) entsprechend der Angaben gemäß Artikel 11 des [Dekretes des Landeshauptmannes vom 11. Jänner 2011, Nr. 2](#), fällt die indirekte Krankenhausbetreuung in die erste Ebene;

c) zur Erhebung und Festlegung des Familieneinkommens und -vermögens sowie der entsprechenden Familienmitglieder werden insbesondere die Bestimmungen gemäß den Abschnitten I und II des [Dekretes des Landeshauptmannes vom 11. Jänner 2011, Nr. 2](#), ergänzt und zwar durch die Bestimmungen über die Bewertung des Vermögens laut nachfolgenden Absätzen, angewandt;

d) das Vermögen der Familiengemeinschaft besteht aus der Summe der Immobilien- und Mobiliarvermögen gemäß Artikel 21 bis 25, welche im [Dekret des Landeshauptmannes vom 11. Jänner 2011, Nr. 2](#) enthalten sind;

e) das Vermögen der Familiengemeinschaft wird bis zum Betrag von € 50.000,00 im Ausmaß von 20% und für den überschüssigen Betrag im Ausmaß von 50% bewertet;

f) es werden die Daten der EEEV, welche sich auf die letzte verfügbare Einkommenserklärung oder auf andere Bescheinigungen für denselben Zeitraum bezieht, berücksichtigt;

g) für die Zusicherung der Rückvergütung darf die Familiengemeinschaft des Patienten nicht die wirtschaftliche Situation mit einem Parameter, der über dem Wert 8 liegt, überschreiten;

4) festzulegen, dass im Falle einer Privatversicherung oder anderer anerkannter Entschädigungsformen, welche medizinische Kosten decken, ein Höchstbetrag zusteht, der insgesamt zu der von der Versicherung abgedeckten Quote, nicht den effektiv getragenen und vom Landesgesundheitsdienst anerkannten Betrag übersteigen darf;

5) die Tarife gemäß Anlage 1, welche einen wesentlichen Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses darstellt und die Grundlage der entsprechenden Rückvergütungssätze, so wie diese im Punkt 7 definiert werden, zu genehmigen;

6) die folgenden Rückerstattungsbeträge für die Krankenhausaufenthalte von Akutkranken, die von Krankeneinrichtungen erbracht werden, welche nicht für und zu Lasten des Staatlichen Gesundheitsdienstes tätig sind, zu genehmigen:

GEWÖHNLICHE KRANKENHAUSAUFENTHALTE UND AUFENTHALTE IM DAY HOSPITAL/ DAY SURGERY

Rückerstattung für jeden einzelnen Aufenthalt, nach der DRG-Klassifizierung (Diagnosis Related Groups)

Chirurgische Aufenthalte: -10% (siehe Anlage 1 des gegenständlichen Beschlusses).

Medizinische Aufenthalte: -20% (siehe Anlage des gegenständlichen Beschlusses).

Die Höchstrückvergütungssätze für Geburten gemäß DRG-Tarifsatz in nicht vertragsgebundenen Einrichtungen, werden im Ausmaß von 90% des jeweiligen DRG-Tarifsatzes, so wie sie in der Anlage 1 des gegenständlichen Beschlusses angeführt sind, festgelegt.

DRG	Tipo/Typ	BESCHREIBUNG
370	C	KAISERSCHNITT MIT KOMPLIKATIONEN
371	C	KAISERSCHNITT OHNE KOMPLIKATIONEN

372	M	VAGINALGEBURT MIT KOMPLIKATIONS DIAGNOSE
373	M	VAGINALGEBURT OHNE KOMPLIKATIONS DIAGNOSE
374	C	VAGINALGEBURT MIT STERILISATION U./O. DILATATION UND NACHKÜRETTAGE
375	C	VAGINALGEBURT MIT ANDEREM EINGRIFF, AUSSER STERILISATION U./O. DILATATION UND NACHKÜRETTAGE
376	M	DIAGNOSEN NACH GEBURT U. ABORT, OHNE CHIRURGISCHEM EINGRIFF
377	C	DIAGNOSEN NACH GEBURT U. ABORT MIT CHIRURGISCHEM EINGRIFF
378	M	EKTOPE SCHWANGERSCHAFT
379	M	DROHENDE FEHLGEBURT
380	M	ABORT OHNE DILATATION U. NACHKÜRETTAGE
381	C	ABORT MIT DILATATION U. NACHKÜRETTAGE MITTELS ASPIRATION O. HYSTEROTOMIE
382	M	SCHEINWEHEN
383	M	ANDERE PRÄPARTALE DIAGNOSEN, MIT KOMPLIKATIONEN
384	M	ANDERE PRÄPARTALE DIAGNOSEN, OHNE KOMPLIKATIONEN
385	M	TOTE NEUGEBORENE ODER VERLEGUNG DER NEUGEBORENE IN ANDERE EINRICHTUNGEN FÜR AKUTFÄLLE
386	M	STARK UNREIFE NEUGEBORENE O. MIT SYNDROM FÜR ATMUNGSBELASTUNG
387	M	UNREIFE, MIT SCHWEREN KRANKHEITEN

388	M	UNREIFE, OHNE SCHWERE KRANKHEITEN
389	M	TERMINGERECHTE NEUGEBORENE MIT SCHWEREN KRANKHEITEN
390	M	NEUGEBORENE MIT ANDEREN RELEVANTEN KRANKHEITEN
391	M	UNAUFFÄLLIGES NEUGEBORENES

Der Rückerstattungstarif ist allumfassend.

Ab dem 31° Aufenthaltstag, bzw. dem Grenzwert des spezifischen DRG, wenn dieser höher als 30 Tage ist, wird die Höhe der Rückerstattung wie folgt festgelegt: 92,40 Euro pro Tag.

In Anbetracht der Tatsache, dass die Krankenhauseinrichtungen außerhalb des Landes (die nicht zugunsten und zu Lasten des nationalen Gesundheitsdienstes tätig sind) sowie die Einrichtungen im Ausland, nicht verpflichtet sind, den Krankenhausentlassungsbogen (KEB) auszufüllen und die Aufenthalte nach dem DRG-System (Diagnosis Related Groups) zu klassifizieren, werden die Rückerstattungsbeträge wie folgt festgelegt:

Rückerstattungstarif pro Aufenthaltstag

Chirurgische Aufenthalte: Euro 173,25 mit Ausnahme der Prothesen und der Implantate, die separat erstattet werden, aufgrund folgender Höchstbeträge:

- Totalprothese: bis zu 2.712,15 Euro
- Endoprothese: bis zu 1.356,60 Euro
- Knieprothese: bis zu 4.881,45 Euro
- Gewebetransplantation: bis zu 1.084,65 Euro
- Linsenprothese: 100% des Preises der Prothese.

Medizinische Aufenthalte: 121,80 Euro.

Ab dem 31. Aufenthaltstag, wird der Rückerstattungsbetrag wie folgt festgelegt: für jeden Aufenthaltstag 92,40 Euro pro Tag.

7) Die Rückerstattungsbeträge der Aufenthaltsleistungen für post-akute Patienten werden wie folgt festgelegt:

AUFENTHALTE FÜR POSTAKUTE REHABILITATION UND POSTAKUTE LANGZEITPFLEGE

Rückerstattung nach Aufenthaltstag

Aufenthalte für post-akute Rehabilitation und post-akute Langzeitkranke: 121,80 Euro

Ab dem 31. Aufenthaltstag wird der Rückerstattungsbetrag wie folgt festgelegt: 92,40 Euro pro Tag.

8) Der Zugang zu Aufnahmen in Krankenhauseinrichtungen, welche nicht zugunsten und zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes tätig sind, muss anhand einer Verschreibung des Arztes für Allgemeinmedizin oder eines Facharztes des öffentlichen Gesundheitswesens beziehungsweise eines Facharztes für Pathologien, die in sein Fachgebiet fallen erfolgen, mit Ausnahme der dringenden Fälle, welche bei der Aufnahme vom behandelnden Arzt der Struktur bescheinigt werden müssen.

9). Die Einreichung des Antrages und der entsprechenden Unterlagen für die Vergütung muss innerhalb der Frist von 6 Monaten nach erfolgter Entlassung aus der Einrichtung an den Gesundheitsbezirk, dem der Betroffene angehört, erfolgen. Der zuständige Gesundheitsbezirk muss den Wohnsitz des Antragstellers in der Provinz Bozen und die entsprechende Eintragung im Landesgesundheitsdienst feststellen.

10) Zum Zwecke der Rückerstattung müssen folgende Unterlagen vorgelegt werden:

a) die originalen Spesenbelege mit dem Vermerk über die erfolgte Bezahlung, sowie ein ärztlicher Bericht, aus dem die Diagnose, die Dauer und die Notwendigkeit des Aufenthaltes hervorgeht;

b) die Verschreibung des Arztes für Allgemeinmedizin oder eines Facharztes des öffentlichen Gesundheitswesens wie auch eines Facharztes für Pathologien, die in sein Fachgebiet fallen, mit welcher die Notwendigkeit der Einweisung festgestellt bzw. die Bestätigung des behandelnden Arztes der Struktur beim Eintritt des Patienten erfolgt, falls es sich um einen dringenden Fall handelt.

11) Die gesamte Rückerstattung zugunsten des Patienten kann auf keinen Fall höher als 90% der tatsächlichen Ausgaben, d.h. des Gesamtbetrages der Rechnung/en, sein.

12) Für folgende Pathologien: "Lippen-Kiefer-Gaumenspalte" und „Rheumatismus im Kindesalter" wird die Spesenrückvergütung im Ausmaße von 100% der getragenen Kosten in jenen Zentren, in denen die jeweiligen Gesundheitsleistungen erbracht worden sind, ermächtigt.

13) Das Ministerialdekret 3.11.89 gilt auch für Aufenthalte in hoch spezialisierten öffentlichen und privaten, nicht vertragsgebundenen Einrichtungen in Italien.

14) Für die Pathologien, die im Ministerialdekret 24.1.1990 in geltender Fassung nicht aufgelistet sind, beschließt die Landeskommision für die Entscheidung über die Rekurse, gemäß Art. 33, Absatz 3, des [L.G. 7/2001](#), über Ergänzungsvergütungen zu den vorgesehenen Rückvergütungssätzen, bei hoch spezialisierten Gesundheitseinrichtungen in Italien und im Ausland. Die Rückvergütung wird gemäß den im Ministerialdekret vom 3.11.89 vorgesehenen Prozentsätzen vorgenommen;

15) Für die Gewährung der Rückvergütung, gemäß den vorhergehenden Punkten des gegenwärtigen Beschlusses, mit Ausnahme der Punkte 12, 13 und 14, darf die Familiengemeinschaft des Patienten nicht die wirtschaftliche Situation mit einem Parameter, der über den Wert 8 liegt, überschreiten;

16) Die Krankenhausstrukturen, welche die indirekte Krankenhausbetreuung in der Provinz Bozen anbieten und die Gesundheitsbezirke im Lande müssen das Informationssystem aufgrund der Anwendung dieser Maßnahme anpassen;

17) dieser Beschluss findet mit Inkrafttreten des Finanzgesetzes 2012 der Autonomen Provinz Bozen Anwendung Die Regelung gilt für die Krankenhaus- Aufnahmen, beginnend ab diesem Datum.

18) die vorliegende Maßnahme darf keine Mehrausgaben für die indirekte Betreuung im Vergleich zu den im Jahr 2011 getätigten Ausgaben mit sich bringen. Insofern werden die aus der Aktualisierung der Tarife und der Rückerstattungsbeträge resultierenden Ausgaben vom Jahr 2012 regelmäßig alle drei Monate überwacht. Sollten die im Jahr 2011 getätigten Ausgaben überschritten werden, so wird eine Kürzung der Tarife vorgenommen.

19) vorbehaltlich der Punkte 12) und 14) gelten die Bestimmungen dieses Beschlusses nur für Leistungen, die auf dem Staatsgebiet erbracht werden. Für Gesundheitsleistungen, die in einem anderen EU-Mitgliedstaat erbracht werden, erfolgt die Rückvergütung gemäß den Bestimmungen des gesetzesvertretenden Dekrets vom 4. März 2014, Nr. 38, und des [Landesgesetzes vom 19. Juni 2014, Nr. 4](#).

Anlage 1omissis...