



VEREINBARUNG

abgeschlossen zwischen

**der Ärztekammer für Wien,
der Landeszahnärztekammer Wien**
im folgenden kurz „Ärztekammer bzw Kammer“ genannt

und

dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
für die in Punkt 10 genannten,
die Krankenversicherungen betreibenden Versicherer,
im folgenden kurz "Krankenversicherer" genannt, andererseits

Die im Anhang befindlichen Anlagen sind integrierender Bestandteil der Vereinbarung

- Anlage I: Honorarvereinbarung für Aufnahmen ab 1.7.2013 inklusive Sideletter vom 02.07.2013
- Anlage II: Operationsgruppenschema 2006 Version 3.2.
- Anlage III: Verrechnungsmodus ärztlicher Honorare
- Anlage IV: Stationäre Sondervereinbarung über definierte verweildauerunabhängige Leistungen (derzeit nicht in Kraft)
- Anlage V AG/R/P- Vereinbarung
- Anlage VI: Schlichtungsordnung
- Anlage VII: Datenaustauschvereinbarung

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel	3
1. Gegenstand der Vereinbarung	3
2. Geltungsbereich der Vereinbarung	3
3. Allgemeines.....	4
4. Verrechnung.....	5
5. Honorare	10
6. Zusätzliche Verrechenbarkeit	11
7. Medizinische Unterlagen u. verwaltungsmäßige Auskünfte ..	12
8. Schlichtungsklausel	13
9. Dauer und Übergangsbestimmungen	13
10. Umfängliche Gültigkeit	14
11. Schlussbestimmungen.....	14

Anlagen: siehe Deckblatt

Präambel

Soweit die in der Vereinbarung angeführten Verpflichtungen nur die Krankenanstalten betreffen, erklärt sich die Ärztekammer zur bestmöglichen Unterstützung bei der entsprechenden Umsetzung bereit.

1. Gegenstand der Vereinbarung

1.1. Direktverrechnung

Gegenstand dieser Vereinbarung ist – im Falle von entsprechend versicherten Personen – die Direktverrechnung medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlungen zwischen den Krankenversicherern einerseits und den Ärzten¹ andererseits. Ambulante Heilbehandlungen sind ohne diesbezügliche Sondervereinbarung nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

1.2. Medizinische Notwendigkeit

Ob eine stationäre Heilbehandlung in der Krankenanstalt „medizinisch notwendig“ ist, ist ausschließlich nach objektiven medizinischen Maßstäben zum Zeitpunkt der Aufnahme zu beurteilen. Diese Beurteilung aus der Sicht des aufnehmenden Arztes ist entsprechend zu dokumentieren, sodass die Notwendigkeit in einer ex post-Prüfung nachvollziehbar ist.

1.3. Definition Heilbehandlung

„Heilbehandlung“ ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern (siehe auch Punkt 3.2.).

2. Geltungsbereich der Vereinbarung

2.1. Krankenanstalten ohne Belegarztsystem

Diese Vereinbarung gilt für alle Heilbehandlungen im Sinne des Punktes 1 in Krankenanstalten in Wien, soweit diese über eine aufrechte Direktverrechnungsvereinbarung mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs verfügen.

2.2. Krankenanstalten mit Belegarztsystem

Die Vertragspartner verpflichten sich darüber hinaus, mit Wiener Krankenanstalten mit Belegarztsystem hinsichtlich der ärztlichen Honorare nur Vereinbarungen abzuschließen, die eine Anwendung der Honorarregelungen und Tarife dieser Vereinbarung beinhalten.

¹ Die im Vertragstext verwendeten männlichen Formulierungen beziehen sich auf Männer und Frauen gleichermaßen.

2.3. Hausrücklässe, Infrastrukturbeiträge o.ä.

Individuelle oder gesetzliche Regelungen von leitenden Ärzten oder Belegärzten über Hausrücklässe, Infrastrukturbeiträge, etc. sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

2.4. Honorarberechtigung

2.4.1. Honorarberechtigte Ärzte

Die Ärztekammer für Wien hat darauf zu achten, dass in einer Krankenanstalt alle gemäß Wr. KAG honorarberechtigten Ärzte sich den Regelungen dieser Vereinbarung unterwerfen. Sie wird hinsichtlich der Honorarberechtigung in der Sonderklasse gemäß Wr. KrankenanstaltenG in Krankenanstalten der Stadt Wien, inklusive AKH Wien dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs auf dessen Verlangen bzw. auf Verlangen einzelner Versicherungsunternehmen entsprechende schriftliche Unterlagen für jeden Honorarberechtigten zur Verfügung stellen, die schriftlich belegen, dass dieser honorarberechtigt gemäß Wr. KAG ist und sich den Regelungen der Direktverrechnung gemäß dieser Vereinbarung unterwirft.

2.4.2. Informationspflicht bei fehlender Honorarberechtigung

Sollte aus welchen Gründen immer in einer Krankenanstalt der Stadt Wien inklusive AKH Wien an einer Abteilung oder einem Institut kein Honorarberechtigter gegeben sein, so hat die Ärztekammer für Wien die Krankenversicherer unverzüglich zu informieren. Die Ärztekammer für Wien wird bei einer allfälligen Verletzung der unverzüglichen Informationspflicht die Krankenversicherer schad- und klaglos halten.

3. Allgemeines

3.1. Umfang des Versicherungsschutzes:

Die Verrechenbarkeit von Leistungen zwischen den Vertragspartnern hängt vom jeweiligen individuellen Versicherungsvertrag der versicherten Person (Patient) mit dem Krankenversicherer ab. Die Information der versicherten Person (Patient) über den Umfang ihres (individuellen) Versicherungsschutzes obliegt dem jeweiligen Krankenversicherer.

3.2. Ausnahmen vom Versicherungsschutz

Vom Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherer sind insbesondere ausgeschlossen:

- Kosmetische Behandlungen (ausgenommen nach Unfällen)
- Maßnahmen der Rehabilitation
- Pflegefälle
- Behandlungen in Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften
- Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung

Darüber sind die versicherten Personen vom Krankenversicherer informiert.

3.3. Definition Sonderklasse:

Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen. (§ 32 Abs. 4 Wiener Krankenanstaltengesetz).

4. Verrechnung

4.1 Allgemeines zur Kostenübernahmeerklärung

Die Krankenversicherer verpflichten sich nach Maßgabe der im Rahmen dieser Vereinbarung abgegebenen Kostenübernahmeerklärung (für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in der Sonderklasse) zu einer direkten Verrechnung gegenüber den Ärzten hinsichtlich der ärztlichen Honorare im Wege einer Verrechnungsstelle („Direktverrechnung“). Die Kostenübernahmeerklärung wird unter Zugrundelegung der Angaben der Krankenanstalten gemäß Punkt 4.3 sowie unter der Bedingung abgegeben, dass eine medizinische Notwendigkeit für die stationäre Heilbehandlung gegeben ist.

4.2. Umfang der Kostenübernahmeerklärung

Der Umfang der Kostenübernahme beläuft sich je nach Tarif bzw. je nach Versicherungsvertrag auf:

4.2.1. Übernahme der Kosten für die Unterbringung von versicherten Personen, die nicht sozialversichert sind, in einem Zweibett-Sonderklassezimmer.

4.2.2. Übernahme der Kosten für die Unterbringung von versicherten Personen, die nicht sozialversichert sind, in der allgemeinen Gebührenklasse.

4.2.3. Übernahme der Aufzahlungskosten für die Unterbringung von versicherten Personen, die sozialversichert sind, in einem Zweibett-Sonderklassezimmer.

4.2.4. Übernahme des Einbettzimmerzuschlages.

4.2.5. Übernahme der Kosten entsprechend einem der Punkte 4.2.1. bis 4.2.4. unter Abzug eines in der Kostenübernahmeerklärung festzulegenden Selbstbehaltes.²

4.2.6. Kostenübernahme für die Begleitperson.

4.2.7. Übernahme der eingeschränkten Kosten gemäß Punkt 4.2.1. bis 4.2.6. bei nicht kostendeckenden Versicherungsverträgen, sofern nicht in den Vereinbarungen mit den jeweiligen Rechtsträgern der Krankenanstalten vorgesehen ist, dass derartige Kostenübernahmeerklärungen nicht mehr ausgestellt werden.

² Nach erfolgter funktionstüchtiger Realisierung von EDILEIST werden diese durch die Krankenversicherer eingehoben.

4.3. Anforderung und Zusendung der Kostenübernahmeerklärung

Die Kostenübernahmeerklärung kann von der versicherten Person noch vor dem Krankenhausaufenthalt eingeholt und der Krankenanstalt anlässlich der stationären Aufnahme vorgelegt werden. Anderenfalls muss (mit Ausnahme des Punktes 6.2.5.) die Kostenübernahmeerklärung von der Krankenanstalt anlässlich der Aufnahme vom Krankenversicherer fernschriftlich, schriftlich oder auf elektronischem Wege³ angefordert werden.

Die Krankenversicherungen werden die Krankenanstaltenträger anhalten, Ablehnungen und Widerrufe von Kostenübernahmeerklärungen an die honorarberechtigten bzw. einweisenden Ärzte weiterzuleiten.

Hierbei sind folgende Angaben erforderlich:

- Krankenanstalt (Identifikationsnummer),
- Leistungserbringer (aufnehmende Abteilung oder Klinik; bei elektronischer Verrechnung: honorarberechtigter Arzt mit Identnummer und Fach)
- Patient (sofern bekannt Polizzen- und Sozialversicherungsnummer, Vor- und - Familienname, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum, Begleitperson),
- Aufnahmedaten (Aufnahmezahl, Datum, Gebührenklasse),
- Medizinische Daten (Aufnahmediagnose, Aufnahmegrund zur notwendigen stationären Heilbehandlung)

Unter Zugrundelegung dieser Angaben verpflichten sich die Krankenversicherer unverzüglich, d.h. nach Möglichkeit am Tage der Anforderung, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Anforderung folgenden Werktages (außer Samstag), fernschriftlich, schriftlich oder auf elektronischem Wege⁴ entweder die Kostenübernahmeerklärung zuzusenden, nähere Informationen bei der Krankenanstalt einzuholen oder mitzuteilen, dass ein Leistungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag nicht besteht.

4.4 Fristenhemmung bei Informationseinholung

Wenn zur Beurteilung der Kostenübernahme seitens des Krankenversicherers von der Krankenanstalt zusätzliche Informationen eingeholt werden, wird die Frist für die Abgabe der Stellungnahme des Krankenversicherers bis zur Erteilung der Information gehemmt. Nach Eingang der vollständigen Informationen ist die Stellungnahme wie vorstehend (Punkt 4.3.) abzugeben.

4.5. Änderung der Diagnose

4.5.1. Information an Krankenversicherer

Wenn sich nach Abgabe der Kostenübernahmeerklärung die Diagnose wesentlich verändert und somit nicht mehr der Kostenübernahmeerklärung entspricht, wird die Krankenanstalt den Krankenversicherer hierüber umgehend informieren.

³ Nach erfolgter funktionstüchtiger Realisierung von EDIKOST gilt ausschließlich die elektronische Anforderung.

⁴ Nach erfolgter funktionstüchtiger Realisierung von EDIKOST erfolgt diese Kommunikation ausschließlich auf elektronischem Weg.

4.5.2. Widerruf der Kostenübernahmeerklärung bei versicherungsvertraglichem Leistungsausschluss

Fällt die gem. Pkt. 4.5.1. – nicht mehr der Kostenübernahmeerklärung entsprechende - Diagnose unter einen versicherungsvertraglichen Leistungsausschluss zwischen dem Krankenversicherer und dem Versicherten (siehe auch Punkt 6.2.1.) kann der Krankenversicherer die Kostenübernahmeerklärung widerrufen.

Der Widerruf gilt ex tunc, wenn diese - nicht mehr der Kostenübernahmeerklärung entsprechende - diagnostizierte Erkrankung bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme vorlag. Andernfalls gilt der Widerruf ab dem Zeitpunkt der festgestellten Diagnoseänderung. Ab der Wirksamkeit des Widerrufs ist die Direktverrechnungsvereinbarung nicht anwendbar.

Die Kostenverrechnung erfolgt hierfür direkt zwischen den Ärzten und den Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern.

Zu unterscheiden von diesen individuellen versicherungsvertraglichen Leistungsausschlüssen sind Gründe, die den Krankenversicherer zu einer Rechnungskürzung oder Nichtanerkennung (z.B. mangelnde stationäre Notwendigkeit) der Verrechnung veranlassen. Ein Widerruf der Kostenübernahmeerklärung ist in solchen Fällen nicht erforderlich, da die Kostenübernahmeerklärung ohnehin nur bedingt abgegeben wurde (siehe Punkt 4.1.). In diesen Fällen ist ausschließlich gemäß Punkt 4.8.8 (Einspruch bei Rechnungskürzungen oder –streichungen) vorzugehen.

4.6. Verlängerung der Kostenübernahmeerklärung

Wurde eine Kostenübernahmeerklärung befristet abgegeben und ergibt sich aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit einer Verlängerung der stationären Heilbehandlung, so ist spätestens am letzten Werktag (außer Samstag) der Befristung eine Verlängerung der Kostenübernahmeerklärung anzufordern. Der Krankenversicherer hat die Anforderung dieser Kostenübernahmeerklärung nach den oben festgelegten Grundsätzen zu behandeln.

4.7. Information an Patienten

Die Krankenanstalt wird die Patienten bzw. deren Angehörige – im Sinne einer reinen Serviceleistung – in geeigneter Weise über die Art der Kostenübernahme des Versicherers sowie darüber informieren, ab wann der Krankenversicherer die Kosten nicht, nicht mehr oder nicht (mehr) in voller Höhe übernimmt. Durch die Übernahme dieser reinen Serviceleistung entsteht kein wie immer geartetes Rechtsverhältnis. Durch eine fallweise Nichtübernahme dieser reinen Serviceleistung erwächst dem Krankenhaus und den betroffenen Ärzten kein wie immer gearteter Nachteil.

4.8. Rechnungslegung

4.8.1. Zeitpunkt der Rechnungslegung

Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt nach der Entlassung des Patienten aus der Krankenanstalt. Bei einem mehrzeitigen Behandlungskonzept (Anlage I, Pkt. B. 1.2.) erfolgt die Rechnungslegung für Folgeaufenthalte innerhalb eines Zeitraums von 3 Monaten ab dem ersten Tag des Behandlungszyklus unter Berücksichtigung der relevanten Bestimmungen über die maximale Verrechenbarkeit von Leistungen.

4.8.2. Zahlungsfrist

Die Zahlungsfrist entspricht der jeweiligen Vereinbarung mit den Krankenanstalten (maximal 4 Wochen ab Einlangen der kompletten Abrechnungsunterlagen beim Krankenversicherer).

4.8.3. Einholung weiterer Informationen

Ergeben sich bei der Bearbeitung der Abrechnungsunterlagen durch den Krankenversicherer Unklarheiten, fordert der Krankenversicherer notwendige weitere Informationen bei der rechnungslegenden Stelle an. Diese Anforderung versteht sich dabei in der Regel als einmalige Anforderung pro Rechnungslegung. Ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser angeforderten Informationen gilt eine besondere Zahlungsfrist von 2 Wochen als vereinbart.

4.8.4. Unvollständige Unterlagen

Systematisch unvollständige Abrechnungsunterlagen bzw systematisch den formalen (im Sinne von nicht-medizinischen) Kriterien der Vereinbarung widersprechend erstellte Rechnungen können nach entsprechendem schriftlichen Hinweis (bei gleichzeitiger Übermittlung einer Kopie an die Ärztekammer für Wien) durch den Krankenversicherer bei Fortsetzung des vereinbarungswidrigen Verhaltens zur Vervollständigung bzw. Berichtigung an die jeweils rechnungslegende Stelle zurückgesandt werden. Dies gilt insbesondere auch für Nichtberücksichtigung von interdisziplinären Verrechnungsregeln (ohne Krankenhaus-Transferierungen).

4.8.5. Inhalt der Abrechnungsunterlagen

- a) Polizzenummer
- b) Familien- und Vorname sowie Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten
- c) Sozialversicherungsträger und -nummer
- d) Aufnahmezahl (AZ-Nummer)
- e) Aufenthaltsdauer (Anzahl der Pflgetage und Datum des Aufnahme- und Datum des Entlassungstages);
- f) Entlassungsart (Entlassung aus dem Krankenhaus, Transfer in eine andere Krankenanstalt oder Sterbefall);
- g) Haupt- und Zusatzdiagnosen gemäß dem jeweils gültigen ICD-Code;
- h) Art des operativen Eingriffes bzw. durchgeführte Behandlung (Verrechenbare MEL / Entlassungsbericht und bei Operationen zusätzlich Op-Bericht/)
- i) Detaillierte Darstellung unter Angabe aller Einzelpositionen der Honorare (inkl. Name und Fachrichtung der behandelnden Ärzte).

4.8.6. Fristhemmung

Ergeben sich bei der Abrechnung Unklarheiten, tritt vom Tage der Anforderung der erforderlichen Informationen durch den Krankenversicherer bis zum Zeitpunkt der Übermittlung dieser Informationen an den Krankenversicherer Fristhemmung ein.

4.8.7. Verzugszinsen

Im Falle eines Zahlungsverzuges können Verzugszinsen für den aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag in Höhe von 3 % p.a. über dem zum Rechnungsdatum⁵ gültigen, von der ÖNB veröffentlichten 3-Monats-EURIBOR in Rechnung gestellt werden. Allfällige für den Leistungserbringer günstigere Zinsenregelungen in den Verträgen zwischen dem Krankenversicherer und der Gemeinde Wien gelten auch für diese Vereinbarung. Die Zinsanpassung hat quartalsweise zum 01.01., 01.04., 01.07. und 01.10. eines jeden Jahres zu erfolgen. Sofern diese Stichtage auf keinen Bankwerktag fallen, ist der für den darauf folgenden Bankwerktag geltende Satz maßgeblich.

4.8.8. Einspruch bei Rechnungskürzungen oder –streichungen

a) Erfolgt die Bezahlung der Rechnung durch den Krankenversicherer nicht wie vorgelegt (nur teilweise oder gar nicht), so sind vom Krankenversicherer die Gründe anzugeben und die rechnungslegende Stelle innerhalb einer Frist von 3 Monaten ab Rechnungsdatum zu informieren. Dagegen kann innerhalb einer Frist von 6 Monaten ab Rechnungsdatum seitens der rechnungslegenden Stelle Einspruch erhoben werden (sh dazu Pkt. 4.8.8.b). Es gilt somit unter der Voraussetzung, dass die Rechnung innerhalb von 4 Wochen ab Rechnungsdatum dem Krankenversicherer vorliegt, diese als akzeptiert, wenn innerhalb von 3 Monaten ab Rechnungsdatum keine nachvollziehbare Bemängelung der Rechnung durch den Krankenversicherer erfolgt.

b) Der Einspruch durch die rechnungslegende Stelle hat beim betroffenen Krankenversicherer zu erfolgen. Die Vertragspartner werden sich hierauf bilateral bemühen, einen Konsens zu erzielen. Wird bilateral keine Einigung erzielt, kann der beeinspruchte Aufenthalt von beiden Vertragspartnern binnen einer Frist von 12 Monaten ab Rechnungsdatum unter Beilage der vollständigen Abrechnungsunterlagen der Schlichtungsstelle (siehe Punkt 8.) vorgelegt werden.

c) Erfolgt innerhalb der in Punkt 4.8.8. a) genannten Frist von 6 Monaten ab Rechnungsdatum seitens der rechnungslegenden Stelle kein Einspruch, gilt die vom Krankenversicherer vorgenommene Rechnungserledigung als von den Vertragspartnern akzeptiert.

d) Weitere Forderungen, Kürzungen bzw. Rückforderungen (ausgenommen Nachtragsrechnungen in Einzelfällen gemäß Punkt 4.8.9.) aus dem jeweiligen Aufenthalt sind für die Vertragspartner nicht zulässig und somit gilt die Rechnungslegung für diesen Aufenthalt als abgeschlossen.

4.8.9. Nachtragsrechnungen

Im Allgemeinen sind gem. Pkt. 4.8.5. dem Krankenversicherer vollständige Abrechnungsunterlagen zu übermitteln. Nachtragsrechnungen sind nur in Einzelfällen zulässig. Erfolgt für einen Aufenthalt, für den bereits eine Rechnungslegung beim betroffenen Krankenversicherer vorgenommen wurde,

⁵ Definition Rechnungsdatum:

- vor EDILEIST-Realisierung: Entlassungsdatum + fünf Wochen (ausgenommen die Rechnungslegung erfolgt danach, dann gilt das Datum dieser Rechnungslegung)

- ab EDILEIST-Realisierung: Eingangsdatum beim KV (Bestätigungsvermerk)

eine Nachtragsrechnung, so reduziert sich die Nachtragsrechnung wegen des zusätzlichen Aufwandes beim Krankenversicherer um einen Betrag in der Höhe eines Konsiliums. Nachtragsrechnungen unter diesem Betrag werden weder dem Krankenversicherer noch dem Patienten in Rechnung gestellt. Nachtragsrechnungen, die nach Ablauf einer Frist von 6 Monaten ab Erstrechnungsdatum beim Versicherer einlangen, sind nicht zulässig.

4.9. Elektronische Verrechnung

Detaillierte Bestimmungen über die elektronische Verrechnung ärztlicher Honorare in den diversen Krankenanstalten werden in gesonderten Anlagen (Anlagen III und VII) geregelt.

5. Honorare

5.1. Umfang/Allgemeines

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens des Krankenversicherers eine Kostenübernahmeerklärung gemäß Punkt 4.2. abgegeben wurde, können honorarberechtigte Ärzte folgende Beträge verrechnen:

5.1.1 Honorare gemäß den in der Anlage I vereinbarten Honorarregelungen

5.1.2. Die Einreihung der Operationen/Interventionen erfolgt nach einem Operationsgruppenschema (Anlage II)

5.2. Verrechenbarkeit

Leistungen sind nur verrechenbar (gesonderte Regelung für Konsilien gemäß Anlage I Pkt. A. 8), soweit sie im Sinne des Punktes 1. indikationsgerecht für diagnostische oder therapeutische Maßnahmen geleistet werden die im Zusammenhang mit der stationären Aufenthalt begründenden Diagnose und/oder Therapie medizinisch notwendig und entsprechend dokumentiert sind.

5.3. Behandlungen

Operationen/Eingriffe und Interventionen sind vom, dem Patienten gegenüber namhaft gemachten Facharzt durchzuführen; Operationen, bei denen Turnusärzte und in Ausbildung zum Facharzt befindliche Ärzte federführend sind (Teaching OPs), werden nur bezahlt, wenn der Versicherte darüber im vorhinein aufgeklärt wurde und seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

5.4. Anteiliger Kostenersatz durch Dritte

Die von einem öffentlichen Träger der Sozialversicherung, Fonds oder anderen Kostenträgern an die behandelnden Ärzten geleisteten Vergütungen, die Ersätze für die Inanspruchnahme der Sonderklasse sind, sind von den in den Anlagen zu dieser Vereinbarung festgesetzten Beträgen in Abzug zu bringen. Dem privaten Krankenversicherer ist dann nur der verbleibende Differenzbetrag in Rechnung zu stellen.

6. Zusätzliche Verrechenbarkeit

6.1. Grundsätzliches Verrechnungsverbot

6.1.1. Über diese Vereinbarung samt Anlagen hinausgehende Honorare dürfen dem Krankenversicherer nicht in Rechnung gestellt werden. Bei aufrechter Direktverrechnungsvereinbarung dürfen im Rahmen des Geltungsbereiches dieser Vereinbarung der versicherten Person (Patient/Unterhaltspflichtigen) keine Beträge (mit Ausnahme der in Punkt 6.2. genannten) in Rechnung gestellt werden. Dies gilt insbesondere auch für jede Art von Abgeltung für Medikamente, therapeutische Heilbehelfe, Hilfsmittel etc., die während einer solchen Heilbehandlung verwendet werden und dieser zugehörig sind.

6.1.2. Differenzhonorare zwischen den Forderungen des Arztes und den vertraglich nach Befassung der Schlichtungsstelle abrechenbaren Honoraren, dürfen vom Arzt der versicherten Person (Patient/Unterhaltspflichtigen) nicht in Rechnung gestellt werden. Diese sind ggf. klagsweise vom Arzt gegenüber der Versicherung zur Klärung der Ansprüche geltend zu machen (sh dazu Punkt 8.3).

Nach bilateralen Einigungen zwischen honorarberechtigtem Arzt und jeweiligem Krankenversicherer ist generell keine Honorarvorschreibung an die versicherte Person (Patient/Unterhaltspflichtigen) möglich.

6.1.3. Hat der Krankenversicherer eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben (und wurde diese in weiterer Folge nicht widerrufen), ist bei Differenzen über auf diese Vereinbarung gestützte Forderungen ausnahmslos nach Punkt 8. vorzugehen; dies gilt auch nach Verweigerung der Verlängerung einer befristet abgegebenen Kostenübernahmeerklärung.

6.2. Ausnahmen

Eine Rechnungslegung an die versicherte Person (Patient/Unterhaltspflichtigen) ist nur unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

6.2.1. bei Ablehnung der (weiteren) Kostentragung durch die Krankenversicherer aus Gründen, die das individuelle Vertragsverhältnis zwischen Krankenversicherer und versicherter Person (Patient) betreffen (z.B.: Leistungsausschlüsse, keine oder unvollständige Deckung der Kosten, Deckungsmängel udgl., siehe auch Punkt 4.5.2.);

6.2.2. bei Pflegegebühren (Pflegekosten-) Ersätze oder allenfalls LKF Gebühren, deren Bezahlung die soziale Krankenversicherung verweigert oder die diese nicht direkt mit der Krankenanstalt verrechnet;

6.2.3. bei Vorschreibung von allfälligen Kostenbeiträgen für den Patientenentschädigungsfonds durch die Krankenanstalt;

6.2.4 Differenzkosten auf Rechnungsbeträge laut Punkt 5.1. bei eingeschränkten Kostenübernahmen gemäß Punkt 4.2.7.

6.2.5. für Untersuchungen und Behandlungen, die keine stationäre Aufnahme/Durchführung erfordern, sondern auch ambulant vorgenommen werden können, vom Patienten (Unterhaltspflichtigen) jedoch trotz diesbezüglicher mündlicher und schriftlicher vorheriger Aufklärung ausdrücklich unter stationären Bedingungen gewünscht werden. Der Patient/Unterhaltspflichtige hat diese Aufklärung schriftlich

zu bestätigen sowie der Kostenverrechnung an ihn zuzustimmen. Kann eine entsprechende Aufklärung nicht nachgewiesen werden ist eine Verrechnung des stationären Aufenthaltes weder an die versicherte Person (Patient/Unterhaltspflichtigen) noch an den Krankenversicherer möglich;

6.2.6. bei zusätzlichen nichtmedizinischen Leistungen, die vom Patienten (Unterhaltspflichtigen) geordert werden und über das vertraglich vereinbarte Maß hinausgehen.

6.2.7. bei Widerruf der Kostenübernahmeerklärung gemäß Punkt 7.5.

7. Medizinische Unterlagen und verwaltungsmäßige Auskünfte

- 7.1. Der jeweilige Krankenversicherer verpflichtet sich, anlässlich des Abschlusses des Versicherungsvertrages von der versicherten Person eine schriftliche Ermächtigung darüber einzuholen, bei Krankenanstalten und Ärzten alle mit ihrem individuellen Versicherungsschutz in Zusammenhang stehenden Auskünfte einholen zu dürfen.
- 7.2. Den Krankenversicherern werden alle erforderlichen verwaltungstechnischen und medizinischen Informationen betreffend die Kostenübernahmen und/oder Verrechnung kostenfrei zur Verfügung gestellt.
- 7.3. Sofern für diese Informationen über Punkt 7.1. hinausgehende datenschutzrechtliche Zustimmungserklärungen erforderlich sind, werden zu deren Erhalt die Krankenversicherer mit den Krankenanstalten die diesbezügliche Vorgangsweise vereinbaren.
- 7.4. Die Vertragspartner halten fest, dass den Krankenversicherern aufgrund der Versicherungsverträge die Prüfung des stationären Aufenthaltes eingeräumt ist. Davon erfasst ist, dass bei Vorliegen der entsprechenden datenschutzrechtlichen Voraussetzungen ein Vertrauensarzt des jeweiligen Krankenversicherers den Patienten in der Krankenanstalt besucht, mit dem Hauptbehandler Gespräche führt, und in die erforderlichen Unterlagen bei kurzfristiger Terminvereinbarung Einsicht nehmen kann, weiters dass die Krankenversicherer ihren Besuchsdienst in die Krankenanstalten entsenden.
- 7.5. Verweigert oder widerruft ein Patient/gesetzlicher Vertreter eine datenschutzrechtlich erforderliche Zustimmungserklärung, ist der Krankenversicherer berechtigt, eine bereits abgegebene Kostenübernahmeerklärung für den davon betroffenen Aufenthalt zu widerrufen. Die Kostenverrechnung erfolgt hierfür direkt zwischen der Krankenanstalt bzw. den Ärzten und den Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern (Punkt 6.2.7.).
- 7.6. Sollte eine Rechnungsprüfung mangels dafür erforderlicher Unterlagen, deren Übermittlung bei Abschluss dieser Vereinbarung üblich war, aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht mehr zulässig sein, sind über Art und Umfang der Fortführung der Vereinbarung unverzüglich Gespräche aufzunehmen.

8. Schlichtungsklausel

8.1. Bestehen zwischen dem rechnungslegenden Arzt und dem betroffenen Krankenversicherer Differenzen über auf diese Vereinbarung gestützte Forderungen, so werden diese zwischen den beiden ausgetragen. Kommt es zu keiner Einigung, wird der Fall innerhalb der in Punkt 4.8.8.b) festgelegten Frist der Schlichtungsstelle, die zwischen den Vertragspartnern eingerichtet ist, vorgelegt. Die Schlichtungsstelle kann nach Bedarf von beiden Vertragspartnern einberufen werden. Ab Einberufung ist der Fall bei Vorliegen aller erforderlichen Informationen tunlichst innerhalb einer Frist von 6 Monaten zu erledigen. Die Schlichtungsstelle wird paritätisch mit Mitgliedern der Vertragspartner besetzt. Die Schlichtungsstelle kann Entscheidungen nur einvernehmlich treffen.

8.2. Die Krankenversicherer werden unstrittige bzw. von der Schlichtungsstelle 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) und Vorliegen der Rechnung zu laufen.

8.3. Bestehen zwischen einem Krankenversicherer und einzelnen Ärzten Differenzen über Honorarforderungen nach dieser Vereinbarung bzw. deren Anlagen, so hat jeder einzelne betroffene Arzt das Recht, seine Forderungen gegenüber dem Krankenversicherer gerichtlich direkt geltend zu machen, sofern das Schlichtungsverfahren gemäß § 5 der Anlage VI abgeschlossen ist und noch daraus resultierende Honorarforderungen des Arztes bestehen. Die in Punkt 10 genannten Krankenversicherer verzichten in diesem Verfahren auf die Einrede der mangelnden passiven Klagslegitimation; der betroffene Arzt verzichtet darauf, dem Patienten (Unterhaltspflichtigen) eine Rechnung zu stellen bzw. diesen direkt (mit) zu klagen.

8.4. Ab dem Zeitpunkt der Antragstellung bei der Schlichtungsstelle ist die Verjährung gehemmt. Eine Verjährung tritt jedenfalls ein Jahr nach schriftlicher Ausfertigung der Entscheidung der Schlichtungsstelle ein.

8.5. Diese Vereinbarung zielt darauf ab, privatversicherte Patienten nicht mit den Verrechnungsmodalitäten ihrer Aufenthalte zu belasten (ausgenommen Pkt 6.2 und Zeugenladungen gem. Pkt. 8.3.). Einvernehmen besteht darüber, dass ausschließlich dann über allfällige Verrechnungsdifferenzen informiert wird, wenn dies auf Anfragen des Patienten geschieht. Diese Information hat in sachlicher Art und Weise zu erfolgen.

9. Dauer und Übergangsbestimmungen

9.1. Dauer

Diese Vereinbarung samt Anlagen hat Gültigkeit für Aufnahmen ab 01.07.2013 bis 31.03.2018. Für den Zeitraum 01.03.2013 bis 30.06.2013 gelten die Bestimmungen der bisherigen Direktverrechnungsvereinbarung. Bei Wegfall der Direktverrechnungsvereinbarung verlieren jedenfalls auch die Anlagen ihre Gültigkeit.

9.2. Übergangsbestimmungen

Die vor Ablauf der Vereinbarung stationär aufgenommenen Patienten werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet.

Sollte durch einen der Vertragspartner bis zum Ende der Vereinbarung kein Einvernehmen über den Abschluss einer neuen Vereinbarung oder die Verlängerung oder Abänderung der bestehenden Vereinbarung erzielt werden, hat jeder Partner das Recht, bis zum 31.03.2018 die Verlängerung der Vereinbarung einschließlich der Anlagen auf einen weiteren Monat anzuzeigen. Die Vereinbarung inklusive aller Anlagen bleibt in diesem Fall in unveränderter Form einen Monat weiter in Kraft.

10. Umfängliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die versicherten Personen folgender privater Krankenversicherer:

- Allianz-Elementar Versicherung AG
- DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group
- Generali Versicherung AG
- Merkur Versicherung AG
- MuKi Versicherung auf Gegenseitigkeit
- UNIQA Österreich Versicherungen AG
- WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group

11. Schlussbestimmungen

11.1. Umsatzsteuer

Kommt es zu einer gesetzlichen Änderung der Umsatzsteuerfreiheit oder Umsatzsteuerpflicht, die zulasten einer der beiden Vertragspartner geht, haben die vereinbarten Beträge laut Anlagen zwar weiterhin Gültigkeit, jedoch sind zwischen den Vertragspartnern Gespräche über die Neufestsetzung der Beträge aufzunehmen.

11.2. 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 verpflichten sich die Vertragspartner, die betroffene Bestimmung durch eine neue Regelung zu ersetzen, die der ursprünglichen Bestimmung wirtschaftlich am nächsten kommt.

11.3. 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.

11.4. Ausfertigungen

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

Wien, am 02.07.2013

Für die Ärztekammer für Wien

Für den Verband der
Versicherungsunternehmen Österreichs
Sektion Krankenversicherung

Präsident
ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

Dr. Peter Eichler Dr. Ulrike Braumüller

Für die Zahnärztekammer

Präsident
OMR DDr. Hannes Westermayer