

**Vereinbarung über die Erbringung von stationär
ersetzenden Operations-Leistungen im ambulanten,
niedergelassenen Bereich
(Rahmenvereinbarung)**

abgeschlossen
zwischen

der Ärztekammer für Kärnten, Kurie Niedergelassene Ärzte

im folgenden kurz „Ärztekammer“ genannt

und dem

**Verband der
Versicherungsunternehmen Österreichs für die in Pkt. 11
genannten die Krankenversicherung betreibenden
Versicherungsunternehmen**

im folgenden kurz "Krankenversicherer" genannt

Die im Anhang befindlichen Anlagen I-VI sind integrierender Bestandteil der Vereinbarung:

- Anlage I: Honorarvereinbarung
- Anlage II: Operationsgruppenschema
- Anlage III: Interpretations- und Auslegungsrichtlinien
- Anlage IV: Richtlinien für Patientenbetreuung
- Anlage V: Muster Rechnungsformblatt
- Anlage VI: Muster Beitrittserklärung

Präambel

Eine Direktverrechnung von in dieser Vereinbarung umfassten Leistungen mit den Krankenversicherern ist ausgeschlossen, wenn der §2-Kassen-Vertragsarzt diese und damit im Zusammenhang stehende Leistungen mit der Gebietskrankenkasse abrechnet. Die Ärztekammer wird die der Vereinbarung beigetretenen Ärzte darüber informieren.

Die beitretenden Ärzte erklären mit der Beitrittserklärung, die Krankenversicherer für sämtliche Ansprüche, die möglicherweise auf Grund einer allfälligen Verletzung der Abrechnungsmodalitäten gegen sie erhoben werden, klag- und schadlos zu halten.

Bei der Erstellung des Leistungsverzeichnisses wurde darauf geachtet, dass der medizinischen Entwicklung Rechnung getragen wird und ausschließlich stationär ersetzende Leistungen im Leistungsverzeichnis beinhaltet sind.

1. Gegenstand der Vereinbarung

1.1 Direktverrechnung

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Direktverrechnung von medizinisch notwendigen Heilbehandlungen zwischen Krankenversicherern und Ärzten im Falle von entsprechend versicherten Personen mit Anspruch auf Kostendeckung für die Sonderklasse aus stationären Tarifen.

Umfasst werden von dieser Vereinbarung ambulant durchgeführte Heilbehandlungen, durch die ein stationärer Aufenthalt vermieden wird.

1.2 Medizinische Notwendigkeit

Ob eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, ist ausschließlich nach objektiven medizinischen Maßstäben zum Zeitpunkt der Behandlung zu beurteilen. Diese Beurteilung aus der Sicht des behandelnden 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.

2. Allgemeines

2.1 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.

2.2 Ausnahmen vom Versicherungsschutz

Vom Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherer sind insbesondere ausgeschlossen:



- Kosmetische Behandlungen
- Behandlungen in Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften

Darüber sind die Versicherten vom Krankenversicherer informiert.

2.3 Beitrittserklärung

Diese Vereinbarung gilt für alle niedergelassenen Ärzte, die durch eine Beitrittserklärung gemäß Punkt 4 die Geltung dieser Vereinbarung für sich anerkannt haben.

2.4 Örtliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung gilt für Leistungen, die im Bundesland Kärnten an der in der Beitrittserklärung genannten Ordination des niedergelassenen Arztes erbracht werden.

Eine direkte Verrechnung der Leistungen, die wegen der dafür notwendigen speziellen Ausrüstung nicht an der in der Beitrittserklärung genannten Ordination erfolgen, bedarf der vorherigen Zustimmung des Krankenversicherers. Die Honorarnote solcher Leistungen muss eine dementsprechende Kennzeichnung aufweisen.

3. Leistungsumfang

3.1 Verrechenbare Leistungen

Nach dieser Vereinbarung können nur Leistungen erbracht und mit dem Krankenversicherer direkt verrechnet werden, die im Operationsgruppenschema gem. Anlage II bzw. in den Interpretations- und Auslegungsrichtlinien gem. Anlage III enthalten sind.

3.2 Patientenbetreuung

Dem Wesen einer Zusatzversicherung entsprechend ist bei der Behandlung des Patienten auf besondere Zuwendungsintensität und zuvorkommende Betreuung Bedacht zu nehmen. Richtlinien dazu finden sich in Anlage IV.

4. Beitrittserklärung

4.1 Beitritt

Dieser Vereinbarung können jene Ärzte beitreten, die im Bundesland Kärnten als niedergelassene Ärzte in der Ärzteliste eingetragen sind und über eine entsprechend ausgestattete Ordination verfügen, in der Leistungen, die im Operationsgruppenschema (Anlage II) bzw. in den Interpretations- und Auslegungsrichtlinien (Anlage III) enthalten sind, erbracht werden können.

Die Beitrittserklärung (Anlage VI) ist an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (kurz „VVO“) zu richten und bei der Ärztekammer einzubringen. Die Ärztekammer überprüft die fachliche Qualifikation des Arztes hinsichtlich der angegebenen abgeschlossenen Ausbildung.

Sofern die Stellungnahme der Ärztekammer den Beitritt nicht befürwortet, kommt der Beitritt des einzelnen Arztes zu dieser Vereinbarung nicht zustande.

Sofern die Stellungnahme den Beitritt befürwortet, wird der Beitritt mit dem ersten jenes Monats wirksam, der auf das Einlangen der Beitrittserklärung mit der Stellungnahme der Ärztekammer beim VVO folgt.

Das Wirksamwerden des Beitritts wird vom VVO dem Arzt mitgeteilt und der Ärztekammer gemeldet. Der VVO kann innerhalb von 14 Tagen nach Einlangen der Beitrittserklärung einen begründeten Einspruch gegen das Wirksamwerden erheben. Dieser Einspruch ist an die Schiedskommission (Punkt 8) zu richten und dem Arzt und der Ärztekammer mitzuteilen. Der Einspruch hemmt das Wirksamwerden der Beitrittserklärung. Die Schiedskommission entscheidet, ob der Einspruch des VVO zu Recht besteht oder nicht. Wenn die Schiedskommission dem Einspruch des VVO stattgibt, so ist ein Beitritt zu dieser Vereinbarung nicht erfolgt.

4.2 Beitrittsvoraussetzungen

Mit der Beitrittserklärung hat der Arzt eine Erklärung darüber abzugeben, über welche personellen und apparativ-technischen Voraussetzungen er für die von ihm nach dieser Vereinbarung zu erbringenden Leistungen verfügt. Der Arzt erklärt weiters, dass er die in der Beitrittserklärung festgelegten Kriterien für zusatzversicherte Patienten gemäß Anlage VI erfüllt. Eine nachträgliche Änderung dieser Voraussetzungen ist vom Arzt dem VVO mitzuteilen.

4.3 Liste der beigetretenen Ärzte

Die Ärztekammer wird dem VVO die Liste der beigetretenen Ärzte übermitteln und wiederkehrend aktualisieren.

4.4. Übergangsbestimmung

Die Ärztekammer trägt dafür Sorge, jenen Ärzten, welche über eine aktuelle Beitrittserklärung für die bis 31.12.2017 geltende Rahmenvereinbarung verfügen, die vorliegende Direktverrechnung samt Anlagen, welche ab 1.1.2018 Gültigkeit haben,



zur Kenntnis zu bringen. Es wird vereinbart, dass die bisherigen (und nicht widerrufenen) Beitrittserklärungen vollinhaltlich auf das neue Vertragswerk übergehen und weiterhin gültig sind, sofern diese nicht bis zum 31. Jänner 2018 ausdrücklich schriftlich widerrufen werden. Die Ärztekammer wird bei einer allfälligen Verletzung dieser Informationspflicht die Krankenversicherer schad- und klaglos halten.

5. Honorierung

5.1 Umfang/Allgemeines

Für nach dieser Vereinbarung durchgeführte Behandlungen sind Leistungen entsprechend Anlage I bzw. Anlage III verrechenbar.

Über diese Vereinbarung (samt Anlagen) hinausgehende Beträge können dem Krankenversicherer nicht in Rechnung gestellt werden. Der versicherten Person (Patienten/Unterhaltspflichtigen) dürfen weder die in dieser Vereinbarung angeführten noch darüber hinausgehende Beträge (ausgenommen die in Pkt. 5.3 angeführten) in Rechnung gestellt werden.

5.2 Zu- und Abschläge

5.2.1 Anteiliger Kostenersatz durch Dritte

Bei Versicherten, deren Pflichtversicherung auch Leistungen der Sonderklasse erbringt (z.B. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, einer Krankenfürsorgeanstalt, der Geldleistungsgruppe der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft), wird für alle Behandlungskosten (gem. Anlage I) bzw. Pauschalen (gem. Anlage III) dieser Vereinbarung ein Abschlag von 30 % berechnet.

5.2.2 Nicht Sozialversicherte

Für nicht sozialversicherte Patienten kann für alle Behandlungskosten (gem. Anlage I) bzw. Pauschalen (gem. Anlage III) dieser Vereinbarung ein Zuschlag von 20 % verrechnet werden. In Abweichung zu Pkt. 1.1. der Honorarvereinbarung (Anlage I) sind histologische und zytologische Untersuchungen zusätzlich verrechenbar.

5.3 Sozialversicherungsverrechnung von Ärzten

Die allfälligen Abrechnungen der Leistungen eines Vertragsarztes mit den gesetzlichen Krankenversicherungen erfolgt nach den mit diesen abgeschlossenen Verträgen.

Ein Arzt, der nicht Vertragsarzt des Sozialversicherungsträgers ist, dem der Versicherte angehört, ist berechtigt, dem Versicherten gegenüber einen Honoraranspruch bis zur Höhe des vom zuständigen Sozialversicherungsträger zu leistenden Rückersatzes (Wahlarzthonorar) zu stellen. Dasselbe gilt für Vertragsärzte der SVA der gewerblichen Wirtschaft bei Versicherten der Geldleistungsgruppe der SVA der gewerblichen Wirtschaft.

5.4 Kostenübernahme

Zur Feststellung des Umfanges der Zahlungsverpflichtung des Krankenversicherers kann der Arzt vor Durchführung der Leistungen eine Kostenübernahmeerklärung verlangen. Liegt keine Kostenübernahmeerklärung vor und lehnt der Krankenversicherer eine Verrechnung nach dieser Vereinbarung ab, so ist der Arzt berechtigt, die Leistung direkt dem Patienten in Rechnung zu stellen.

6. **Assistenz und Anästhesie**

Wird bei der Erbringung der Leistung aus medizinischer Notwendigkeit vom Behandler ein weiterer Arzt zur Assistenz hinzugezogen, so erhöht sich das Honorar um den in der Anlage I festgesetzten Betrag für Assistenzleistung.

Wird bei der Erbringung der Leistung aus medizinischer Notwendigkeit ein Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin hinzugezogen, so erhöht sich das Honorar um den in der Anlage I festgesetzten Betrag für Anästhesieleistung. Diese Anästhesieleistung ist nur bei Durchführung einer Allgemeinnarkose, einer Epidural-Spinal- oder Plexusanästhesie verrechenbar.

7. **Verrechnung**

7.1 Abrechnung

Die Abrechnung der nach dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen erfolgt direkt zwischen dem einzelnen Krankenversicherer und dem die Leistung erbringenden Arzt. Im Zuge der Aufklärung vor dem Eingriff ist der Patient darüber zu informieren, dass die zu erbringende Leistung mit dem Krankenversicherer verrechnet wird. Der Arzt stellt nach Abschluss der Behandlung des Patienten die Honorarnote an den Krankenversicherer. Der Honorarnote ist eine vom Patienten unterfertigte Erklärung anzuschließen, dass er den Krankenversicherer ersucht, die ärztliche Leistung mit dem Behandler direkt abzurechnen. Dem Patienten ist nach Abschluss der Behandlung eine Kopie der Honorarnote auszuhändigen.

7.2 Rechnungslegung

Jeder Fall wird mit Einzelformular abgerechnet ("Privat - Honorarnote" laut Anlage V). Voraussetzung für die Abrechnung ist die vollständig ausgefüllte und vom Patienten unterfertigte Honorarnote.

Zusätzlich sind in jedem Fall der OP-Bericht bzw. die Eingriffsbeschreibung beizulegen.

7.3 Zahlungsfrist

Als Zahlungsfrist wird ein Zeitraum von 4 Wochen ab Einlangen der Rechnung beim Krankenversicherer (Eingangsstempel) vereinbart.

7.4 Differenzen bei Rechnungslegung

Bestehen zwischen dem rechnungslegenden Arzt und dem betroffenen Krankenversicherer Differenzen über auf diese Vereinbarung gestützte Forderungen und lassen sich diese auf bilateralem Wege nicht lösen, so besteht die Möglichkeit durch einen Antrag die Schiedskommission (Punkt 8) damit zu befassen.

7.5 Auskunftserteilung

Die Krankenversicherer sind berechtigt, Erkundigungen über den Krankheitsverlauf, der Gegenstand einer Abrechnung nach dieser Vereinbarung war, beim behandelnden Arzt einzuholen. Diesbezügliche Anfragen werden kostenlos beantwortet.

7.6 Medizinische Dokumentation

Grundsätzlich wird festgehalten, dass bei jedem Eingriff, der eine histologische Untersuchung erfordert bzw. für den eine Histologie zur Leistungsdokumentation dient, die Histologie mit der Rechnung mitgeschickt wird.

8. Schiedskommission

8.1 Inhalt

Zur Entscheidung von Streitigkeiten aus dieser Vereinbarung wird von den Vertragspartnern eine Schiedskommission eingerichtet. Diese Schiedskommission ist eine Einrichtung im Sinne des § 577 Zivilprozessordnung.

8.2 Zusammensetzung

Die Schiedskommission besteht aus 5 Schiedsrichtern, je zwei sind vom VVO bzw. der Ärztekammer zu bestellen. Als Vorsitzender der Schiedskommission wird im Einvernehmen mit dem VVO und der Ärztekammer ein pensionierter Richter bestellt.

8.3 Fristen

Ärztekammer und VVO haben ihre Schiedsrichter binnen 4 Wochen ab Anrufung der Schiedskommission zu bestellen und Einvernehmen über den Vorsitzenden herzustellen. Die Schiedskommission hat binnen weiterer 4 Wochen zusammenzutreten. Ein geänderter Fristenlauf kann abweichend davon zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden.

8.4 Tagungsort und Kosten

Die Schiedskommission tagt am Sitz der Ärztekammer. Die Kosten der von der Ärztekammer und dem VVO zu bestellenden Schiedsrichter werden von den

Vertragspartnern getragen. Die übrigen Kosten der Schiedskommission werden von der Ärztekammer und dem VVO jeweils selbst getragen.

8.5 Inhalt

Die Schiedskommission entscheidet über:

- a) Wirksamkeit des Einspruches des VVO gegen den Beitritt eines Arztes zu dieser Vereinbarung
- b) Wirksamkeit des Widerrufs des Beitrittes zu dieser Vereinbarung seitens des VVO
- c) Streitigkeiten aus den Honorarregelungen dieser Vereinbarung
- d) Streitigkeiten zwischen VVO und Ärztekammer über Auslegung und Anwendung dieser Vereinbarung

8.6 Gültigkeit

Ärzte, die dieser Vereinbarung beitreten, unterwerfen sich der Entscheidung der Schiedskommission in gleicher Weise wie die einzelnen Krankenversicherer.

9. Widerruf der Beitrittserklärung

9.1 Arzt

Der einzelne Arzt, der eine Beitrittserklärung zu dieser Rahmenvereinbarung abgegeben hat, kann diese Beitrittserklärung mit eingeschriebenem Brief an den VVO im Wege über die Ärztekammer widerrufen. Der Widerruf wird zum Quartalsende wirksam, wenn er spätestens bis zum letzten Werktag des dem Quartalsende vorangegangenen Monats beim VVO eingetroffen ist.

9.2 VVO

Der VVO kann die Wirksamkeit der Beitrittserklärung des einzelnen Arztes bei grober Missachtung der vertraglichen Verpflichtungen durch den Arzt mittels eingeschriebenen Briefes widerrufen. Der Widerruf wird zum Quartalsende wirksam, wenn er spätestens bis zum letzten Werktag des dem Quartalsende vorangegangenen Monats beim Arzt eingetroffen ist.

9.3 Einspruchsmöglichkeit

Der Arzt kann gegen den Widerruf die Schiedskommission anrufen. Das Anrufen der Schiedskommission hat aufschiebende Wirkung. Bei ungenügender Begründung des Widerrufs kann die Schiedskommission den Widerruf für unwirksam erklären. Wird der Widerruf von der Schiedskommission nicht für unwirksam erklärt, so wird der Widerruf mit jenem Monatsende, welches auf die Entscheidung der Schiedskommission folgt, wirksam.

9.4 Sofortiges Wirksamkeitseende

Die Wirksamkeit der Beitrittserklärung endet mit sofortiger Wirkung, wenn Tatbestände gemäß § 343 Abs. 2 ASVG vorliegen.

10. Dauer der Vereinbarung

Diese Rahmenvereinbarung inklusive aller Anlagen tritt mit 01.01.2018 in Kraft und gilt bis 31.12.2018.

11. Umfängliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die Versicherten folgender privater Krankenversicherer:

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

12. Schlussbestimmungen

12.1 Umsatzsteuer

Die angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer. Kommt es zu einer gesetzlichen Änderung in Bezug auf die Höhe der Umsatzsteuer, der Umsatzsteuerfreiheit oder -pflicht, die zulasten einer der beiden Vertragspartner geht, sind zwischen den Vertragspartnern umgehend Gespräche aufzunehmen.

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 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, ausgenommen dieser Vereinbarung sieht

ausdrücklich anderes vor (sh dazu Pkt. 4.4.). 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.

Klagenfurt/Wien, am 07.12.2017

Für die Ärztekammer
Kärnten



Verband der Versicherungsunternehmen
Österreichs



Dr. Eichler



MMag. Knitel

