

Gesamtvertragliche Vereinbarung

über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte, abgeschlossen zwischen dem HV der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge HV genannt) im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (in der Folge BKNÄ genannt) im eigenen Namen und im Namen aller Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern.

Präambel

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit in der Folge personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf eine bestimmte Person ist die jeweilige geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

I.

Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen

§ 1

(1) Die BKNÄ bzw. die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern und der HV bzw. die österreichischen Sozialversicherungsträger werden als Partner gemeinsam alles unternehmen, um den hohen Standard des österreichischen Gesundheitswesens im Interesse der Versicherten und Patienten auch in Zukunft sicherzustellen. Hohe Qualität der Medizin, chancengleicher Zugang zu medizinischen Leistungen und hohe Servicequalität haben hierbei im Vordergrund zu stehen. Die Partner werden bezüglich Qualität und Zielgenauigkeit der Erbringung

medizinischer Leistungen eng zusammenarbeiten, die Ausgabenentwicklungen gemeinsam beobachten und notwendige Steuerungsmaßnahmen gemeinsam setzen (vgl. auch Abschnitt IV.).

(2) Die BKNÄ bzw. die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern sowie die österreichischen Sozialversicherungsträger und der HV betrachten die flächendeckende Einführung der e-card der österreichischen Sozialversicherung ab 2005 als einen der zentralen Bestandteile einer partnerschaftlichen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (vgl auch Abschnitt II.)

(3) Die e-card stellt eine Schlüsselkarte im Gesundheitswesen dar. Unter der unumstößlichen Prämisse der Selbstbestimmung des Patienten über seine Gesundheitsdaten soll es möglich sein, dass nach dem Vier-Augen-Prinzip (neben der e-card ist auch die Berechtigungskarte des Arztes notwendig) auf Gesundheitsdaten des Patienten zugegriffen werden kann.

(4) Die Partner werden die für die gemeinsame Arbeit notwendigen Daten austauschen. Zu diesem Zweck sind Rahmenbedingungen zu erarbeiten, welche die rechtliche Verankerung und die effiziente technische Durchführung ermöglichen sollen. Die Vereinbarungen sind entsprechend der Möglichkeiten der Partner schrittweise mit der flächendeckenden Einführung der e-card umzusetzen; gegebenenfalls unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede (vgl auch Abschnitt III).

(5) Weiters besteht Einigkeit, dass hinsichtlich der Durchführung dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung dem Datenschutz im Sinn des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl I 165/1999 idF BGBl I 136/2001 und des Signaturgesetzes BGBl I 190/1999 idF BGBl I 152/2001 besonderes Augenmerk zu widmen ist.

(6) Der Datenfluss zwischen Arzt (Gruppenpraxis), e-card-Server, HV und Krankenversicherungsträger wird in der technischen Beilage (§ 6 Abs 1) definiert. Jedenfalls muss sichergestellt werden, dass die Uhrzeit der Datenübermittlung vom Arzt an den e-card-Server (Zeitstempel) nicht an die Sozialversicherungsträger weitergegeben wird.

(7) Aus dem Arztrechnersystem dürfen vom HV bzw. von den Sozialversicherungsträgern sowie vom Betreiber des e-card-Servers keinerlei Daten ausgelesen werden. Der Betreiber des e-card-Servers hat diese Verpflichtung ausdrücklich zu bestätigen. Sämtliche gem. § 51 ÄrzteG zu dokumentierenden Daten dürfen durch das e-card-System nicht berührt werden; sie bleiben als hochsensible Daten ausschließlich dem Arzt-Patienten-Verhältnis vorbehalten.

(8) Die Verwendung irrtümlich oder sonst wie erlangter Daten wird ausdrücklich sowohl während der Geltung dieses Vertrages als auch nach seinem Außerkrafttreten jedenfalls ausgeschlossen und verzichtet HV und e-card-Server-Betreiber ausdrücklich und unwiderruflich auf die Verwertung derlei Daten. Derlei irrtümlich oder sonst wie erlangte Daten sind von HV, e-card-Server-Betreiber und Sozialversicherungsträgern unverzüglich zu löschen.

(9) Bezüglich der ordnungsgemäßen Abwicklung dieses Vertrages wird bei der das e-card-System betreibenden Institution ein Beirat mit Vertretern der BKNÄ eingerichtet. Im Rahmen dieses Beirates werden der BKNÄ Kontrollkompetenzen, insbesondere hinsichtlich der Einhaltung der Bestimmungen über den Datenfluss (§ 1 Abs 6) und Datenschutz zwischen Patient und Arzt, Arzt und e-card-Server, e-card-Server und Krankenversicherungsträger eingeräumt.

(10) Der HV wird die einheitlichen Grundsätze gem. § 340a ASVG über die EDV-Abrechnung der Vertragsärzte (Verlautbarung 148/2002 idgF) an die nach Einführung des e-card-Systems zu erfolgenden Abrechnungen und das sich daraus ergebende geringere Datenmaterial (angesprochen sind insbes. Dienstgeber-Adressen) anpassen.

II.
Einführung der e-card
e-card statt Krankenschein

§ 2

(1) Die e-card der österreichischen Sozialversicherung ersetzt mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbes. § 4) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung den Krankenschein. Die Partner werden gemeinsam und unabhängig voneinander dafür sorgen, dass alle von der Funktion der e-card als Krankenscheinersatz Betroffenen in ausreichendem Maß über Verwendung und Funktion der e-card informiert werden.

(2) Das Wort " e-card" im Sinn dieses Vertrages umfasst auch die mit ihr verbundenen Organisationsformen, Geräte, Programme und Abläufe, wenn diese notwendig sind, um Funktionen der e-card zu ermöglichen. Eine im Sinn dieser Organisationsformen usw. benutzte e-card ist mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbes. § 4) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung Anspruchsnachweis im Sinn der bestehenden Vertragsbeziehungen (Gesamtverträge, Einzelverträge, Durchführungsabkommen usw.).

(3) Personen, deren e-card mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbes. § 4) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung verwendet wird (Einlesen der e-card), sind wie Personen zu behandeln, die einen Krankenschein, Krankenkassenscheck, Behandlungsschein, Arzthilfenachweis, Arzthilfeschein, Überweisungsschein oder einen sonst bisher als Anspruchsnachweis oder Abrechnungsgrundlage akzeptierten Beleg vorweisen. Der Patient hat die e-card bei jeder Inanspruchnahme eines Arztes (einer Gruppenpraxis) vorzulegen.

(4) Für den Bereich der Sozialversicherung gilt im bisherigen Krankenscheinsystem die Regelung, dass die Inanspruchnahme der Krankenbehandlung in Krankenhausambulanzen/Ambulatorien hinsichtlich des Nachweises der Anspruchsberechtigung nach den gleichen Kriterien zu erfolgen hat wie die Inanspruchnahme eines nieder-

gelassenen Facharztes. Die bisherige Regelung wird in das e-card-System übernommen.

(5) Folgebelege sind vom Arzt (von der Gruppenpraxis) unter Berücksichtigung der nachfolgenden Bestimmungen (insbes. § 4) unter Verwendung der online zur Verfügung gestellten Daten zu erzeugen.

§ 3

Ordinationsausstattung

(1) Der Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) ist verpflichtet, in der Ordination die für die Verwendung des e-card Systems notwendigen Voraussetzungen (insbesondere Hardware und Netzzugang) zu schaffen. Die spezielle e-card-Hardware (GINA-Box) und die dazugehörige Software (beides wird von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt) stehen im Eigentum der Sozialversicherung bzw. deren Auftragnehmer oder Systemvertragspartner und werden auf deren Kosten betriebsbereit gehalten bzw. allenfalls erneuert. Eine Unterstützung der Arzt-Softwarehersteller durch den HV wird erfolgen.

(2) Die anteilige Kostentragung für Anschaffungs-, Installations- und Betriebskosten erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Sozialversicherung übernimmt pro Vertragsordination (auch vertraglich vereinbarte Zweitordination) einmalig die Kosten für die e-card-Geräteausstattung (GINA, Lesegerät) und die Kosten für deren Installation (nicht die Kosten für eine Integration in die Arztsoftware). Dies gilt bis zum 31.12.2008 auch für Neuinvertragnahmen auf neuen Ordinationsstandorten.
2. Die Sozialversicherung übernimmt weiters den Aufpreis für den Router mit zwei Eingängen (LAN-Anschlüsse) die Kosten für die Servicelevels und die Wartung für die e-card-Grundausrüstung (Z 1).
3. Die laufenden Kosten (Anschluss- und Betriebskosten - exklusive Wartung gem. Z 2) für den GIN-Zugangsnetz-Anschluss (Anschluss in ADSL-Technologie, Router mit zwei Eingängen, GINA) sind von den Vertragsärzten (Vertragsgrup-

penpraxen) zu übernehmen und ihnen direkt zu verrechnen. Allfällige ISDN-Ersatz-Schaltungskosten sind innerhalb der Peering Point-Gesellschaft zu regeln, dh. es darf daraus keine Mehrkosten für Ärzte geben.

4. Die Sozialversicherung leistet einen einmaligen Betrag in der Höhe von drei Millionen Euro, wobei dieser Betrag in drei aufeinander folgenden Jahren ab flächendeckender Einführung der e-card (Abschluss des Rollouts) nach folgendem Modus zur Auszahlung gelangt: Mit flächendeckender Einführung der e-card (frühestens mit 1.1.2006) 1,5 Mio Euro; ein Jahr danach 1 Mio Euro; ein weiteres Jahr danach 0,5 Mio Euro.
5. In die Regelungen hinsichtlich der Kostenabgeltung werden auch jene Vertragsärzte mit ausschließlichem Vorsorgeuntersuchungsvertrag einbezogen, die im Jahr vor der Ordinationsausstattung mindestens 150 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt haben.
6. Die Wiener Krankenversicherungsträger leisten an Wiener Vertragsärzte (Vertragsgruppenpraxen) einen Einmalbetrag von insgesamt 603.000,- Euro (hinsichtlich des Auszahlungsmodus gilt Z 4 sinngemäß).

(3) Die Anwendungsmöglichkeiten der e-card in der Wahlarztpraxis (Wahlarztgruppenpraxis), der Datenfluss sowie Rechte und Pflichten der Wahlärzte (Wahlgruppenpraxen) sind zwischen HV und BKNÄ zu vereinbaren.

(4) Der HV und die Versicherungsträger haben darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes (der Vertragsgruppenpraxis) auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt.

§ 4

Rechte und Pflichten des Vertragsarztes (der Vertragsgruppenpraxis)

(1) Der Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) ist verpflichtet, die e-card - sofern sie vom Patienten vorgelegt wird - zu verwenden (Einlesen der e-card). Die e-card ist bis zur Einführung des elektronischen Rezepts bei der ersten Inanspruchnahme im Abrechnungszeitraum einzulesen. Bei Folgeinanspruchnahmen im Abrechnungszeit-

raum ist das Einlesen möglich und hat - sofern die übrigen vertraglichen Bestimmungen eingehalten werden - auf die Verrechenbarkeit keinen Einfluss. Ab der Einführung des elektronischen Rezeptes, jedenfalls ab 1.1.2009, ist die e-card bei jeder Inanspruchnahme des Arztes (der Gruppenpraxis) einzulesen. Hinsichtlich der Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen bleiben - sofern in der Folge nicht anderes geregelt wird - die bisherigen Regelungen unberührt.

(2) Die Vertragsparteien empfehlen, dass auch vor der Einführung des elektronischen Rezeptes bzw. vor dem 1.1.2009 die e-card bei jeder Inanspruchnahme des Arztes (der Gruppenpraxis) eingelesen wird.

(3) Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der SV-Nummer (vgl. § 5 Abs 1) wird im e-card-System gespeichert. Die Speicherung bzw. Übertragung erfolgt mit dem Tagesdatum (keine Uhrzeit). Eine Verrechnung der anlässlich des Arztkontaktes erbrachten Leistungen ist unter Berücksichtigung des Zeitplanes nach Abs 1 nur möglich, wenn die e-card anlässlich des Arztkontaktes eingelesen wurde bzw. die SV-Nummer eingegeben wurde (vgl. § 5 Abs 1) und die online-Anspruchsprüfung einen aufrechten Anspruch ergab. Bei einem medizinischen Notfall, bei dem der Patient weder die e-card mithat, noch seine Sozialversicherungsnummer kennt, kann dieser Vorgang im selben Abrechnungszeitraum bzw. innerhalb der gem. Punkt 2.9. der Technischen Beilage genannten Nachfrist nachgeholt werden.

(4) Die e-card ist eine Keycard (Schlüssel-und Signaturkarte), welche in Echtzeit auf Validität geprüft wird; dabei erfolgt auch in Echtzeit eine Anspruchsprüfung. Nachträgliche Prüfungen kommen daher nur auf Grund einer Störung und bei Hausbesuchen sowie bei dem in § 4 Abs 3 letzter Satz beschriebenen medizinischen Notfall in Frage. Konsultationen, die während einer Störung des e-card-Systems erfasst werden (Einlesen der e-card oder Nacherfassung), können unter Berücksichtigung des Zeitplanes nach Abs 1 ohne Rücksicht auf das Resultat der Anspruchsprüfung abgerechnet werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Liegt die Störung allerdings im Bereich des Arztes (vgl. dazu die Beschreibung dieses Störfalles unter Punkt 2.11. der Technischen Beilage) verliert er diese Abrechnungsgarantie.

(5) Der Vertragsarzt kann - allerdings ohne Abrechnungsgarantie - bei außerordentlichen, nachvollziehbaren persönlichen Umständen in Einzelfällen die außerhalb einer Störung offline eingelesenen Daten bis zum drittfolgenden Ordinationstag übermitteln (vgl Punkt 2.13. der Technischen Beilage).

(6) Konsultationen, die anlässlich eines Hausbesuches erfasst werden (Einlesen der e-card oder Nacherfassung), können unter Berücksichtigung des Zeitplanes nach Abs 1 abgerechnet werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen.

(7) Um die Nachvollziehbarkeit der übertragenen Daten (z.B. bei etwaigen Störungen) sicherzustellen, steht dem Arzt (der Gruppenpraxis) das Recht auf Übermittlung der Logfiles der übertragenen Daten einer Abrechnungsperiode bis zu sechs Monate nach Ende derselben zu (Anforderung von Konsultationsdaten). Im Falle von Honorarstreitigkeiten verlängert sich die Aufbewahrungsfrist bis zur rechtskräftigen Entscheidung

Vom Honorarstreit ist der e-card-Server-Betreiber vom zuständigen SV-Träger in Kenntnis zu setzen.

§ 5

Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card

(1) Erscheint der Patient ohne e-card in der Arztpraxis, kann der Arzt (die Gruppenpraxis) im Ausnahmefall die Anspruchsberechtigung online durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer und - falls bekannt - des zuständigen Sozialversicherungsträgers prüfen, wobei der Patient auf einem vom Arzt (der Gruppenpraxis) unter Verwendung der Sozialversicherungsnummer erzeugten Beleg durch Unterschrift den Arztkontakt sowie den Anspruch zu bestätigen hat. Die Belege sind vom Vertragsarzt (von der Gruppenpraxis) bis zum Ende der Einspruchsfrist aufzubewahren und dem Krankenversicherungsträger auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

(2) Die in Abs 1 beschriebene Vorgangsweise ist als Ausnahme zu betrachten und soll daher auch minimiert werden.

(3) Eine Verrechnung der Leistungen ist unter den sonstigen Voraussetzungen möglich. Die Verrechnung ist analog den bisherigen Bestimmungen über Ersatzkrankenscheine zu begrenzen; bis zur flächendeckenden Einführung der e-card können Übergangsbestimmungen vereinbart werden. Hinsichtlich Krankenversicherungsträgern ohne Ersatzkrankenscheinregelungen sind trägerspezifische Vereinbarungen zu verhandeln. Eine Verrechenbarkeit ist jedenfalls nur dann gegeben, wenn eine Online-Anspruchsprüfung den Anspruch bestätigt hat, andernfalls gilt der Patient als Privatpatient.

§ 6

System der e-card

(1) Die e-card wird auf der Basis der technischen Beilage „Die e-card als Krankenschein-Ersatz, Version 3.1“ eingeführt und weiterentwickelt (siehe Beilage); sie ist Bestandteil dieses Vertrages.

(2) Eine Änderung des e-card-Systems ist mit der BKNÄ zu vereinbaren (Zustimmung), wenn dadurch die Verwendung der e-card und die diesbezügliche Vorgangsweise der Vertragsärzte (der Vertragsgruppenpraxen) wesentlich betroffen ist. Die BKNÄ ist über eine beabsichtigte Änderung des e-card-systems durch den HV zu informieren. Die Änderungen sind zwischen BKNÄ und HV zu beraten und nach Möglichkeit ist ein Konsens zu erzielen.

(3) Bei Nichteinigung kann zur Entscheidung eine Schlichtungskommission angerufen werden, die sich wie folgt zusammensetzt:

2 Wirtschaftsprüfer

2 EDV-Sachverständige

1 Jurist als unabhängiger Richter und Vorsitzender

Sowohl die BKNÄ als auch der HV haben das Recht, jeweils einen Wirtschaftsprüfer und einen EDV-Sachverständigen aus den jeweiligen Listen gerichtlich beeideter Sachverständigen des Sprengels des Oberlandesgerichtes Wien zu wählen. Der

Vorsitzende wird von HV und BKNÄ gemeinsam nominiert. Die Schlichtungskommission hat binnen sechs Wochen entgeltlich zu entscheiden.

(4) Die Schlichtungskommission ist auch hinsichtlich der Frage, ob die Änderung wesentlich ist, zuständig.

§ 7

Musterordination sowie Probetrieb in Referenzordinationen

(1) Vor dem Beginn des Probetriebes in den Referenzordinationen wird die Funktionalität des e-card-Systemes von HV und BKNÄ im Rahmen einer Musterordination gemeinsam getestet. Dieser Test bezieht sich nicht auf die Organisation eines Ordinationsablaufes. Gemeinsam sind Abnahmekriterien zu erstellen, deren Erfüllung als Voraussetzung für die flächendeckende Einführung der e-card gilt; die Erfüllung in den Referenzordinationen wird dokumentiert. Die erfolgreiche Abnahme des Systems anhand dieser Kriterien hat ebenfalls einvernehmlich zu erfolgen. Empfehlungen der BKNÄ werden bei Systementwicklungen bzw. Systemänderungen berücksichtigt werden.

(2) Mit Hilfe sogenannter Referenzordinationen wird die Auswirkung des e-card-Systems auf den innerorganisatorischen Ablauf im Zusammenhang mit der Administration der auf Rechnung der Sozialversicherung behandelten Patienten untersucht werden. Die Hälfte der Referenzordinationen ist aus dem Kreis der konventionell abrechnenden, die andere Hälfte aus dem Kreis der elektronisch (Diskette oder Honorarabrechnung per Datenfernübertragung) abrechnenden Ordinationen gewählt worden. Die Auswirkungen sind für die jeweilige Abrechnungsform getrennt zu erfassen. Hierbei sind insbesondere die Bereiche des Nachweises der Anspruchsberechtigung, der administrativen Mitarbeit des Vertragsarztes gegenüber dem Krankenversicherungsträger, der Verwaltung der Patientendaten und der Rechnungslegung relevant. Der Vergleich-Status (e-card-System) wird frühestens 9 Monate nach Einführung des e-card-Systems in der jeweiligen Referenzordination untersucht werden.

(3) Sollte sich bei den Referenzordinationen im Probebetrieb herausstellen, dass durch das e-card-system ein administrativer Mehraufwand gegenüber dem Krankenscheinsystem entstanden ist, erklären sich die Partner sowie der Referenzvertragsarzt bereit, diesen Mehraufwand durch betriebswirtschaftlich vertretbare organisatorische Maßnahmen zu beseitigen. Der aus dem Probebetrieb in den Referenzordinationen entstandene Mehraufwand ist zu vergüten.

(4) Die Untersuchungen gemäß Abs 2 werden durch eine einvernehmlich ausgewählte Firma durchgeführt werden, wobei die Kosten der Untersuchungen zu gleichen Teilen getragen werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind zur Optimierung des Systems zu verwenden.

(5) Der HV wird den Rolloutplan mit der BKNÄ abstimmen und sich für eine optimale Kooperation zwischen Ärzte-Software-Firmen und Ärzten einsetzen.

§ 8

Einführungsablauf

(1) Die österreichische Sozialversicherung wird das e-card-System ab 2005 flächendeckend einführen. Die BKNÄ und die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern sowie die Vertragsärzte (die Vertragsgruppenpraxen) werden die österreichische Sozialversicherung bei dieser Einführung des e-card-systems unterstützen, wobei die Vertragsärzte (die Vertragsgruppenpraxen) im Rahmen der jeweiligen Einführungsschritte das e-card-system verwenden werden. Im ersten Einführungsschritt wird das e-card-System im Rahmen von Probebetrieben eingesetzt werden.

(2) Die Vertragspartner verpflichten sich, ehebaldigst insbesondere folgende gesamtvertragliche Vereinbarungen entsprechend dem Abschnitt II dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung durch entsprechende Integration derselben und unter Wahrung ihrer separaten Kündbarkeit gemäß § 15 zu adaptieren. Dies gilt insbesondere in allen Zusammenhängen gemäß §§ 2 bis 4:

1. Gesamtvertrag der Wiener § 2-Kassen
2. Gesamtvertrag der Niederösterreichischen § 2-Kassen
3. Gesamtvertrag der Burgenländischen § 2-Kassen
4. Gesamtvertrag der Oberösterreichischen § 2-Kassen
5. Gesamtvertrag der Steiermärkischen § 2-Kassen
6. Gesamtvertrag der Kärntner § 2-Kassen
7. Gesamtvertrag der Salzburger § 2-Kassen
8. Gesamtvertrag der Tiroler § 2-Kassen
9. Gesamtvertrag der Vorarlberger § 2-Kassen
10. Gesamtvertrag der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
11. Gesamtvertrag der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen
12. Gesamtvertrag der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
13. Gesamtvertrag über die Durchführung der Vorsorge-(Gesunden-)untersuchung
14. Gesamtvertrag über die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

(3) Ergänzende Vereinbarungen zu diesem Gesamtvertrag sind zwischen den jeweiligen Versicherungsträgern und den Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern bzw. der BKNÄ möglich (§ 1 Abs 4).

III.

Übermittlung von Daten

§ 9

Allgemeine Bestimmungen

(1) Der HV wird die in § 10 näher bezeichneten Daten an die BKNÄ grundsätzlich auf Datenträgern in den vom HV verwendeten (dem Stand der Technik allgemein üblichen) Konfigurationen bzw. Formaten liefern. Daten, die regelmäßig vom HV publiziert werden, wie z. B. Jahresberichte, können - sofern nicht elektronisch verfügbar - schriftlich übermittelt werden. Die Herstellung der elektronischen Lesbarkeit von

übermittelten Daten obliegt der BKNÄ. Der HV wird die Formate und Konfigurationen der Datenträger bekannt geben. Der BKNÄ werden für die Datenübermittlungen (so weit in der Folge nichts Abweichendes bestimmt wird) keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

(2) Sämtliche mit dieser Vereinbarung übernommenen Verpflichtungen des HV und der Krankenversicherungsträger zur Datenweitergabe stehen unter der Bedingung, dass der Schutz personenbezogener Daten gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes gewahrt bleibt.

(3) Sollten eine oder mehrere Datenübermittlungen aufgrund rechtskräftiger Entscheidung der zuständigen Gerichte oder Verwaltungsbehörden unzulässig sein, werden diese Datenübermittlungen eingestellt. Andere Übermittlungen, welche getrennt von der unzulässigen Übermittlung fortgeführt werden können, werden davon nicht berührt.

(4) Die BKNÄ sowie Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern verpflichten sich, die ihr ausschließlich aufgrund dieser Vereinbarung übermittelten Unterlagen nicht weiterzugeben. Budgetdaten (§ 10 Abs 2 und Abs 3) sind nicht zur Veröffentlichung bestimmt.

§ 10

Weitergabe von Daten des HV an die BKNÄ

(1) Der HV verpflichtet sich, die jährlich vom HV erstellte Finanzstatistik an die BKNÄ zu übermitteln. Ebenso die von den Krankenversicherungsträgern erstellten Jahresberichte.

(2) Der HV wird der BKNÄ jährlich eine Vorschau hinsichtlich der Aufwendungen der Krankenversicherung für folgende Bereiche übermitteln:

- Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen
- Heilmittel (Arzneien)
- Heilbehelfe und Hilfsmittel
- Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Anstaltspflege
- Medizinische Hauskrankenpflege
- Krankengeld

(3) Ferner wird eine Vorschau hinsichtlich der Gesamteinnahmen übermittelt.

(4) Der HV wird der BKNÄ Daten im Umfang bzw. laut Muster der Ärztekostenstatistik 1996 zur Verfügung stellen (Anlage). Die Ärztekostenstatistik basiert auf den Weisungen für die Erstellung der statistischen Nachweise für den Bereich der Krankenversicherung. Ergeben sich aufgrund von Änderungen dieser Weisungen Änderungen im Umfang der Ärztekostenstatistik (Anlage), ist dies der BKNÄ mitzuteilen und zwischen BKNÄ und HV zu vereinbaren, inwieweit diese Änderungen in der Datenübermittlung zwischen HV und BKNÄ - allenfalls unter Kostenersatz der BKNÄ - nachzuvollziehen sind.

(5) Der HV wird die Ausgaben der Krankenversicherung, untergliedert in 15 Ausgabengruppen laut Anlage, in folgender weiterer Untergliederung, zur Verfügung stellen:

- a) Direktversicherte/Mitversicherte
- b) Aktive/Pensionisten ohne BVA und VAEB.

Hinsichtlich der Ausgabengruppe "Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen" sind die Teilaufwände für Leistungen durch Vertragsärzte sowie Leistungen durch Wahlärzte ohne weitere Untergliederungen bekannt zu geben.

(6) Vom HV an die BKNÄ bereits gelieferte Daten sind im bisherigen Umfang weiterzuliefern.

(7) Der HV wird der BKNÄ folgendes Datenmaterial zur Verfügung stellen:

- Gesamtanzahl hausapothekenführender Ärzte.
- Durchschnittliche Anzahl von Rezepten, aufgrund derer hausapothekenführende Ärzte abgegeben haben.
- Durchschnittliche Anzahl von Verordnungen, die hausapothekenführende Ärzte abgegeben haben.
- Durchschnittliche Kosten von Verordnungen, die hausapothekenführende Ärzte abgegeben haben.
- Anzahl der hausapothekenführenden Ärzte nach Umsatzklassen (Umsatzklassen jeweils EURO 36.336,-).

§ 11

Weitergabe von Daten der Krankenversicherungsträger an die Ärztekammern

(1) Bestehende Regelungen zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern und den Ärztekammern bleiben von § 10 unberührt.

(2) Von den Trägern an die Ärztekammern bereits gelieferte Daten sind im bisherigen Umfang weiterzuliefern.

(3) Jedenfalls sind folgende Vertragsarztdateien in beliebigen Aufstellungen sowie Übertragungsformen vom Krankenversicherungsträger (als Abrechnungsstelle) an die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern zu übermitteln. Der Krankenversicherungsträger wird dazu die Formate und Konfigurationen der Datenträger rechtzeitig vor Übermittlung der Daten bekannt geben:

- Pro Quartal: Zahl der Gesamtfälle, Gesamtaufwand.
- Pro Quartal getrennt in Ärzte für Allgemeinmedizin und einzelne Fachgruppen: Zahl der Ärzte (ohne Ärzte mit ausschließlichem Vorsorge[Gesunden]einzelvertrag), Zahl der Fälle, Gesamtaufwand, Aufwand für Fallpauschale, Aufwand für Sonderleistungen, Aufwand für

Grundvergütungen für Vertreterscheine, Visitenfrequenz und Visitenaufwand (nur für Ärzte für Allgemeinmedizin).

- Pro Quartal für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte: Aufwand für Mutter-Kind-Pass-Sonderleistungen gegliedert nach Fachgruppen.
- Pro Quartal Kostenentwicklung Labor: Zahl der Fälle der Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik Aufwand für Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik. Gesamtkürzung bei Fachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik. Wenn bzw. sobald es für den Krankenversicherungsträger hinsichtlich der Erfassung möglich ist: Zahl der Laborfälle sonstiger Vertragsärzte.
- Pro Quartal für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte insgesamt: Frequenzzahlen pro Sonderleistungsposition.
- Anzahl der EDV-abrechnenden Ärzte nach Fachgruppen.

(4) Die Regelungen der Abs 1 bis 3 sowie des § 12 sind in die kurativen Gesamtverträge (§ 8 Abs 2 Z 1-12) zu übernehmen. § 8 Abs 2 und 3 gelten sinngemäß.

§ 12

Datengliederungskriterien

Übermittlungstermine

(1) Jene Daten hinsichtlich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die von den Krankenversicherungsträgern gesondert ermittelt werden, sind für die Laufdauer einer Bruttoabrechnung auch gegenüber den Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern (§ 11) gesondert auszuweisen.

(2) Die Daten sind vom Krankenversicherungsträger bzw. vom HV für die vereinbarten Zeiträume unmittelbar nach deren Vorliegen weiterzugeben.

IV.

Gemeinsame Steuerungsmaßnahmen

§ 13

Konsultationsmechanismus

- (1) HV und BKNÄ werden möglichst bald einen ständigen Ausschuss einsetzen, welcher der Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen dienen soll (§ 1 Abs 1). Dieses Gremium soll personell klein gehalten werden (max. acht Personen).
- (2) Der ständige Ausschuss hat auch die Aufgabe, Streitigkeiten aus dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung zu behandeln (ausgenommen Streitigkeiten für die der Schlichtungsausschuss nach § 6 Abs 3 zuständig ist).
- (3) Im Anlassfall sollen auch Konsultationsmechanismen auf Landesebene bzw. zwischen BKNÄ und bundesweiten Trägern eingerichtet werden.

§ 14

Frühwarnsystem

- (1) Beabsichtigt ein Krankenversicherungsträger hinsichtlich eines bestimmten Vertragsarztes (einer bestimmten Vertragsgruppenpraxis) das gesamtvertragliche bzw. gesetzlich vorgesehene Schlichtungs-(Entscheidungs-)instrumentarium in Anspruch zu nehmen, soll eine frühzeitige Zusammenarbeit mit der zuständigen Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte gesucht werden; dies in Vorschaltung zur amikalen Aussprache.
- (2) In diesem Zusammenhang ist vom Krankenversicherungsträger das relevante Datenmaterial möglichst vollständig weiterzugeben, wobei datenschutzrechtliche Belange zu beachten sind.

§ 15

Kündigung

Dieser Gesamtvertrag sowie die in seiner Umsetzung gemäß § 8 Abs 2 erfolgten Änderungen der jeweiligen Gesamtverträge können vom HV im eigenen Namen und im Namen aller Sozialversicherungsträger sowie von der BKNÄ im eigenen Namen und im Namen aller Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum jeweiligen Kalenderhalbjahr gekündigt werden.

§ 16

Vertragsnachfolge

Mit Abschluss dieser Vereinbarung tritt die Gesamtvertragliche Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte vom 28. Juni 1999 hinsichtlich der Bundeskürrie niedergelassener Ärzte sowie der Länderkurierversammlungen niedergelassener Ärzte außer Kraft.

Wien, 16. Dezember 2004

Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer

Obmann

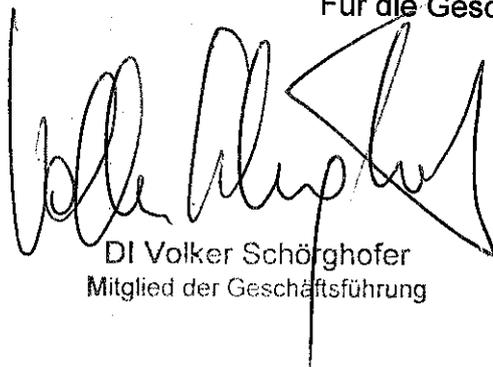


Präsident

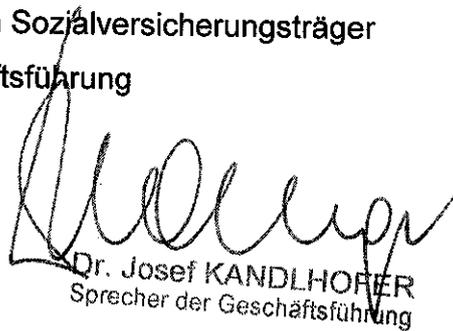


Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Für die Geschäftsführung



DI Volker Schörghofer
Mitglied der Geschäftsführung



Dr. Josef KANDLHOFER
Sprecher der Geschäftsführung

Beilage

Technische Beilage „Die SV-Chipkarte als Krankenscheinersatz, Version 3.1“

Anlagen

Muster für Ärztekostenstatistik

Muster für Gliederung in 15 Ausgabengruppen (§ 10 Abs 5)