Gebührenfrei gemäß § 110 Abs. 1 Ziffer 2 lit. a ASVG

G E S A M T V E R T R A G L I C H E V E R E I N B A R U N G

über die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte

abgeschlossen zwischen der

ÄRZTEKAMMER FÜR OÖ einerseits

und dem

HAUPTVERBAND DER ÖSTERR. SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER
für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 27.7.1956
in der Fassung der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 20.7.1972 und der Zusatzvereinbarung vom 1.10.1998 über die Aufnahme der SVB als § 2-Kasse
angeführten Krankenversicherungsträger andererseits

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.

Gruppenpraxen

Die Bestimmungen gelten für Vertragsgruppenpraxen sinngemäß.

I. Ergänzung der Honorarordnung zum OÖ Ärzte-Gesamtvertrag idgF

Nach dem Abschnitt „G. Rechnungslegung und Honorarüberweisung“ der Honorarordnung zum OÖ Ärzte-Gesamtvertrag werden die nachfolgenden Bestimmungen unter der Überschrift

„H. Handhabung der e-card“

eingefügt. Widerspricht die Honorarordnung zum OÖ Ärzte-Gesamtvertrag oder der OÖ Ärzte-Gesamtvertrag den Bestimmungen zur Handhabung der e-card, gehen letztgenannte Bestimmungen jedenfalls vor.

§ 1

e-card statt Krankenschein

(1) Die e-card der österreichischen Sozialversicherung ersetzt mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbesondere § 3) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung den Krankenschein. Dies gilt nicht für Patienten, die auf Grund internationaler bzw. zwischenstaatlicher Abkommen betreut werden und die keine e-card erhalten haben.

(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 (insbesondere § 3) 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 (insbesondere § 3) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung verwendet werden (Einlesen der e-card), sind wie Personen zu behandeln, die einen Krankenschein, Krankenkassenscheck, Behandlungsschein, Arzthilfenachweis, Arztschein, Überweisungsschein oder einen sonst bisher als Anspruchsnachweis oder Abrechnungsgrundlage akzeptierten Beleg vorweisen. Der Patient hat die e-card bei jeder Inanspruchnahme eines Arztes– allenfalls in Verbindung mit einem Überweisungsschein (Zuweisungsschein und dergleichen) - vorzulegen.

(4) Folgebelege sind vom Arzt unter Berücksichtigung der nachfolgenden Bestimmungen (insbesondere § 3) unter Verwendung der online zur Verfügung gestellten Daten zu erzeugen

§ 2

Ordinationsausstattung

(1) Der Vertragsarzt 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.

(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-Grundausstattung (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 zu übernehmen und ihnen direkt zu ver-

rechnen. Allfällige ISDN-Ersatz-Schaltungskosten sind innerhalb der Peering Point-Gesellschaft zu regeln, dh. es darf daraus keine Mehrkosten für Ärzte geben.

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt.

§ 3

Rechte und Pflichten des Vertragsarztes

(1) Der Vertragsarzt 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 Abrechnungszeitraum 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 einzulesen. Hinsichtlich der Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen bleiben – sofern in der Folge nicht anderes geregelt wird – die bisherigen Regelungen unberüht.

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

(3) Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der SV-Nummer (vgl. § 4 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 Sozialversicherungsnummer (vgl. § 4 Abs. 1) eingegeben wurde 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 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 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 der Störung offline gelesenen 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 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 Frist bis zur rechtskräftigen Entscheidung; die Daten können aber nur maximal sieben Jahre nach ihrer Erzeugung angefordert werden. Vom Honorarstreit ist der e-card-Server-Betreiber vom zuständigen SV-Träger in Kenntnis zu setzen.

§ 4

Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card

(1) Erscheint der Patient ohne e-card in der Arztpraxis, kann der Arzt im Ausnahmefall die Anspruchsberechtigung online durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer sowie – falls bekannt - des zuständigen Sozialversicherungsträgers prüfen, wobei der Patient auf einem vom Arzt unter Verwendung der Sozialversicherungsnummer erzeugten Beleg durch Unterschrift den Arztkontakt sowie den Anspruch zu bestätigen hat. Die Belege sind vom Vertragsarzt 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. Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass die Fälle mit Online-Anspruchsprüfung iSd Abs. 1 die Zahl der bisher in solchen Fällen ausgestellten Ersatzbehand-

lungsscheinen nicht wesentlich übersteigen werden. Sollten dennoch erheblich mehr Online-Anspruchsprüfungen iSd Abs. 1 durchgeführt werden, als zuvor Ersatzbehandlungsscheine ausgestellt wurden, werden von den Vertragsparteien gemeinsam Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

(3) Eine Verrechenbarkeit ist jedenfalls nur dann gegeben, wenn eine Online-Anspruchsprüfung den Anspruch bestätigt hat, andernfalls gilt der Patient als Privatpatient.

(4) Im Zusammenhang mit Visiten gelten die Bestimmungen des Abs. 2 über die Begrenzung nicht.

(5) Die Vertragsparteien werden darauf hinwirken, dass der Einsatz der e-card möglichst regelmäßig erfolgt.

§ 5

System der e-card

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

§ 6

Weitergabe von Daten an die Ärztekammer

(1) Die in § 7 genannten Vertragsarztdaten sind in beliebigen Aufstellungen sowie Übertragungsformen vom Krankenversicherungsträger (als Abrechnungsstelle) an die Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern zu übermitteln. Der Krankenversicherungsträger wird dazu die Formate und Konfigurationen der Datenträger rechtzeitig vor Übermittlung der Daten bekannt geben.

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

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

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

(5) Sollten eine oder mehrere Datenübermittlungen auf Grund 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.

(6) Die Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern verpflichten sich, die ihr ausschließlich auf Grund dieser Vereinbarung übermittelten Unterlagen nicht weiterzugeben.

§ 7

Datenweitergabe

Der Umfang der vom Träger an die Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern zu übermittelnden Daten (§ 6 Abs. 1) wird wie folgt festgelegt:

- 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 Kranken-

versicherungsträger 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.

II. Honorierung im Falle einer persönlichen Verhinderung des Vertragsarztes Vertretungsregelung

In Abschnitt F „Diverse Honorierungsbestimmungen“ der Honorarordnung des OÖ Ärzte-Gesamtvertrages idgF wird unter Pkt. 1 „Honorierung im Falle einer persönlichen Verhinderung des Vertragsarztes“ nach lit. b) die nachstehende lit. c) eingefügt; die bisherigen lit. c) und lit. d) entfallen:

c) Wird jedoch der verhinderte Vertragsarzt durch einen Vertragsarzt vertreten, welcher grundsätzlich der nächsterreichbare sein soll, und wird dieser nicht vom verhinderten Vertragsarzt entschädigt, so ist wie folgt vorzugehen:
Der vertretende Vertragsarzt hat den Betriebsfall „Vertretung/Bereitschaft Urlaub Erstbehandler (AU)“ einzugeben, und zwar bei jedem Patienten, der ihn vertretungsweise in Anspruch nimmt.
Am Quartalsende kann über das e-card-System mit der Funktion „Konsultationsdaten ändern“ eine Liste aller im laufenden Quartal angefallenen Vertretungsfälle aufgerufen werden.
In dieser Liste kann versucht werden, jeden Vertretungsfall auf einen Regelfall zu ändern.

c.1) Wird diese Änderung vom System akzeptiert, so heißt das für den vertretenden Vertragsarzt:

- Der Patient war in diesem Quartal nicht beim verhinderten Vertragsarzt.
- Im System des vertretenden Vertragsarztes wird der Vertreterfall in einen Regelfall umgeändert.
- Dem vertretenden Vertragsarzt steht die Vergütung für einen Regelfall zu (Grundleistungsvergütung gem. Tarif Abschn. A., Ziff.1 lit. a) bzw. Ziff. 2 lit. a) und eine Vergütung für Sonderleistungen und Wegegebühren gem. OÖ Ärzte-Gesamtvertrag idgF).

c.2) Wird diese Änderung vom System nicht akzeptiert, so heißt das für den vertretenden Vertragsarzt:

- Der Patient war in diesem Quartal beim verhinderten Vertragsarzt in Behandlung.
- Dem vertretenden Vertragsarzt steht die Vergütung für einen Vertretungsfall zu (Grundleistungsvergütung gem. Tarif Abschn. A., Ziff.1 lit. b) bzw. Ziff. 2 lit. b) und eine Vergütung für Sonderleistungen und Wegegebühren gem. OÖ Ärzte-Gesamtvertrag idgF).

III. Inkrafttreten und Kündigung/Erlöschen

(1) Diese Vereinbarung tritt mit 1.1.2006 in Kraft.

(2) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung ist nicht gesondert vom OÖ Ärzte-Gesamtvertrag kündbar. Sie erlischt mit Kündigung des OÖ Ärzte-Gesamtvertrages oder mit Kündigung der „Gesamtvertraglichen Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherungsträger“, abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Namen und im Namen aller Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern gemäß deren § 15.

ÄRZTEKAMMER FÜR OÖ

Der Präsident: Der Kurienobmann: Der Kurienobmann-Stellvertreter:

HAUPTVERBAND DER ÖSTERR. SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER
Für die Geschäftsführung:

OÖ GEBIETSKRANKENKASSE

Der leitende Angestellte: Der Obmann: