



DIREKTVERRECHNUNGS- VEREINBARUNG

zwischen der

Ärztammer für Oberösterreich

und dem

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs

1. **Gegenstand**

Die ÄK für OÖ schließt sich der untenstehenden Direktverrechnungsvereinbarung, abgeschlossen zwischen den oberösterreichischen Krankenanstaltenträgern für die öffentlichen Krankenanstalten und Ordenskrankenanstalten sowie dem Verband der Versicherungsunternehmen, vollinhaltlich an. Soweit die Verpflichtungen nur die Krankenanstalten betreffen, erklärt sich die ÄK für OÖ zur bestmöglichen Unterstützung bereit.

2. **Ausnahmen von der Meistbegünstigungsklausel (Pkt. XI)**

Es wird vereinbart, dass die Bestimmungen gem. Pkt. 11.1. bis 11.3. der Direktverrechnungsvereinbarung sinngemäß auch für die Arzthonorare Anwendung finden. In Ergänzung zu Pkt. 11.4. der Direktverrechnungsvereinbarung wird vereinbart, dass die Meistbegünstigungsklausel für Mitglieder der Wohlfahrtskasse OÖ sowie für Versicherte der KFAs keine Anwendung findet.

3. **Anlagen**

Die auf der ersten Seite der untenstehenden Direktverrechnungsvereinbarung angeführten Anlagen (Hauskosten, etc) betreffen lediglich die Krankenanstaltenträger und sind nicht Bestandteil der Vereinbarung mit der ÄK OÖ.

Nachfolgende, mit der ÄK für OÖ vereinbarte Anlagen sind hingegen integrierender Bestandteil dieser Vereinbarung:

Anlage I: Honorarvereinbarung für den Zeitraum 01.07.2016 bis 31.03.2020

Anlage II: AG/Rembob/Palliativ für den Zeitraum 01.07.2016 bis 31.03.2020

Anlage III: Stationäre Sondervereinbarung über definierte verweildauerunabhängige Leistungen für Aufnahmen für den Zeitraum 01.07.2016 bis 31.03.2020

Anlage IV: Operationsgruppenschema 2006 Vers. 5.1

Anlage V: Anwendbare Schlichtungsstellentscheidungen

4. Dauer und Übergangsbestimmungen

In Abweichung zu Pkt. XII der Direktverrechnungsvereinbarung wird Folgendes vereinbart:

4.1. Dauer

Diese Vereinbarung inklusive aller Anlagen gem. Punkt 3 (ausgenommen diese sehen anderslautende Gültigkeitsbestimmungen vor) hat Gültigkeit für Aufnahmen ab 01.07.2016 bis 31.03.2020. Für den Zeitraum 01.04.2016 bis 30.06.2016 wurde ein Moratorium (bislang gültige Sätze und Bestimmungen) vereinbart. Davon unberührt bleibt das außerordentliche Kündigungsrecht gem. Pkt. 13.3. der Direktverrechnungsvereinbarung.

4.2. 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 31.03.2020 die Verlängerung der Vereinbarung einschließlich der Anlagen gem. Pkt. 3 auf drei weitere Monate anzuzeigen. Die Vereinbarung inklusive aller Anlagen gem. Pkt. 3 bleibt in diesem Fall in unveränderter Form drei Monate weiter in Kraft.

Linz/Wien am 30.06.2016

Ärztchammer
für Oberösterreich



Dr. Peter Niedermoser
Präsident

Verband der Versicherungsunternehmen
Österreichs

Sektion Krankenversicherung



Dr. Peter Eichler



Dr. Ulrike Braumüller



VP Dr. Harald Mayer
Kurienobmann angestellte Ärzte



Prim. Dr. Herbert Stekel
Primärärztevertreter

VEREINBARUNG

abgeschlossen zwischen

den Trägern der in Punkt 13.2. genannten Krankenanstalten
im Folgenden kurz „Krankenanstalt“ genannt

und

dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
für die in Punkt 13.1. genannten, die Krankenversicherung betreibenden
Versicherungsunternehmen,
im Folgenden kurz "Krankenversicherer" genannt

Die im Anhang befindlichen Anlagen sind integrierender Bestandteil dieser Vereinbarung

- Anlage I: Anstaltsgebühren
- Anlage II: Datenaustauschvereinbarung (Pkt. 2 durch § 11a - § 11c VersVG obsolet)
- Anlage III: Stationäre Sondervereinbarung über definierte verweildauerunabhängige Leistungen
- Anlage IV: AG/R und Palliativ-Vereinbarung
- Anlage Va: Unverbindliche Empfehlung des VVO, Datenschutzerklärung gem. § 11b VersVG für die Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung
- Anlage Vb: Unverbindliche Empfehlung des VVO, Einzelzustimmung zur Ermittlung von Gesundheitsdaten gem. § 11a Abs. 2 Z 3 VersVG
- Anlage Vc Übersicht zu übermittelnder Dokumente gem. § 11b VersVG

INHALTSVERZEICHNIS

- I. Gegenstand der Vereinbarung
- II. Sonderklasse
- III. Spitalsärzte
- IV. Allgemeines

- V. Verrechnung
- VI. Hauskosten und Honorare
- VII. Zusätzliche Verrechenbarkeit
- VIII. Medizinische Unterlagen und verwaltungsmäßige Auskünfte
- IX. Schlichtungsklausel
- X. Revision und Prüfung des stationären Aufenthaltes
- XI. Meistbegünstigungsklausel
- XII. Dauer und Übergangsbestimmungen
- XIII. Umfängliche Gültigkeit
- XIV. Schlussbestimmungen

ANLAGEN: siehe Deckblatt

I. Gegenstand der Vereinbarung

1.1. Direktverrechnung

Gegenstand dieser Vereinbarung ist – im Falle von entsprechend versicherten Personen¹, die einen gültigen Auftrag zur Direktverrechnung erteilt haben – die Direktverrechnung medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlungen zwischen den Krankenversicherern einerseits und der Krankenanstalt/Ärzte andererseits. Ambulante Heilbehandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

Im Falle des Bestehens einer Tagesklinik-Vereinbarung gilt – ausgenommen diese Tagesklinik-Vereinbarung sieht irgendwelche abweichenden Regelungen vor – der Inhalt der stationären Vereinbarung sinngemäß auch für den tagesklinischen Bereich.

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 Arztes² 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 Pkt. 4.2.).

II. Sonderklasse

Die Sonderklasse unterscheidet sich von der allgemeinen Gebührenklasse durch eine höheren Ansprüchen entsprechende (insbesondere auch eine Menüwahl umfassende) Verpflegung, eine bessere Ausstattung der Krankenzimmer und die geringere Bettenanzahl in den Krankenzimmern. (1- oder 2-Bett-Zimmer – ausgenommen Intensivstationen) (§ 45 Abs. 2 OÖ KAG 1997 idgF). Stationäre Heilbehandlungen, die diesen Kriterien nicht entsprechen, dürfen weder dem Krankenversicherer noch der versicherten Person (Patient/Unterhaltspflichtigen) in Rechnung gestellt werden.

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

III. Spitalsärzte

3.1. Ärztliche Leistungen

Patienten der Sonderklasse haben nach Maßgabe der organisatorischen Gegebenheiten die Möglichkeit, von einem Facharzt ihrer Wahl aus dem Kreis der in der Krankenanstalt beschäftigten Ärzte behandelt und betreut zu werden. Durch diese Verwendungszusage darf die Leitungsbefugnis des Abteilungsleiters keine Einschränkung erfahren bzw. wird die Verrechnung der Ärztehonorare, die im Allgemeinen im Namen des Leiters der Organisationseinheit erfolgt, nicht berührt. Ebenso vom Recht auf freie Arztwahl unberührt bleibt die Aufteilungsbestimmung des § 54 Abs 2 OÖ KAG.

Zumindest sind jedoch medizinische Behandlungen von jenem Facharzt durchzuführen, der dem Patienten gegenüber namhaft gemacht wurde.

3.2. Verantwortlichkeit

Die Krankenanstalt verpflichtet sich, diese Vereinbarung auf alle im Haus tätigen Ärzte vertraglich zu überbinden und dafür Sorge zu tragen, dass die Vereinbarung von den Ärzten eingehalten wird.

IV. Allgemeines

4.1. 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.

4.2. Ausnahmen vom Versicherungsschutz

Vom Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherer sind insbesondere ausgeschlossen:

- Kosmetische Behandlungen (ausgenommen verrechenbare Eingriffe gem. Honorarvereinbarung und 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.

V. Verrechnung

5.1. Allgemeines zur Kostenübernahmeerklärung

Bei Abgabe einer Kostenübernahmeerklärung unter Zugrundelegung der Angaben der Krankenanstalt gemäß Pkt. 5.3 gilt diese unter der Bedingung, dass eine medizinische Notwendigkeit nach Maßgabe des Pktes 1.2. für die stationäre Heilbehandlung gegeben ist.

Die Krankenversicherer verpflichten sich nach Maßgabe der im Rahmen dieser Vereinbarung abgegebenen Kostenübernahmeerklärung (für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in der Sonderklasse) zu einer Direktverrechnung der Hauskosten und ärztlichen Honorare gegenüber der Krankenanstalt, wobei die Arzthonorare von der Krankenanstalt im Namen und auf Rechnung der honorarberechtigten Ärzte gem. § 54 Abs 1 OÖ KAG vorgeschrieben werden.

Ein allfälliger im Tarif vorgesehener Selbstbehalt wird vom Krankenversicherer eingehoben - eine diesbezügliche Einschränkung der Kostenübernahme ist daher nicht zulässig.

5.2. Umfang der Kostenübernahmeerklärung

Die Kostenübernahme kann umfassen:

- 5.2.1. Übernahme der Kosten für die Unterbringung in der allgemeinen Gebührenklasse.
- 5.2.2. Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Sonderklasse-Zweibettzimmer inklusive Übernahme der Kosten für den Teil der Allgemeinen Gebührenklasse.
- 5.2.3. Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Sonderklasse-Einbettzimmer inklusive Übernahme der Kosten für den Teil der Allgemeinen Gebührenklasse.
- 5.2.4. Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Sonderklasse-Zweibettzimmer.
- 5.2.5. Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Sonderklasse-Einbettzimmer.
- 5.2.6. Übernahme der Kosten für die Begleitperson.
- 5.2.7. Übernahme der Kosten gemäß Pkt. 5.2.1. bis 5.2.6. im tariflich versicherten Ausmaß (eingeschränkte Kostenübernahme) für Versicherte mit nicht kostendeckenden Regionaltarifen trotz aktueller Anpassungsstufe.

5.3. 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 7.2.6.) die Kostenübernahmeerklärung von der Krankenanstalt anlässlich der Aufnahme vom Krankenversicherer auf elektronischem Wege angefordert werden.

Die Anforderung hat folgende Angaben zu enthalten:

- Krankenanstalt (Identifikationsnummer)
- Leistungserbringer (aufnehmende Organisationseinheit und honorarberechtigte Ärzte gem. § 54 Abs 1 OÖ KAG mit Identnummer und Fach)
- Patientendaten:
 - Vor- und Familienname
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
 - Anschrift
 - Sozialversicherungsnummer (wenn bekannt)
 - Polizzenummer (wenn bekannt)
- Aufnahmedaten (Aufnahmezahl, Datum, Gebührenklasse)
- Medizinische Daten (Aufnahmediagnose)
- gegebenenfalls Begleitperson

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) auf dem Wege der elektronischen Datenübermittlung entweder die Kostenübernahmeerklärung zuzusenden, nähere Informationen bei der Krankenanstalt einzuholen oder mitzuteilen, dass ein Leistungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag nicht oder nicht im angeforderten Ausmaß besteht.

5.4. Fristenhemmung bei Informationseinholung

Erfordert die Entscheidung über den Leistungsanspruch die Bekanntgabe weiterer in der Krankenanstalt vorhandener medizinischer Daten durch die Krankenanstalt, so hat der Krankenversicherer diese Daten durch eine konkretisierte Anfrage innerhalb der vorgenannten Frist anzufordern und der Krankenanstalt die Entscheidung spätestens an dem auf das Einlangen der vollständigen Daten beim Krankenversicherer folgenden Werktag (außer Samstag) elektronisch bekannt zu geben. Allfällige Fristen bzw. Rechtsfolgen sind ab Eingang der Anforderung des Krankenversicherers bis zur Erteilung der Information durch die Krankenanstalten gehemmt. Im Regelfall hat eine solche Anfrage nur einmal pro stationären Aufenthalt zu erfolgen.

Sollte für die Einholung zusätzlicher Informationen eine Einzelzustimmung gem. § 11a Abs.2 Z 3 VersVG erforderlich sein, gilt Pkt. 8.4. (Datenschutzerklärung für den Einzelfall) entsprechend.

Nach Eingang der angeforderten Informationen ist die Stellungnahme wie vorstehend (Pkt 5.3.) abzugeben.

5.5. Änderung der Diagnose

5.5.1. 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.

5.5.2. Widerruf der Kostenübernahmeerklärung bei versicherungsvertraglichem Leistungsausschluss

Fällt die gem. Pkt. 5.5.1. – nicht mehr der Kostenübernahmeerklärung entsprechende - Diagnose unter einen versicherungsvertraglichen Leistungsausschluss zwischen dem Krankenversicherer und dem Versicherten (siehe auch Pkt. 7.2.1.), 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 der Krankenanstalt und dem Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter.

5.5.3. Zu unterscheiden von den in Pkt. 5.5.2 genannten 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 Pkt. 5.1.). In diesen Fällen ist ausschließlich gemäß Pkt. 5.8.8 (Einspruch bei Rechnungskürzungen oder –streichungen) vorzugehen.

5.6. Verlängerung der Kostenübernahmeerklärung

Wurde die Kostenübernahmeerklärung befristet 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. Die Verlängerung der Kostenübernahme ist wie die Erstanforderung abzuwickeln.

5.7. Informationspflichten

5.7.1. Information an Patienten und Ärzte

Die Krankenanstalt wird die Patienten bzw. deren Angehörige sowie die Leiter der betroffenen Organisationseinheiten über Einschränkungen, Ablehnungen und Widerrufe von Kostenübernahmeerklärungen bzw. über von der Anforderung abweichend ausgestellte Kostenübernahmeerklärungen durch die Krankenversicherer in geeigneter Weise informieren.

5.7.2. Information an Krankenversicherer

Eine gegenüber der Krankenanstalt ausgestellte Kostenübernahmeerklärung wird gegenstandslos, wenn die versicherte Person (Patient) den Krankenhausaufenthalt nicht antritt. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, den Krankenversicherer über diesen Umstand zu informieren.

5.8. Rechnungslegung

5.8.1. Zeitpunkt der Rechnungslegung

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

5.8.2. Die ordnungsgemäßen Abrechnungsunterlagen beinhalten:

- a) Polizzenummer
- b) Familien- und Vorname sowie Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten
- c) Sozialversicherungsträger und –nummer (sofern gesetzlich krankenversichert)
- d) Aufnahmezahl (AZ-Nummer)
- e) Aufenthaltsdauer (Anzahl der Pflgetage und Daten des Aufnahme- und 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 bei dem privaten Krankenversicherer verrechneten Aufhalten in der Allgemeinen Gebührenklasse im Falle einer LKF-Abgeltung / Entlassungsbericht und bei Operationen zusätzlich OP-Bericht);
- h) Darstellung unter Angabe aller Einzelpositionen der Honorare (inkl. Name und Fachrichtung der honorarberechtigten Ärzte gem. § 54 Abs 1 OÖ KAG) und Hauskosten.

5.8.3. Rechnungslegung mit unvollständigen Abrechnungsunterlagen

Erfolgt die Rechnungslegung nicht gemäß Pkt. 5.8.2., wird die rechnungslegende Stelle vom Krankenversicherer unter Hinweis auf den

Mangel informiert. Eine Bearbeitung durch den Krankenversicherer erfolgt erst nach Eingang der fehlenden Abrechnungsunterlagen.

5.8.4. Formal systematisch falsch erstellte Rechnungen

Systematisch den formalen Kriterien der Vereinbarung widersprechend erstellte Rechnungen werden nach schriftlichem Hinweis durch den Krankenversicherer bei Fortsetzung des vereinbarungswidrigen Verhaltens nicht mehr bearbeitet, bei elektronischer Rechnungslegung technisch abgelehnt.

5.8.5 Zahlungsfrist

Als Zahlungsfrist wird ein Zeitraum von 4 Wochen ab Einlangen der gemäß Pkt. 5.8.2. definierten Abrechnungsunterlagen beim Krankenversicherer vereinbart. In Fällen gemäß Pkt. 5.8.4. wird diese Frist nicht ausgelöst.

5.8.6. Einholung weiterer Informationen

Ergeben sich bei der Bearbeitung der Abrechnungsunterlagen durch den Krankenversicherer Unklarheiten, fordert der Krankenversicherer innerhalb der offenen Zahlungsfrist notwendige weitere Informationen bei der rechnungslegenden Stelle an. Diese Anforderung versteht sich dabei in der Regel als einmalige Anforderung pro Rechnungslegung. Vom Tage der Anforderung der erforderlichen Informationen durch den Krankenversicherer bis zum Zeitpunkt der Übermittlung dieser Informationen an den Krankenversicherer tritt Fristhemmung (sh Pkt. 5.8.5. und 5.8.8.) ein. Ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser angeforderten Informationen gilt eine besondere Zahlungsfrist von 2 Wochen als vereinbart, wobei dadurch die allgemeine Zahlungsfrist gemäß Pkt. 5.8.5. nicht verkürzt wird.

Ist zur Übermittlung ergänzender, zur Rechnungsprüfung erforderlicher medizinischer Unterlagen die Einholung einer Einzelzustimmung vom Patienten/gesetzlichen Vertreter gem § 11 a Abs 2 Z 3 VersVG erforderlich, sind die Fristen gem Pkt. 5.8.5. (Zahlungsfrist) und Pkt. 5.8.8. (Einspruch bei Rechnungskürzungen oder –streichungen) bis zu deren Vorlage beim Krankenversicherer gehemmt.

Der Krankenversicherer übermittelt die Aufforderung zur Einzelzustimmung an den Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter und verständigt gleichzeitig die Krankenanstalt in elektronischer Form davon. Sollte die Einzelzustimmung nicht binnen 3 Wochen ab Versendung beim Krankenversicherer einlangen, gilt Pkt. 7.2.8. bzw. Pkt. 8.5. (Widerruf der Kostenübernahmeerklärung); in diesem Fall wird der Krankenversicherer die Krankenanstalt unverzüglich informieren.

Macht der Patient glaubhaft, dass er ohne sein Verschulden an einer fristgerechten Erteilung der Einzelzustimmung gehindert war, wird die Krankenanstalt eine allenfalls bereits an den Patienten/gesetzlichen Vertreter gerichtete Rechnung gem Pkt. 7.2.8. stornieren. An Stelle dessen erfolgt die Rechnungslegung an den Krankenversicherer gemäß dieser Vereinbarung.

5.8.7. Verzugszinsen

Im Falle eines Zahlungsverzuges können Verzugszinsen für den aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag in Höhe von 8,5 % p.a., dem landesgesetzlichen Zinssatz (vgl. § 56 Abs. 1 OÖ KAG 1997 idgF), in Rechnung gestellt werden.

5.8.8. 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 2 Monaten ab Rechnungseingangsdatum³ zu informieren. Dagegen kann innerhalb einer Frist von 4 Monaten ab Rechnungseingangssdatum seitens der rechnungslegenden Stelle ein begründeter Einspruch erhoben werden (siehe dazu Pkt. 5.8.8.b). Die Rechnung gilt als akzeptiert, wenn innerhalb von 2 Monaten ab Rechnungseingangsdatum keine nachvollziehbare Bemängelung der Rechnung durch den Krankenversicherer erfolgt. Rechnungsteile, die nicht beeinsprucht werden, sind innerhalb der in Pkt. 5.8.5. genannten Zahlungsfrist zu erledigen.
- b) Der Einspruch durch die rechnungslegende Stelle hat beim betroffenen Krankenversicherer mit schriftlicher Begründung 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 6 Monaten ab Rechnungseingangssdatum unter Beilage der vollständigen Abrechnungsunterlagen der Schlichtungsstelle (siehe Pkt. 9) vorgelegt werden.
- c) Erfolgt innerhalb der in Pkt. 5.8.8. a) genannten Frist von 4 Monaten ab Rechnungseingangsdatum kein Einspruch, gilt die vom Krankenversicherer vorgenommene Rechnungserledigung als von den Vertragspartnern akzeptiert.
- d) Weitere Forderungen (ausgenommen Nachverrechnungen in Einzelfällen gem. Pkt. 5.8.9.), Kürzungen bzw. Rückforderungen aus dem Aufenthalt sind für die Vertragspartner nicht zulässig und somit gilt die Rechnungslegung für diesen Aufenthalt aus den abgerechneten Leistungen als abgeschlossen.

5.8.9. Nachtragsrechnungen

Im Allgemeinen sind gem. Pkt. 5.8.2. 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,

³ Eingangsdatum beim Krankenversicherer (elektronischer Bestätigungsvermerk)

eine Nachtragsrechnung, so reduziert sich die Nachtragsrechnung wegen des zusätzlichen Aufwandes beim Krankenversicherer um den Betrag, der beim Eingang der Nachtragsrechnung mit der Ärztekammer für Oberösterreich als Honorar für ein Konsil vereinbart ist. 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.

5.9. Elektronische Verrechnung

Detaillierte Bestimmungen über die elektronische Verrechnung ärztlicher Honorare und Hauskosten werden in der Anlage II geregelt.

VI. Hauskosten und Honorare

6.1. Umfang/Allgemeines

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens des Krankenversicherers eine Kostenübernahmeerklärung nach Pkt 5.3. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt die in den Anlagen angeführten Beträge.

6.2. Verrechenbarkeit

Leistungen sind nur verrechenbar, soweit sie im Sinne des Pkt. 1. indikationsgerecht für diagnostische oder therapeutische Maßnahmen geleistet werden, die im Zusammenhang mit der den stationären Aufenthalt begründenden Diagnose und/oder Therapie medizinisch notwendig und entsprechend dokumentiert sind.

6.3. Unterschiedliche Gebührenklassenbelegung

Sollte ein Sonderklasse-Versicherter das Zweibettzimmer deshalb mit einer Person, die nur für Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse versichert ist, teilen, weil kein Bett in der Allgemeinen Gebührenklasse frei ist (§ 46 Abs. 5 OÖ KAG 1997 idgF), wird die Krankenanstalt für den Patienten der Allgemeinen Gebührenklasse, die für die Sonderklasse vorgesehenen Zusatzleistungen nicht erbringen. Andere Fälle – dazu zählt auch die gemischte Belegung eines Sonderklassezimmers mit einer nicht für die Kosten der Sonderklasse zusatzversicherten, bei einer der sogenannten „kleinen Kassen“ (BVA, SVA, VAEB, etc) gesetzlich krankenversicherten Person - einer unterschiedlichen Gebührenklassenbelegung sind im offenkundigen Interesse aller Beteiligten zu vermeiden. Im Beschwerdefall werden die konkreten organisatorischen Erfordernisse der unterschiedlichen Gebührenklassenbelegung geprüft. Sofern einvernehmlich festgestellt wird, dass keine sachlich fundierte und somit den erklärten Absichten beider Vertragspartner widersprechende Vorgehensweise vorliegt, kommen für den gesamten Aufenthalt keine Sonderklassegebühren (weder Hauskosten noch ärztliche Honorare) zur Verrechnung. Die Pönale gem. Pkt. 11. der Direktverrechnungsvereinbarung kommt zur Anwendung.

6.4. Aufnahme- und Entlassungstag

Der Aufnahme- sowie der Entlassungstag sind voll verrechenbar.

6.5. Transferierungen

Im Falle einer Transferierung kann jeweils nur die übernehmende Krankenanstalt den Aufnahmetag verrechnen

6.6. Teaching OPs

Operationen, bei denen Turnusärzte und/oder in Ausbildung zum Facharzt befindliche Ärzte zu Ausbildungszwecken federführend tätig sind (Teaching OPs), werden nur bezahlt, wenn der Versicherte darüber im Vorhinein aufgeklärt wurde und seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

6.7. Anteiliger Kostenersatz durch Dritte

Allfällige von einem öffentlichen Träger der Sozialversicherung, Fonds oder anderen Kostenträgern 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.

VII.

Zusätzliche Verrechenbarkeit

7.1. Grundsätzliches Verrechnungsverbot

7.1.1. Über diese Vereinbarung samt Anlagen hinausgehende Honorare/Hauskosten 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 Pkt. 7.2. 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.

7.1.2. Differenzhonorare/Hauskosten zwischen den Forderungen des Arztes/Krankenanstalt und den vertraglich nach Befassung der Schlichtungsstelle abrechenbaren Honoraren/Hauskosten, dürfen vom Arzt/Krankenanstalt der versicherten Person (Patient/Unterhaltspflichtigen) nicht in Rechnung gestellt werden. Diese sind ggf. klagsweise vom Arzt/Krankenanstalt gegenüber der Versicherung zur Klärung der Ansprüche geltend zu machen (siehe dazu Pkt. 9.3).

Nach bilateralen Einigungen zwischen honorarberechtigtem Arzt/Krankenanstalt und jeweiligem Krankenversicherer ist – ausgenommen Fälle gemäß Pkt 7.2. - keine Vorschreibung von Honoraren/Hauskosten an die versicherte Person (Patient/Unterhaltspflichtigen) möglich.

Unter Arzt ist der honorarberechtigte Arzt gem. § 54 Abs 1 OÖ KAG zu verstehen.

7.1.3. 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 Pkt. 9. vorzugehen; dies gilt auch nach Verweigerung der Verlängerung einer befristet abgegebenen Kostenübernahmeerklärung.

7.2. Ausnahmen

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

- 7.2.1. bei Ablehnung der (weiteren) Kostentragung durch die Krankenversicherer aus Gründen, die das individuelle Vertragsverhältnis zwischen Krankenversicherer und versicherte Person (Patient) betreffen (z.B.: Leistungsausschlüsse, keine oder unvollständige Deckung der Kosten, Deckungsmängel udgl., siehe auch Pkt. 4.2. und 5.5.2.);
- 7.2.2. bei Ablehnung der Kostentragung durch die soziale Krankenversicherung bzw. wenn diese nicht direkt mit der Krankenanstalt verrechnet werden, die jeweiligen aushaftenden Gebühren (Pflegebührentagsätze, Pflegegebührenersätze, LKF-Gebühren);
- 7.2.3. Differenzkosten auf Rechnungsbeträge laut Anlagen bei eingeschränkten Kostenübernahmen gemäß Pkt. 5.2.7.;
- 7.2.4. in Fällen gemäß Pkt. 9.5.4. (Umbuchung auf die Allgemeine Gebührenklasse) allfällige Kostenbeiträge für den Oberösterreichischen Gesundheitsfonds sowie den Patientenentschädigungsfonds (§ 52 Ab 3 und 4 OÖ KAG 1997 idgF);
- 7.2.5. bei zusätzlichen nichtmedizinischen Leistungen, die vom Patienten (Unterhaltspflichtigen) geordert werden und über das vertraglich vereinbarte Maß hinausgehen;
- 7.2.6. für Untersuchungen und Behandlungen, die keine stationäre Aufnahme erfordern (z.B. Durchuntersuchungen), 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;
- 7.2.7. in Einzelfällen bei konsiliariter erbrachten Leistungen, die
 - a) auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten mit schriftlicher Zustimmung zur eigenen Kostenerstattung erfolgen und

b) nicht im Zusammenhang mit dem leistungspflichtigen Krankheitsgeschehen stehen und

c) von einer nicht im Rahmen des leistungspflichtigen Krankheitsgeschehens tätigen Fachrichtung erbracht werden.

7.2.8. bei Widerruf der Kostenübernahmeerklärung gemäß Pkt. 8.5.;

7.2.9. die Kosten der Beförderung des Patienten in eine Krankenanstalt und aus einer Krankenanstalt sowie von einer in eine andere Krankenanstalt, die Beistellung eines Zahnersatzes - sofern dieser nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt -, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) - soweit sie nicht therapeutische Behelfe (z.B. Implantate) darstellen -, die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen (vgl. § 51 Abs. 2 OÖ KAG idgF), wenn diese Kosten von der Krankenanstalt zu tragen sind und nicht von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden;

VIII.

Medizinische Unterlagen und verwaltungsmäßige Auskünfte

8.1. Allgemeines

Die Krankenversicherer verpflichten sich, anlässlich des Abschlusses des Versicherungsvertrages von der versicherten Person (Patient) alle nach den datenschutzgesetzlichen Vorschriften bzw. dem Versicherungsvertragsgesetz erforderlichen Erklärungen darüber einzuholen, bei Krankenanstalten und Ärzten alle nach diesen Gesetzen zulässigen, mit ihrem individuellen Versicherungsschutz in Zusammenhang stehenden Auskünfte beschaffen zu dürfen. Die Krankenversicherer verpflichten sich weiters, bei Krankenanstalten und Ärzten medizinische Unterlagen und Auskünfte nur dann einzuholen, wenn sie von der betroffenen Person hiezu ermächtigt (bevollmächtigt) sind. Die diesbezügliche Beurteilung liegt im Verantwortungsbereich des Krankenversicherers. Dies gilt insbesondere dann, wenn der elektronischen Anforderung einzelzustimmungspflichtiger Daten (sh. Pkt. 8.4.) der Hinweis „Einzelzustimmung liegt vor“ beigefügt ist.

8.2. Übermittlung von Gesundheitsdaten

Die Krankenanstalten verpflichten sich, auf Grundlage der in Pkt. 8.1 angeführten Ermächtigung, dem anfordernden Krankenversicherer Kopien folgender abrechnungsrelevanter ärztlicher Befunde betreffend die Kostenübernahmen und/oder Verrechnung kostenfrei zur Verfügung zu stellen:

- Anamnese
- Anästhesieprotokoll
- Intensivprotokoll

- **Konsiliarbefunde**

Kopien aller anderen abrechnungsrelevanten Teile der Krankengeschichte werden gegen Kostenersatz gemäß Pkt. 8. der Anlage I übermittelt.

8.3. Datenschutzerklärung für die Direktverrechnung

Die Krankenanstalt verpflichtet sich, bei Aufnahme des Patienten in die Krankenanstalt eine den Bestimmungen des DSGVO idjgF und dem Versicherungsvertragsgesetz idjgF entsprechende Zustimmungserklärung des Patienten, dessen Bevollmächtigten, Sachwalter oder gesetzlichen Vertreters zur Beauftragung der Direktverrechnung bzw. Übermittlung personenbezogener Gesundheitsdaten gemäß § 11b Abs.2 VersVG an das zuständige Versicherungsunternehmen für den konkreten Behandlungsfall einzuholen (siehe Anlage Va, Muster Datenschutzerklärung gem. §11 b VersVG für die Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung).

8.4. Datenschutzerklärung für den Einzelfall

Sofern zur Rechnungs- bzw. Leistungsprüfung Informationen erforderlich sind, für die gemäß Anlage Vc eine Einzelzustimmung des Patienten/gesetzlichen Vertreters erforderlich ist, wird diese – nach entsprechendem Ersuchen durch den Krankenversicherer bzw. soweit für die entsprechenden Anamnesedaten im Entlassungsbrief erforderlich - von der Krankenanstalt eingeholt (Muster siehe Anlage Vb, Einzelzustimmung zur Ermittlung von Gesundheitsdaten). Dies setzt voraus, dass sich der Patient zum Zeitpunkt des Einlangens der Informationsanforderung noch in der Krankenanstalt befindet. Hat der Patient die Krankenanstalt bereits verlassen, gilt Pkt. 5.8.6., vorletzter bzw. im Bedarfsfall auch letzter Absatz.

Ist zur Prüfung einer allfälligen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 16 VersVG eine Abschrift der Anamnese erforderlich, wird diese innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren nach Abschluss des jeweiligen Krankenversicherungsvertrages von der Krankenanstalt auf Grund einer Zustimmung, die im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages eingeholt wurde, ohne weitere Einzelzustimmung an den Krankenversicherer übermittelt. Auch hier wird der Vermerk „Einzelzustimmung liegt vor“ bei der elektronischen Anforderung mitgeliefert.

8.5. Konsequenzen bei Fehlen der Datenschutzerklärungen

Verweigert oder widerruft ein Patient/gesetzlicher Vertreter eine gesetzlich erforderliche Zustimmungserklärung/Auftrag zur Direktverrechnung (oder ist der Patient nicht ansprechbar und wurde kein Bevollmächtigter, Sachwalter oder gesetzlicher Vertreter bestimmt), ist der Krankenversicherer berechtigt, eine bereits abgegebene Kostenübernahmeerklärung für den davon betroffenen Aufenthalt zu widerrufen. Die Kostenverrechnung erfolgt hierfür direkt zwischen der Krankenanstalt und den Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern (Pkt. 7.2.8.). Die Krankenanstalt wird den Krankenversicherer unverzüglich über ein allfälliges Nichtvorliegen einer gesetzlich erforderlichen Zustimmungserklärung gem. Pkt. 8.3. und 8.4. informieren. Die Krankenanstalt wird außerdem die versicherte Person (deren Bevollmächtigten,

Sachwalter oder gesetzlicher Vertreter) informieren, dass in diesem Fall die Kosten des Sonderklasseaufenthalts von der versicherte Person (Patient) zu tragen sind, die einen möglichen Ersatz danach selbst mit dem Krankenversicherer abzuklären hat.

8.6. Sollte eine Rechnungsprüfung mangels dafür erforderlicher Unterlagen, deren Übermittlung bei Abschluss dieser Vereinbarung üblich war, aus gesetzlichen Gründen nicht mehr zulässig sein, sind über Art und Umfang der Fortführung der Vereinbarung unverzüglich Gespräche aufzunehmen.

8.7. Sämtliche Unterlagen, die von der Krankenanstalt an den Krankenversicherer weitergeleitet werden, gelten für die gesamte Abrechnung und Rechnungsprüfung im Rahmen dieser Vereinbarung als verbindlich.

IX. Schlichtungsklausel

9.1. Zuständigkeit

9.1.1. Bestehen zwischen der rechnungslegenden Krankenanstalt und dem betroffenen Krankenversicherer Differenzen über auf diese Vereinbarung gestützte Forderungen, so werden diese zwischen den beiden ausgetragen. Kommt es innerhalb der in Pkt. 5.8.8.b) festgelegten Frist zu keiner Einigung, wird der Fall der Schlichtungsstelle, die zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs eingerichtet ist, vorgelegt. Ab Einberufung ist der Fall bei Vorliegen aller erforderlichen Informationen tunlichst innerhalb einer Frist von 6 Monaten zu erledigen. Der Schlichtungsausschuss wird paritätisch mit Mitgliedern der Ärztekammer für Oberösterreich und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs besetzt. Der Schlichtungsausschuss kann Entscheidungen nur einstimmig treffen.

9.1.2. Die Schlichtungsstelle findet wechselweise am Sitz der Ärztekammer für Oberösterreich und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs statt. Verhandlungen können auch an einem anderen, einvernehmlich festgelegten Ort stattfinden, wenn dies die Behandlung der Sache erleichtert.

9.2. Organisation

9.2.1. Die Organe der Schlichtungsstelle bestehen pro Partei (Ärztekammer für Oberösterreich und Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs) aus je drei ständigen, stimmberechtigten Mitgliedern, und maximal 4 nicht stimmberechtigten Beiräten.

Die Krankenanstalten können einen rechtskundigen Vertreter zu den Verhandlungen entsenden, der außer bei Arzthonorarfällen stimmberechtigt ist.

Als Geschäftsstelle fungiert die Ärztekammer Oberösterreich, die die administrativen Angelegenheiten, die Terminkoordination sowie Protokollführung übernimmt.

Die stimmberechtigten Mitglieder sind gegenseitig mit Name und Anschrift bekannt zu geben.

Bei Verhinderung eines ständigen Mitgliedes zu einem Verhandlungstermin kann ein Ersatzvertreter nominiert werden. Das entschuldigte sowie das unentschuldigte Nichterscheinen eines ständigen Mitgliedes hindert nicht die ordnungsgemäße Durchführung einer Schlichtungsverhandlung.

9.2.2. Den Vertragsparteien steht es frei, einen medizinischen Sachverständigen beizuziehen.

9.2.3. Der von dem konkreten Fall betroffene Arzt ist von der Ausübung des Stimmrechts ausgeschlossen. Sollte er ein stimmberechtigtes Mitglied sein, ist für die Bearbeitung dieses Falles von ihm ein Vertreter namhaft zu machen. Kommt er dem nicht nach, wird die Bearbeitung dieses Falles bis zur Namhaftmachung eines Vertreters ausgesetzt.

9.3. Einleitung des Schlichtungsverfahrens

9.3.1. Die Partei, die ein Schlichtungsverfahren einleitet, richtet ihren Antrag an die Ärztekammer Oberösterreich, die die Anträge an den Verband der Versicherungsunternehmen weiterleitet.

Der Antrag hat zu enthalten:

- a vollständig ausgefülltes vom Schlichtungsausschuss ausgearbeitetes Formblatt inklusive einer kurzen Darstellung des Sachverhaltes sowie ein begründetes Begehren;
- b zur Fallprüfung erforderliche medizinische Unterlagen sowie weitere für die Beurteilung des Falles notwendige Unterlagen;

9.3.2. Die Schlichtungsstelle tritt bei Bedarf, grundsätzlich jedoch einmal pro Quartal zusammen. Sie hat sämtliche Anträge, die bis spätestens 8 Wochen vor einem Sitzungstermin mit den in 9.3.1.a und b angeführten Unterlagen bei der Geschäftsstelle einlangen (Eingangsstempel), zu behandeln.

9.3.3. Das Schlichtungsverfahren hemmt Verjährungsfristen. Die Hemmung beginnt an jenem Tag, an welchem der Einspruch bei der Schlichtungsstelle einlangt und endet mit dem Tag, an dem das Protokoll, in welchem die Entscheidung der Schlichtungsstelle dokumentiert ist, der Krankenanstalt zugeht. Eine Verjährung tritt jedenfalls ein Jahr nach Eingang der Entscheidung der Schlichtungsstelle bei der Krankenanstalt ein (siehe Pkt.9.5.3.).

9.4. Verfahren

9.4.1. Das Verfahren wird nach freiem Ermessen, aber unter Beachtung der Grundsätze der Unparteilichkeit, Unbefangenheit, Gerechtigkeit und Billigkeit durchgeführt.

9.4.2. Der konkrete Verfahrensablauf wird in Abstimmung mit den stimmberechtigten Mitgliedern festgelegt. Von der Ärztekammer Oberösterreich wird eine Tagesordnung an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs sowie dem rechtskundigen Vertreter der Krankenanstalten übermittelt.

9.5. Beendigung des Schlichtungsverfahrens

9.5.1. Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses muss einstimmig erfolgen, sie ist für beide Vertragspartner verbindlich.

9.5.2. Kann keine Einstimmigkeit erzielt werden, endet für diesen konkreten Schlichtungsfall die Tätigkeit der Schlichtungsstelle.

9.5.3. Die Entscheidungen der Schlichtungsstelle werden dokumentiert; das angefertigte Protokoll muss von allen stimmberechtigten Mitgliedern der Vertragsparteien unterfertigt werden. Erst nach Unterfertigung des Protokolls durch alle stimmberechtigten Mitglieder entfacht dieses Bindungswirkung für beide Vertragsparteien. Diese verpflichten sich, das Protokoll den in die Fälle involvierten Parteien (Versicherungsunternehmen, Ärzte und Häuser) zukommen zu lassen.

9.5.4. Befindet die Schlichtungsstelle, dass ein Aufenthalt oder die Dauer eines Aufenthalts in der Sonderklasse vom Krankenversicherer zur Gänze oder teilweise nicht zu bezahlen ist, werden dem Patienten von der Krankenanstalt keine Entgelte irgendeiner Art – sofern sie nicht ohnedies gemäß Pkt. 7.2. verrechenbar sind – in Rechnung gestellt. Dies gilt auch für eine entsprechende Einigung zwischen Krankenanstalt und betroffenem Krankenversicherer vor Einleitung eines Schlichtungsverfahrens. Wird der Patient von der Krankenanstalt aus verrechnungstechnischen Gründen formal auf die Allgemeine Gebührenklasse umbucht, können dem Krankenversicherer allfällige Kostenbeiträge für die allgemeine Gebührenklasse gem. § 52 Abs. 1 OÖ KAG 1997 idgF und § 447f Abs 7 ASVG idgF (Mitversicherertenbeitrag) in Rechnung gestellt werden.

9.6. Kosten

9.6.1. Jede Vertragspartei trägt die von ihr aufgewendeten Verfahrenskosten und Auslagen der von ihr entsandten Mitglieder selbst.

9.6.2. Die Kosten für einvernehmlich vom Schlichtungsausschuss beigezogene Sachverständige werden je zur Hälfte von beiden Parteien getragen. Hat eine Partei alleine einen Sachverständigen beigezogen, trägt diese die Kosten selbst.

9.7. Besondere Zahlungsfristen

Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragspartner beginnt eine zweiwöchige Zahlungsfrist ab Bindungswirkung gemäß Pkt. 9.5.3. bzw.-- wenn diese Einigung von der ursprünglichen Rechnung abweicht - mit Vorliegen der dem Schlichtungsstellenentscheid entsprechenden Rechnung zu laufen.

9.8. Klagslegitimation

Bestehen zwischen dem Krankenversicherer und dem Arzt/der Krankenanstalt Differenzen über Honorarforderungen oder Hauskosten nach dieser Vereinbarung bzw. deren Anlagen, so hat der Arzt/die Krankenanstalt das Recht, ihre Forderungen gegenüber dem Krankenversicherer gerichtlich direkt geltend zu machen, sofern das Schlichtungsverfahren gemäß Pkt. 9.1. abgeschlossen ist und noch daraus resultierende Honorarforderungen des Arztes/Hauskosten bestehen. Der Krankenversicherer verzichtet in diesem Verfahren auf die Einrede der mangelnden passiven Klagslegitimation; der Arzt/die Krankenanstalt verzichtet darauf, dem Patienten (Unterhaltspflichtigen) eine Rechnung zu stellen bzw. diesen direkt (mit) zu klagen.

9.9. Diese Vereinbarung zielt darauf ab, privatversicherte Patienten nicht mit den Verrechnungsmodalitäten ihrer Aufenthalte zu belasten (ausgenommen Pkt. 7.2. und Zeugenladungen). 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.

X.

Revision und Prüfung des stationären Aufenthaltes

10.1. Revision

Den Krankenversicherern wird die Möglichkeit zu detaillierten Revisionen von Abrechnungsfällen eingeräumt. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die hierfür vorhandenen und erforderlichen Unterlagen vor Ort zur Verfügung zu stellen. Diese Revisionen können maximal 1x pro Jahr erfolgen. Außerordentliche Revisionen sind aus begründetem Anlass möglich.

Der Termin der Revision und deren Inhalt und Umfang werden einvernehmlich mit der Krankenanstalt / dem Rechtsträger festgelegt. Der Rechtsträger kann Vertreter entsenden.

Strittige Ergebnisse der Revision werden in der Schlichtungsstelle behandelt. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragspartner wird als Zahlungsfrist ein Zeitraum von 4 Wochen ab Datum der Einigung vereinbart.

Davon bleiben die Fristen gemäß Pkt. 5.8.5. unberührt.

10.2. Prüfung des stationären Aufenthaltes

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.

XI.

Meistbegünstigungsklausel

11.1. Soweit Patienten, die nicht bei einem der in Pkt. 13 genannten privaten Krankenversicherer für die jeweiligen Leistungen versichert sind, für die gleichen Leistungen günstigere Preise (Hauskosten) als die in der vorliegenden Vereinbarung festgelegten Preise eingeräumt werden, wird pro Verstoß (= pro Aufenthalt, in welchem die Vertragsverletzung stattgefunden hat) eine Pönale in Höhe von € 1.500,-- bzw. für jeden weiteren Verstoß eine Pönale in Höhe von € 3.000,-- vereinbart. Preise, die um die Leistungen von Pflichtversicherungen reduziert sind, gelten im Ausmaß dieser Reduktion nicht als günstigere Preise.

11.2. Die Meistbegünstigungsklausel ist dann nicht verletzt, wenn dem betroffenen Patienten eine Rechnung zur Zahlung betreffend den Differenzbetrag zumindest auf die im vorliegenden Vertrag festgelegten Preise übermittelt und diese im Rahmen des üblichen Mahnverfahrens eingefordert wird.

11.3. Bei der Einräumung weitgehender Zusatzleistungen, für die keine Verrechnung erfolgt, erhöht sich der Leistungsumfang auch für Patienten, die bei einem der in Pkt. 13 genannten Krankenversicherer für die jeweiligen Leistungen versichert sind, entsprechend.

11.4. Die Meistbegünstigungsklausel findet keine Anwendung für begründete Einzelfälle (z.B. jeweilige Ordensangehörige in den Ordensspitälern, bedeutende Wohltäter des Ordens). Die Pönale wird auch dann nicht fällig, wenn bei Akutaufnahmen fälschlicher Weise davon ausgegangen wurde, dass der Patient bei einem der in Pkt. 13 genannten privaten Krankenversicherer für unter diese Vereinbarung fallende Leistungen versichert ist, und der Krankenversicherer, bei dem (als erster) erfolglos um eine Kostenübernahme angefragt wurde, von einer allfälligen Rabattierung mit Begründung informiert wurde.

11.5. Die Meistbegünstigungsklausel bezieht sich für den Krankenanstaltenträger ausschließlich auf die Hauskosten.

XII.

Dauer und Übergangsbestimmungen

12.1. Dauer

Diese Vereinbarung inklusive aller Anlagen (ausgenommen diese sehen anderslautende Gültigkeitsbestimmungen vor) hat Gültigkeit für Aufnahmen ab 01.01.2016 bis 31.12.2016. Davon unberührt bleibt das außerordentliche Kündigungsrecht gem. Pkt. 13.3. dieser Vereinbarung.

12.2. 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 31.12.2016 die Verlängerung der Vereinbarung einschließlich der Anlagen auf 3 weitere Monate anzuzeigen. Die Vereinbarung inklusive aller Anlagen bleibt in diesem Fall in unveränderter Form 3 Monate weiter in Kraft.

XIII. Umfängliche Gültigkeit

13.1. 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 Aktiengesellschaft
- MuKi Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
- UNIQA Österreich Versicherungen AG
- WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group

13.2. Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die Träger folgender Krankenanstalten:

- Salzkammergutklinikum Standort Bad Ischl
- Salzkammergutklinikum Standort Gmunden
- Salzkammergutklinikum Standort Vöcklabruck
- Landeskrankenhaus Steyr
- Kepler Universitätsklinik Med Campus IV (Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz)
- Kepler Universitätsklinik Neuromed Campus (Wagner Jauregg KH Linz)
- Kepler Universitätsklinik Med Campus III (AKH Linz)
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz

- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
- Krankenhaus der Elisabethinen Linz
- Klinikum Wels-Grieskirchen
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
- Landeskrankenhaus Freistadt
- Landeskrankenhaus Rohrbach
- Landeskrankenhaus Schärding
- Landeskrankenhaus Kirchdorf
- Krankenhaus St. Josef Braunau
- Krankenhaus der Kreuzschwestern Sierning

13.3. Werden nach Abschluss dieser Vereinbarung Krankenanstalten oder dislozierte Abteilungen neu in Betrieb genommen bzw. Angliederungsverträge neu abgeschlossen bzw. Krankenanstalten rechtlich zusammengeführt und haben diese Strukturmaßnahmen wirtschaftliche Relevanz auf gegenständliche Vereinbarung, dann informiert hierüber die Krankenanstalt ab Kenntnis unverzüglich den Krankenversicherer. Zur Klärung der weiteren Vorgangsweise werden Gespräche zwischen den Vertragspartnern aufgenommen, mit dem Ziel, einvernehmlich eine entsprechende Adaption der Vereinbarung vorzunehmen. In der Zwischenzeit behalten die Beträge in den Anlagen ihre Gültigkeit, um damit auch weiterhin eine reibungslose Abwicklung der Direktverrechnung zu ermöglichen. Ist ein Einvernehmen bei den Gesprächen nicht möglich, hat jeder Vertragspartner die Möglichkeit, die Vereinbarung samt Anlagen unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum 31.12. eines Jahres zu kündigen.

XIV. Schlussbestimmungen

14.1. Umsatzsteuer

Kommt es zu einer gesetzlichen Änderung der Umsatzsteuerfreiheit oder Umsatzsteuerpflicht, die zulasten eines 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.

14.2. 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 Vertragsparteien, die betroffene Bestimmung durch eine neue Regelung zu ersetzen, die der ursprünglichen Bestimmung wirtschaftlich am nächsten kommt.

14.3. Allfällige alte Vereinbarungen und Schriftformerfordernis

Diese Vereinbarung ersetzt alle bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zwischen den Vertragspartnern gültigen Vereinbarungen und Absprachen. Alle Änderungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform. Ebenso bedarf das Abgehen vom Schriftformerfordernis der Schriftform.
