VV.

VEREINBARUNG

abgeschlossen zwischen der

Goldenes Kreuz Privatklinik BetriebsGmbH

im folgenden kurz „Krankenanstalt" genannt

und dem

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
für die in Pkt. 10.
genannten die Krankenversicherung betreibenden
Versicherungsunternehmen
im folgenden kurz "Krankenversicherer" genannt

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

- Anlage I: Anforderungsprofil für die Sonderklasse vom 04.12.2003
- Anlage II: Hauskosten
- Anlage III: Honorare
- Anlage IV: Operationsgruppenschema 2006 Vers 3.2.
- Anlage V: Datenaustauschvereinbarung
- Anlage VI: Schlichtungsordnung

INHALTSVERZEICHNIS

1. Gegenstand der Vereinbarung 3
2. Allgemeines 3
3. Verrechnung 4
4. Verrechnungsmodalitäten und zusätzliche Verrechenbarkeit 9
5. Gesundheitsdaten und verwaltungsmäßige Auskünfte 11
6. Schlichtungsklausel und Prüfung des stationären Aufenthaltes 12
7. Meistbegünstigungsklausel 13
8. Dauer 14
9. Übergangsbestimmungen 14
10. Umfängliche Gültigkeit 15
11. Schlussbestimmungen 15

ANLAGEN (siehe Deckblatt)

1. Gegenstand der Vereinbarung

1.1. Direktverrechnung

Gegenstand dieser Vereinbarung ist – im Falle von entsprechend versicherten Personen – die Direktverrechnung medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlungen zwischen den Krankenversicherern einerseits und 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 Arztes ist entsprechend zu dokumentieren, sodass die Notwendigkeit in einer ex post-Prüfung nachvollziehbar ist.

1.3. Definition Heilbehandlung

Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern (siehe auch Pkt. 2.2.).

2. Allgemeines

2.1. Umfang des Versicherungsschutzes

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

2.2. Ausnahmen vom Versicherungsschutz
Vom Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherer sind insbesondere ausgeschlossen:

- Kosmetische Behandlungen (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 vom Krankenversicherer informiert.

2.3. Anforderungsprofil für die Sonderklasse
Von der Vereinbarung umfasst sind weiters nur stationäre Heilbehandlungen, bei denen die in der jeweils zutreffenden Anlage I festgelegten Qualitätskriterien erfüllt werden.

2.4. Ärztliche Leistung und Überbindungsklausel
Patienten der Sonderklasse haben nach Maßgabe der organisatorischen Gegebenheiten die Möglichkeit, von einem Facharzt ihrer Wahl behandelt und betreut zu werden.
Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die für die Ärzte relevanten Verpflichtungen dieser Vereinbarung auf alle im Haus tätigen Ärzte vertraglich zu überbinden und dafür Sorge zu tragen, dass diese Vereinbarung von den Ärzten eingehalten wird. Die KA erkennt an, dass sie für die vom Hauptbehandler veranlassten und durchgeführten medizinischen Eingriffe und Behandlungen auf Basis der Angaben der Ärzte abrechnungstechnisch verantwortlich ist.
Sie wird deshalb die Belegs- und Konsiliarärzte - bei sonstiger Schad- und Klagloshaltung des Krankenversicherers - verpflichten, genaue Aufzeichnungen über die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu führen und wird die Angaben dieser Ärzte auf Plausibilität überprüfen.

3. Verrechnung

3.1. Allgemeines zur Kostenübernahmeerklärung

Bei Abgabe einer Kostenübernahmeerklärung unter Zugrundelegung der Angaben der Krankenanstalt gemäß Pkt. 3.3 gilt diese unter der Bedingung, dass eine medizinische Notwendigkeit 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 Ärzte vorgeschrieben werden.

3.2. Umfang der Kostenübernahmeerklärung

Die Kostenübernahmeerklärung lautet je nach Tarif bzw. je nach Versicherungsvertrag auf:

3.2.1. Übernahme der vollen Kosten der Unterbringung im Sonderklasse-Zweibettzimmer für Nichtsozialversicherte.
3.2.2. Übernahme der Aufzahlungskosten der Unterbringung im Sonderklasse-Zweibettzimmer für Sozialversicherte.
3.2.3. Übernahme des Einbettzimmerzuschlages oder Luxuszimmerzuschlages
3.2.4. Übernahme der vollen Kosten für eine Begleitperson.

3.3. Anforderung und Zusendung der Kostenübernahmeerklärung

Die Kostenübernahmeerklärung ist (mit Ausnahme des Punktes 4.7.4.) von der Krankenanstalt anlässlich der Aufnahme vom Krankenversicherer auf elektronischem Wege anzufordern.

3.3.1. Hierbei sind folgende Mindestangaben erforderlich:

- Krankenanstalt (Identifikationsnummer),
- Leistungserbringer (hauptbehandelnder Arzt mit Identnummer und Fach),
- Patientendaten:
  - Vor- und Familienname
  - Geburtsdatum
  - Geschlecht
  - Anschrift
  - Sozialversicherungsnummer (wenn bekannt)
  - Polizzennummer (wenn bekannt)
- Aufnahmedaten (Aufnahmezahl, Datum, Art der Unterbringung),
- Medizinische Daten (Aufnahmediagnose, Aufnahmegrund zur notwendigen stationären Heilbehandlung)
- gegebenenfalls Hinweis auf Begleitperson

3.3.2. 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 Weg 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.

3.4. Fristenhemmung bei Informationseinholung

Wenn zur Beurteilung der Kostenübernahme des Krankenversicherers zusätzlich notwendige ärztliche Informationen von der Krankenanstalt angefordert werden, werden die oben angeführten Fristen bzw. Rechtsfolgen ab Eingang der Anforderung des Krankenversicherers bis zur Erteilung der Information durch die Krankenanstalten gehemmt. Nach Eingang der angeforderten Informationen ist die Stellungnahme wie vorstehend (Pkt. 3.3.) abzugeben.

3.5. Änderung der Diagnose

3.5.1. Information an Krankenversicherer

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

3.5.2. Widerruf der Kostenübernahmeerklärung bei versicherungsvertraglichem Leistungsausschluss

Fällt die gem. Pkt. 3.5.1. – nicht mehr der Kostenübernahmeerklärung entsprechende – Diagnose unter einen versicherungsvertraglichen Leistungsausschluss zwischen dem Krankenversicherer und dem Versicherten (siehe auch Pkt. 4.7.1.), 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 den Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern.

Nach Information durch die Krankenanstalt über die festgestellte Diagnoseänderung hat der Widerruf des Krankenversicherers umgehend zu erfolgen.

Zu unterscheiden von diesen individuellen versicherungsvertraglichen Leistungsausschlüssen sind Gründe, die den Krankenversicherer zu einer Rechnungskürzung oder Nichtanerkennung (z.B. mangelnde stationäre Notwendigkeit) der Verrechnung veranlassen. Ein Widerruf der Kostenübernahmeerklärung ist in solchen Fällen nicht erforderlich, da die Kostenübernahmeerklärung ohnehin nur bedingt abgegeben wurde (siehe Pkt. 3.1.).In diesen Fällen ist ausschließlich gemäß Pkt. 3.8.8. (Einspruch bei Rechnungskürzungen oder –streichungen) vorzugehen.

3.6. Verlängerung der Kostenübernahmeerklärung

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

3.7. Informationspflichten

3.7.1. Information an Patienten und Ärzte

Die Krankenanstalt wird den Patienten bzw. dessen Bevollmächtigten, Sachwalter oder gesetzlichen Vertreter sowie die Hauptbehandler über Einschränkungen, Ablehnungen und Widerrufe von Kostenübernahmeerklärungen bzw. über von der Anforderung abweichend ausgestellte Kostenübernahmeerklärungen durch die Krankenversicherer in geeigneter Weise informieren.

3.7.2. Information an Krankenversicherer
Eine gegenüber der Krankenanstalt ausgestellte Kostenübernahmeerklärung wird gegenstandslos, wenn die versicherte Person (Patient) den Krankenhausaufenthalt ohne Heilbehandlung abbricht. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, den Krankenversicherer über diesen Umstand elektronisch zu informieren.

3.8. Rechnungslegung
3.8.1 Zeitpunkt der Rechnungslegung
Die Rechnungslegung samt Abrechnungsunterlagen erfolgt für jeden Aufenthalt nach der Entlassung des Patienten aus der Krankenanstalt. Dies gilt auch für mehrzeitige Behandlungskonzepte. Bei mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß Anlagen erfolgt die Rechnungslegung für Folgeaufenthalte innerhalb des in den Anlagen definierten Zeitraums ab dem ersten Tag des Behandlungszyklus unter Berücksichtigung der relevanten Bestimmungen über die maximale Verrechenbarkeit von Leistungen.

3.8.2 Die ordnungsgemäßen Abrechnungsunterlagen beinhalten:

a) Polizzennummer;
b) Familien- und Vorname sowie Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten;
c) Sozialversicherungsträger und –nummer (sofern gesetzlich sozialversichert;
d) Aufnahmezahl (AZ- Nummer);
e) Aufenthaltsdauer (Anzahl der Verpflegstage und Daten des Aufnahme – und Entlassungstages);
f) Entlassungsart (Entlassung aus dem Krankenhaus, Transfer in eine andere Krankenanstalt oder Sterbefall)
g) Haupt- und zusätzliche Diagnosen gemäß dem jeweils gültigen ICD-Code;
h) Art des operativen Eingriffes bzw. durchgeführte Behandlung (Verrechenbare medizinische Einzelleistungen/Entlassungsbericht/ bei Operationen zusätzlich OP- Bericht)
i) Darstellung unter Angabe aller Einzelpositionen der Honorare (inkl. Name und Fachrichtung der behandelnden Ärzte) und Hauskosten

3.8.3. Rechnungslegung mit unvollständigen Abrechnungsunterlagen
In diesem Fall wird die rechnungslegende Stelle vom Krankenversicherer ab dessen Kenntnis unter Hinweis auf den Mangel informiert. Eine Bearbeitung durch den Krankenversicherer erfolgt erst nach Eingang der fehlenden Abrechnungsunterlagen.

3.8.4. Formal systematisch falsch erstellte Rechnungen
Systematisch den formalen Kriterien der Vereinbarung widersprechend erstellte Rechnungen werden nach nachvollziehbarem begründetem schriftlichem Hinweis durch den Krankenversicherer bei Fortsetzung des vereinbarungswidrigen Verhaltens nicht mehr bearbeitet, bei elektronischer Rechnungslegung technisch abgelehnt. Nachfolgend korrekt erstellte Rechnungen werden vom Krankenversicherer gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung bearbeitet. Dies gilt insbesondere auch für Nichtberücksichtigung von interdisziplinären Verrechnungsregeln bzw. Transfer- und Weiterbehandlungsregelungen.

3.8.5. Zahlungsfrist
Als Zahlungsfrist wird ein Zeitraum von 3 Wochen ab Einlangen der gem. Pkt. 3.8.2. definierten Abrechnungsunterlagen beim Krankenversicherer (elektronischer

Bestätigungsvermerk) vereinbart. Der elektronische Bestätigungsvermerk wird systemkonform automatisch und unverzüglich nach Einlangen der Abrechnungsunterlagen erstellt. In Fällen gemäß Pkt. 3.8.4. wird diese Frist nicht ausgelöst.

3.8.6. Einholung weiterer Informationen – Besondere Zahlungsfrist und Fristhemmung
Ergeben sich bei der Bearbeitung der Abrechnungsunterlagen durch den Krankenversicherer Unklarheiten, fordert der Krankenversicherer notwendige weitere Informationen nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen bzw. einschlägig gesetzlichen Bestimmungen 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 ein.
Ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser angeforderten Informationen gilt eine besondere Zahlungsfrist von zwei Wochen als vereinbart, wobei dadurch die allgemeine Zahlungsfrist gemäß Pkt. 3.8.5. nicht verkürzt wird.

3.8.7. Verzugszinsen
Im Falle des Zahlungsverzuges können Verzugszinsen für den aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag in Höhe von 3 Prozentpunkten p.a. über dem zum Rechnungseingangsdatum[1] gültigen, von der ÖNB veröffentlichten, 3-Monats-EURIBOR in Rechnung gestellt werden. Die Zinsanpassung hat quartalsweise zum 01.01., 01.04., 01.07. und 01.10. eines jeden Jahres zu erfolgen. Sofern diese Stichtage auf keinen Bankwerktag fallen, ist der für den darauf folgenden Bankwerktag geltende Satz maßgeblich.

3.8.8. 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 schriftlich anzugeben und die rechnungslegende Stelle innerhalb einer Frist von 3 Monaten ab Rechnungseingangsdatum zu informieren. Dagegen kann innerhalb einer Frist von 6 Monaten ab Rechnungseingangsdatum seitens der rechnungslegenden Stelle Einspruch erhoben werden (sh dazu Pkt. 3.8.8.b). Es gilt somit unter der Voraussetzung, dass die Rechnung innerhalb von 4 Wochen ab Rechnungsdatum dem Krankenversicherer vorliegt, diese als akzeptiert, wenn innerhalb von 3 Monaten ab Rechnungseingangsdatum keine Bemängelung der Rechnung durch den Krankenversicherer erfolgt.

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 12 Monaten ab Rechnungseingangsdatum

[1] **Definition Rechnungseingangsdatum für den gesamten Vertragstext:**
Eingangsdatum beim Krankenversicherer (= elektronischer Bestätigungsvermerk)

unter Beilage der vollständigen Abrechnungsunterlagen der Schlichtungsstelle (siehe Pkt. 6.) vorgelegt werden.

c) Erfolgt innerhalb der in Pkt. 3.8.8.a) genannten Frist von 6 Monaten ab Rechnungseingangsdatum seitens der rechnungslegenden Stelle kein Einspruch, gilt die vom Krankenversicherer vorgenommene Rechnungserledigung als von den Vertragspartnern akzeptiert.

d) Weitere Forderungen, Kürzungen bzw. Rückforderungen (ausgenommen Nachtragsrechnungen in Einzelfällen gemäß Pkt. 3.8.9.) aus diesem Aufenthalt sind für die Vertragspartner nicht zulässig und somit gilt die Rechnungslegung für diesen Aufenthalt als abgeschlossen.

3.8.9. Nachtragsrechnungen

Im Allgemeinen sind gem. Pkt. 3.8.4. dem Krankenversicherer vollständige Abrechnungsunterlagen zu übermitteln. Nachtragsrechnungen sind nur in begründeten Einzelfällen zulässig. Erfolgt für einen Aufenthalt, für den bereits eine Rechnungslegung beim betroffenen Krankenversicherer vorgenommen wurde, eine Nachtragsrechnung, so reduziert sich die Nachtragrechnung wegen des zusätzlichen Aufwandes beim Krankenversicherer um den Betrag in Höhe eines Konsiliums. Nachtragsrechnungen unter diesem Betrag werden weder dem Krankenversicherer noch dem Patienten in Rechnung gestellt. Nachtragsrechnungen nach Ablauf einer Frist von 9 Monaten ab Erstrechnungsdatum sind nicht zulässig.

3.9. Elektronische Verrechnung

Detaillierte Bestimmungen über die elektronische Verrechnung von Hauskosten und Honoraren gem. Anlagen werden in einer gesonderten Anlage (Datenaustauschvereinbarung, Anlage V) geregelt.

4. Verrechnungsmodalitäten und zusätzliche Verrechenbarkeit

4.1. Umfang/Allgemeines

Für stationäre Heilbehandlungen, für die seitens des Krankenversicherers eine Kostenübernahmeerklärung nach den Punkten 3.2.1. bis 3.2.4. abgegeben wurde, verrechnet die Krankenanstalt Hauskosten und Honorare gemäß Anlage II und III.

4.2. Verrechenbarkeit

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

4.3. Aufnahme- und Entlassungstag

Der Aufnahme- sowie der Entlassungstag sind voll verrechenbar.

4.4. Transferierung

Im Falle einer Transferierung darf jeweils nur die übernehmende Wiener Krankenanstalt den Transferierungstag verrechnen.

4.5. Anteiliger Kostenersatz durch Dritte

4.5.1. Leistet ein öffentlicher Träger der Sozialversicherung, ein Fonds oder anderer Kostenträger an die Krankenanstalt oder an die behandelnden Ärzte Vergütungen, die Ersätze für die Inanspruchnahme der Sonderklasse sind, sind diese von den in den Anlagen festgesetzten Beträgen in Abzug zu bringen. Dem Krankenversicherer ist nur der verbleibende Differenzbetrag in Rechnung zu stellen.

4.5.2. Kommt die Krankenanstalt dieser Verpflichtung deswegen nicht nach, weil die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung der Höhe nach ungewiss sind, hat der Krankenversicherer – im Hinblick auf die gegenüber den Kunden abgegebenen Kostendeckungsgarantieerklärungen – das Recht, die Direktverrechnungsvereinbarung samt Anlagen für alle hiervon betroffenen Versicherten zu kündigen. Als „betroffene Versicherte" gelten jene Personen, die aufgrund der von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung geleisteten Sonderklassevergütungen Spezialtarife mit begünstigten Prämien abgeschlossen haben. Die Kündigung kann zum Ende eines jeden Quartals (31.03., 30.06., 30.09., 31.12.) unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen erfolgen.

4.6. Grundsätzliches Verrechnungsverbot

4.6.1. Über diese Vereinbarung samt Anlagen hinausgehende Gebühren dürfen dem Krankenversicherer nicht in Rechnung gestellt werden. Bei aufrechter Direktverrechnungsvereinbarung dürfen der versicherten Person (Patienten/gesetzlichen Vertreter) keine Beträge (mit Ausnahme der in Pkt. 4.7. 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.

4.6.2 Differenzhonorare/Hauskosten zwischen den Forderungen des Arztes/ der Krankenanstalt und den vertraglich nach Befassung der Schlichtungsstelle abrechenbaren Honoraren/Hauskosten dürfen vom Arzt /von der Krankenanstalt der versicherten Person (Patienten/gesetzlichen Vertreter) nicht in Rechnung gestellt werden. Diese sind ggf. klagsweise vom Arzt/von der Krankenanstalt gegenüber der Versicherung zur Klärung der Ansprüche geltend zu machen (sh Pkt. 6.3.). Ebenfalls ist nach bilateralen Einigungen zwischen honorarberechtigtem Arzt/betroffener Krankenanstalt und jeweiligem Krankenversicherer generell keine Vorschreibung an die versicherte Person (Patienten/gesetzlichen Vertreter) möglich.

4.6.3. 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. 6. vorzugehen; dies gilt auch nach Verweigerung der Verlängerung einer befristet abgegebenen Kostenübernahmeerklärung.

4.7. Ausnahmen

Eine Rechnungslegung an die versicherte Person (Patienten/gesetzlichen Vertreter) ist nur unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

4.7.1. bei Ablehnung der (weiteren) Kostentragung durch die Krankenversicherer aus Gründen, die das individuelle Vertragsverhältnis zwischen Krankenversicherer und versicherter Person (Patient) betreffen (z.B.: Leistungsausschlüsse, keine oder unvollständige Deckung der Kosten, Deckungsmängel udgl., siehe auch Pkt. 3.5.2.);

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

4.7.3. bei allfälligen Kostenbeiträgen für den Patientenentschädigungsfonds;

4.7.4. für Untersuchungen und Behandlungen, die keine stationäre Aufnahme erfordern, sondern auch ambulant vorgenommen werden können, vom Patienten (gesetzlichen Vertreter) jedoch trotz diesbezüglicher mündlicher und schriftlicher vorheriger Aufklärung ausdrücklich unter stationären Bedingungen gewünscht werden. Der Patient (gesetzliche Vertreter) 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 (Patienten/gesetzlichen Vertreter) noch an den Krankenversicherer möglich;

4.7.5. bei zusätzlichen nichtmedizinischen Leistungen, die vom Patienten (gesetzlichen Vertreter) geordert werden und über das vertraglich vereinbarte Maß hinausgehen;

4.7.6. bei Widerruf der Kostenübernahmeerklärung gemäß Pkt. 5.5.

5. Gesundheitsdaten und verwaltungsmäßige Auskünfte

5.1. Die Krankenversicherer verpflichten sich, anlässlich des Abschlusses des Versicherungsvertrages von der versicherten Person (Patient) alle nach dem Datenschutzgesetz erforderlichen Erklärungen darüber einzuholen, bei Krankenanstalten und Ärzten alle mit ihrem individuellen Versicherungsschutz in Zusammenhang stehenden Auskünfte beschaffen zu dürfen. Die Krankenversicherer verpflichten sich weiters, bei Krankenanstalten und Ärzten Gesundheitsdatenkopien und Auskünfte nur dann einzuholen, wenn sie von der betroffenen Person hiezu ermächtigt (bevollmächtigt) sind.

5.2. Die Krankenanstalten verpflichten sich, den Krankenversicherern nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen alle erforderlichen verwaltungstechnischen und medizinischen Informationen betreffend die Kostenübernahme und/oder Verrechnung kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Von der kostenfreien Zurverfügungstellung ausgenommen sind medizinische Kurvenblätter (Fieberkurve, Pflegedokumentation,

EEG, EKG udgl.) sowie Abschriften von medizinischen Kurvenblättern, welche jeweils nur gegen Kostenersatz (siehe Anlage II) übermittelt werden.

5.3. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, bei Aufnahme des Patienten in die Krankenanstalt die ihr vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs zur Verfügung gestellte gesetzeskonforme Zustimmungserklärung des Patienten, dessen Bevollmächtigten, Sachwalter oder gesetzlichen Vertreters zur Übermittlung der erforderlichen Daten an das zuständige Versicherungsunternehmen für den konkreten Behandlungsfall einzuholen (siehe derzeit Anlage V, Datenaustauschvereinbarung, Muster Zustimmungserklärung).

5.4. Sofern für die Informationen gemäß Pkt.5.2. über Pkt. 5.1. und Pkt. 5.3. hinausgehende datenschutzrechtliche Zustimmungserklärungen erforderlich sind, werden diese von der Krankenanstalt eingeholt, wobei ihr ein entsprechendes Muster vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs zur Verfügung gestellt wird. Dies setzt voraus, dass sich der Patient zum Zeitpunkt der Informationsanforderung noch in der Krankenanstalt befindet.

5.5. Verweigert oder widerruft ein Patient/gesetzlicher Vertreter eine datenschutzrechtlich erforderliche Zustimmungserklärung (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 bzw. den Ärzten und den Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern (Pkt. 4.7.6.). Die Krankenanstalt wird den Krankenversicherer unverzüglich über ein allfälliges Nichtvorliegen einer datenschutzrechtlich erforderlichen Zustimmungserklärung gem. Pkt. 5.3. und 5.4. 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.

6. Schlichtungsklausel und Prüfung des stationären Aufenthaltes

6.1. 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. 3.8.8.b) festgelegten Frist zu keiner Einigung, wird der Fall ausnahmslos von der jeweiligen Krankenanstalt dem Schlichtungsausschuss, der zwischen den Vertragspartnern vereinbart und eingerichtet wird vorgelegt (sh Anlage VI).

6.2. Die Krankenversicherer werden unstrittige bzw. vom Schlichtungsausschuss anerkannte Beträge innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen ab jeweiliger Rechnungslegung anweisen. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragspartner beginnt die Zahlungsfrist von 3 Wochen mit dem Datum der Einigung (Genehmigung des Protokolls) und Vorliegen der Rechnung zu laufen.

6.3. Sofern das Schlichtungsverfahren gemäß dieser Vereinbarung abgeschlossen ist, hat die Krankenanstalt das Recht, ihre daraus noch resultierenden Forderungen gegenüber dem Krankenversicherer gerichtlich direkt geltend zu machen. Die in Pkt. 10 genannten Krankenversicherer verzichten in diesem Verfahren auf die Einrede der mangelnden passiven Klagslegitimation; die Krankenanstalt verzichtet darauf, dem Patienten (gesetzlichen Vertreter) eine Rechnung zu stellen bzw. diesen direkt (mit) zu klagen.

6.4. Diese Vereinbarung zielt darauf ab, privatversicherte Patienten nicht mit den Verrechnungsmodalitäten ihrer Aufenthalte zu belasten (ausgenommen Pkt. 4.7. und Zeugenladungen gem. Pkt. 6.3.). Einvernehmen besteht darüber, dass ausschließlich dann über allfällige Verrechnungsdifferenzen informiert wird, wenn dies eine sachliche Grundlage hat (z.B. es bestehen bei einem mehrzeitigen Behandlungskonzept vor der Aufnahme Unklarheiten über die stationäre Notwendigkeit in Anbetracht von Vorbehandlungen, die seitens des Krankenversicherers als nicht stationär notwendig erachtet wurden) oder dies auf Anfragen des Patienten geschieht. Diese Information hat in sachlicher Art und Weise zu erfolgen.

6.5. Dem Verband wird die Möglichkeit zu detaillierten Revisionen von Abrechnungsfällen eingeräumt. Die Krankenanstalt verpflichtet sich, die hierfür vorhandenen und erforderlichen Unterlagen Vorort zur Verfügung zu stellen. Diese Revisionen können maximal 1 x 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 im Schlichtungsausschuss behandelt. Für sich ergebende Rückzahlungen oder Nachzahlungen der Vertragspartner wird als Zahlungsfrist ein Zeitraum von 3 Wochen ab Datum der Einigung vereinbart.

Davon bleiben die Fristen gemäß Pkt. 3.8. unberührt.

6.6. 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 Vorraussetzungen 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 Krankenanstalt entsenden.

7. Meistbegünstigungsklausel

7.1. Soweit Patienten, die nicht bei einem der in Punkt 10 genannten privaten Krankenversicherern versichert sind, für gleiche Hausleistungen günstigere Preise als die in Anlage II festgelegten Preise eingeräumt werden, reduzieren sich die mit den privaten Krankenversicherern hierfür vereinbarten Preise auf dasselbe Ausmaß. Preise, die um die Leistungen von Pflichtversicherungen reduziert sind, gelten im Ausmaß dieser Reduktion nicht als günstigere Preise.

7.2. Das Gleiche gilt für Patienten, die zwar bei einem der in Pkt. 10 genannten privaten Krankenversicherer versichert sind, für die aber entweder aus versicherungsvertraglichen Gründen keine Kostenübernahme gemäß Pkt. 3.2. erklärt wurde oder für die eine Rechnungslegung gem. Pkt. 4.7. zulässig ist.

7.3. Im Sinne dieser Meistbegünstigungsklausel gelten für die privaten Krankenversicherer also die niedrigsten jeweils irgendeinem Dritten gegenüber verrechneten Preise. Bei der Einräumung weitergehender kostenloser Zusatzleistungen erhöht sich der Leistungsumfang auch für Patienten, die bei einem der in Punkt 10 genannten privaten Krankenversicherern versichert sind, entsprechend).

7.4. Die Meistbegünstigungsklausel findet keine Anwendung für begründete Einzelfälle.

7.5. Soweit mit privaten Krankenanstalten in Wien, die nicht von diesem Vertrag umfasst sind, für gleiche Leistungen höhere Preise als im vorliegenden Vertrag vereinbart werden, erhöhen sich diese Preise, für die von diesem Vertrag umfassten Privatkrankenanstalten im selben Ausmaß.

8. Dauer

8.1. Diese Direktverrechnungsvereinbarung inklusive aller Anlagen (ausgenommen diese sehen anderslautende Gültigkeitsbestimmungen vor) gilt für Aufnahmen ab 01.01.2018 bis 31.12.2018. Die vor Ablauf der Vereinbarung stationär aufgenommenen Patienten werden zu den vertraglichen Bedingungen abgerechnet, auch wenn die Behandlung erst nach Ablauf der Vereinbarung endet.

8.2. Sollten neue datenschutzrechtliche Entwicklungen bzw. Gesetzesnovellen eine Auswirkung auf diese Vereinbarung haben, sind über Art und Umfang der Fortführung der Vereinbarung unverzüglich Gespräche aufzunehmen.

8.3. Bei Änderungen des Umsatzsteuer- oder Krankenanstaltenrechtes, die wirtschaftliche Relevanz auf die gegenständliche Vereinbarung haben, werden unverzüglich Gespräche mit dem Ziel aufgenommen, einvernehmlich eine entsprechende Adaption der Vereinbarung vorzunehmen. Ist ein Einvernehmen nicht möglich, gilt ein außerordentliches Kündigungsrecht unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zum Ende eines jeden Kalenderjahres.

9. Übergangsbestimmungen

9.1. Hauskosten (Anlage II)

Die Parteien beabsichtigen, jeweils zwei Monate vor dem Auslaufen der Anlage II Verhandlungen über eine Verlängerung oder Änderung aufzunehmen.

9.2. Honorare (Anlage III)
Die Krankenanstalt wird dafür Sorge tragen, dass die Honorare gem. Anlage III direkt mit den Krankenversicherern verrechnet werden.

10.Umfängliche Gültigkeit

Diese Vereinbarung hat Gültigkeit für die Versicherten folgender privater Krankenversicherer

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

11. Schlussbestimmungen

11.1. Umsatzsteuer
Die in den Anlagen angeführten Beträge verstehen sich inklusive allfälliger Umsatzsteuer, soweit nicht ausdrücklich Anderes vereinbart wurde.

11.2. Salvatorische Klausel
Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung unberührt und verpflichten sich die Vertragspartner, die betroffene Bestimmung durch eine neue Regelung zu ersetzen, die der ursprünglichen Bestimmung wirtschaftlich am nächsten kommt.

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

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

Wien, am 21.12.2017

Für die Privatkrankenanstalt

Goldenes Kreuz
Privatklinik BetriebsGmbH
Lazarettgasse 16-18
1090 Wien

Mag. Fischl Dr. Gierlinger

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
Sektion Krankenversicherung

Dr. Peter Eichler

MMag. Astrid Knitel