

5. ZUSATZVEREINBARUNG

zu dem zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich (Kurie der niedergelassenen Ärzte) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits abgeschlossenen Gruppenpraxen-Gesamtvertrag vom 1. April 2009 für das Bundesland Niederösterreich.

Gültig für die nachstehend angeführten Krankenversicherungsträger:

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3

Betriebskrankenkasse Mondi,
3363 Ulmerfeld-Hausmending, Theresienthalstraße 50

Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
1030 Wien, Ghegastraße 1

5. ZUSATZVEREINBARUNG

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich (Kurie der niedergelassenen Ärzte) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages vom 1. April 2009 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Die in der Folge angeführten Änderungen beziehen sich auf den genannten Gruppenpraxen-Gesamtvertrag. Es wird dadurch kein Gruppenpraxen-Gesamtvertrag gemäß § 342a ASVG abgeschlossen.

I.

Gemeinsame Zielsetzungen

Fächertrennung Neurologie und Psychiatrie:

Im Rahmen der Zusatzvereinbarung 2017 zum Gesamtvertrag vom 21. März 1994 wurde im Zusammenhang mit der Fächertrennung Neurologie und Psychiatrie vereinbart, die noch ausstehende Fächertrennung in diesem Bereich vorzunehmen. Dazu ist es einerseits erforderlich, die Auswirkungen auf den Stellenplan zu berücksichtigen und den bestehenden Stellenplan zu überarbeiten sowie andererseits neue Leistungs- und Honorarkataloge zu erstellen. Weiters soll ein Regelwerk zur Trennung der Gruppenpraxen (GP) auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin nach dem Gruppenpraxen-Gesamtvertrag vom 1. April 2009 (GP-GV) geschaffen werden.

Dazu wurde folgender Zeitplan festgelegt:

- Bis spätestens 30. Juni 2019 wird ein Regelwerk zur Zuordnung der neurologischen und psychiatrischen Praxen im Stellenplan und zur Trennung der GP nach dem GP-GV im Sinne einer Rückführung auf Einzelpraxen mit getrennten Abrechnungen erarbeitet.
- Bis zum 31. Dezember 2019 werden die erforderlichen Leistungs- und Honorarkataloge erstellt, so dass diese ab 1. Jänner 2020 zur Anwendung kommen können. Basis dafür sollen bestehende Leistungs- und Honorarkataloge anderer Gebietskrankenkassen sein.

Nach Festlegung des Regelwerks zur Trennung der GP nach dem GP-GV sind die entsprechenden Adaptierungen im GP-GV vorzunehmen.

II. Umsetzung der „Gesamtvertraglichen Vereinbarung zur Weiterentwicklung des e-card Systems“

Am 5. Juni 2018 wurde zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer (Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte) eine gesamtvertragliche Vereinbarung zur Weiterentwicklung des e-card Systems zur Verbesserung der Servicequalität für die Versicherten und zur Vereinfachung der Prozesse in den Ordinationen und bei den Versicherungsträgern abgeschlossen. Diese Vereinbarung bezieht sich insbesondere auf die Einführung der e-Services Elektronisches Kommunikations Service eKOS (e-Zuweisung, e-Überweisung, e-Verordnung) und e-Medikation und ist in den kurativen Gesamtverträgen umzusetzen. Dazu wird Folgendes vereinbart:

(1) Die Rechte und Pflichten der Vertrags-Gruppenpraxen (V-GP) zur Verwendung des Elektronisches Kommunikations Service eKOS (eKOS) und der e-Medikation ergeben sich aus der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 5. Juni 2018 und in Bezug auf e-Medikation aus §§ 13 Abs. 2 und 3 iVm § 16a Gesundheitstelematikgesetz 2012 iVm der ELGA-Verordnungsnovelle 2017, BGBl. II Nr. 380/2017 und dieser Zusatzvereinbarung.

Die gesamtvertragliche Vereinbarung vom 5. Juni 2018 (gesamtvertragliche Vereinbarung) laut Beilage zu dieser Zusatzvereinbarung wird dem GP-GV als Beilage 4 angeschlossen und bildet einen integrierenden Bestandteil des GP-GV und dieser Zusatzvereinbarung.

(2) Die Verpflichtung der V-GP zur Verwendung von eKOS für die in § 1 Abs. 3 der gesamtvertraglichen Vereinbarung vorgesehenen Leistungsarten besteht unter Beachtung der Ausnahmen in § 1 Abs. 2 der gesamtvertraglichen Vereinbarung ab 1. Jänner 2019.

Der Zeitpunkt der verpflichtenden Verwendung der e-Medikation ergibt sich aus den im Rolloutplan für Niederösterreich vorgesehenen Einsatzzeitpunkten.

Die V-GP werden rechtzeitig die technischen Voraussetzungen für die Verwendung der genannten e-Services schaffen.

(3) V-GP der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, die eKOS integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von 4,00 € pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat bis einschließlich Dezember 2022, frühestens ab 1. Jänner 2019.

(4) V-GP der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, die e-Medikation integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von 20,00 € pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat (nicht jedoch vor dem Zeitpunkt der tatsächlichen Verwendung laut Rollout-Plan der Region) bis einschließlich Dezember 2022.

(5) In Bezug auf die Honorierung der Wartungskostenzuschüsse gemäß Abs. 3 und 4 kommen die Festlegungen im Zusammenhang mit der Abrechnung im kurativen Gesamtvertrag für Einzelpraxen sinngemäß zur Anwendung.

(6) Im Zusammenhang mit den Festlegungen nach §§ 3 und 5 bis 7 der gesamtvertraglichen Vereinbarung in Bezug auf die Einführung „Foto auf der e-card“ und weiterer e-Services soll die Umsetzung zeitgerecht nach den österreichweiten Vorgaben erfolgen.

Beilage

St. Pölten, am 18. Oktober 2018

Ärztammer für Niederösterreich
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Der Kuriendobmann:



Der Präsident:

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:

Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor-Stellvertreter



Dr. Alexander Biach
Verbandsvorsitzender

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
im eigenen Namen sowie im Namen der im § 2 des Gesamtvertrages
angeführten Krankenversicherungsträger:

Der leitende Angestellte:



Der Obmann:

Freigabe zur Abfrage: 2018-06-06

Verlautbarung Nr.: 111/2018

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 338 Abs. 1 ASVG:

Vereinbarung zum e-card-Ärztegesamtvertrag

Dieser Gesamtvertrag wurde am 5. Juni 2018 abgeschlossen.

Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:

Souhrada

Übersicht zu den Anlagen, Beilagen etc.

1. Vereinbarung zum e-card-Ärztegesamtvertrag

Gesamtvertragliche Vereinbarung

abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge HV genannt) im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (in der Folge BKNÄ genannt) im eigenen Namen und im Namen aller Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern gemäß §§ 342ff ASVG.

Diese Vereinbarung ergänzt die Verpflichtungen der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gemäß der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 16. Dezember 2004 über die Verwendung der e-card in der derzeit geltenden Fassung, sowie gemäß der diesbezüglichen Vereinbarungen der kurativen Gesamtverträge. Die zuständigen Krankenversicherungsträger und die zuständigen Ärztekammern verpflichten sich, ihre kurativen Gesamtverträge entsprechend dieser Vereinbarung anzupassen.

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.

Präambel

Ziel der Vereinbarung ist die gemeinsame (Weiter-)Entwicklung des e-card Systems zur Verbesserung der Servicequalität für die Versicherten und zur Vereinfachung der Prozesse in den Ordinationen und in den Sozialversicherungsträgern.

Die eKOS-Applikation verfolgt den Zweck, die Zusammenarbeit zwischen Leistungsverordnern und Leistungserbringern zu unterstützen und in der Kommunikation mit den Krankenversicherungsträgern effizienter zu gestalten. Papierprozesse sollen weitestgehend durch elektronische Abläufe ersetzt werden, um Bürokratie abzubauen. Regelungen über die Abrechenbarkeit von Leistungen werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

Einführung von e-Services 2018 und 2019

§ 1 Elektronisches Kommunikations Service eKOS (e-Zuweisung, e-Überweisung, e-Verordnung)

- (1) Bei der eKOS-Applikation handelt es sich um die elektronische Erfassung, Übermittlung und Bearbeitung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen, wobei die zugrundeliegenden Leistungen unterschiedlich nach den jeweiligen Regelungen der Krankenversicherungsträger einer

Bewilligungspflicht durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst unterliegen können. eKOS wird auf Basis eines einvernehmlich festgelegten Rollout Planes für das Jahr 2018 eingeführt und gemeinsam weiterentwickelt.

- (2) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit kurativem Einzelvertrag zu einer GKK sind jedenfalls verpflichtet, ab 01.01.2019 bei jeder Überweisung, Zuweisung und Verordnung, die eine der in Abs. 3 angeführten Leistungsarten betrifft, die eKOS-Applikation zu verwenden. Die Verpflichtung umfasst nicht die Ausstellung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen bei Hausbesuchen bzw. Hausbesuchen in Helmen, sofern keine (mobile) Ausstattung vorhanden ist. Ausgenommen von der verpflichtenden Verwendung sind Vertragsärzte, die zum 01.01.2019 das 68. Lebensjahr bereits vollendet oder den Einzelvertrag bis 31.12.2018 gekündigt haben werden.
- (3) Als Leistungsarten umfasst die Verwendungspflicht folgende Untersuchungen bzw. Therapien: MR, CT, Knochendichtemessung, Humangenetische Untersuchungen, Nuklearmedizinische Untersuchungen, klinisch-psychologische Diagnostik, Röntgen, Sonographie, Röntgentherapie.
- (4) Die weitere Verpflichtung zur Verwendung der eKOS-Applikation von zusätzlichen ärztlichen Fachgruppen als Zuweisungsempfänger und Leistungserbringer bedarf des Einvernehmens zwischen den Vertragsparteien.
- (5) Die eKOS-Applikation ist unabhängig davon anzuwenden, ob eine Leistungsart bei einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst zu bewilligen ist oder nicht. Die Regelungen über die Bewilligungspflicht von Leistungen werden durch die gegenständliche Vereinbarung nicht berührt.
- (6) Die eKOS-Applikation ändert nicht die Zuständigkeit der Patienten für die allfällige Einholung der Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes.
- (7) Der HV leistet für die verpflichtende flächendeckende Verwendung eine pauschale Vergütung in Höhe von € 2,1 Mio., zahlbar mit 01.09.2019. Die Verteilung an Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen erfolgt, ab 1.10.2019 sobald die Verpflichtung der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gemäß § 1 Abs. 2 eintritt, durch die ÖÄK.
- (8) Die Vertragsparteien setzen sich dafür ein, dass eKOS ab 01.10.2019 flächendeckend und verpflichtend verwendet wird. Daher ist erstmalig mit 01.10.2019 die Voraussetzung gemäß §13 Abs. 1 3. Zusatzprotokoll VU-GV zur Erhöhung der Tarife der VU auf € 91,- gegeben.
- (9) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit einem kurativen Einzelvertrag zu einer Gebietskrankenkasse, die eKOS integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von € 4,- pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat bis einschließlich Dezember 2022, frühestens aber erst ab 01.01.2019. Der Zuschuss gemäß § 2 Abs. 2 ist davon unberührt.
- (10) Zur Auszahlung wird folgende Vorgangsweise vereinbart: Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der üblichen jeweiligen GKK Honorarabrechnung über eine

eigene Verrechnungsposition. Deren Abrechnung durch den Vertragspartner setzt das weitere Bestehen seiner Anspruchsberechtigung und die Zustimmung zur Überprüfung der integrierten Verwendung durch den Hauptverband voraus.

§ 2 e-Medikation

- (1) Die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen zur Verwendung von e-Medikation ergeben sich aus §§ 13 Abs 2 und 3 iVm § 16a Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTeIG 2012) iVm der ELGA-Verordnungsnovelle 2017, BGBl. II Nr. 380/2017). Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass nach Ende des Rollouts eine flächendeckende Verwendung der e-Medikation durch zumindest 80 Prozent der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen im Bereich der Allgemeinmedizin und der allgemeinen Fachärzte gegeben ist.**
- (2) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit einem kurativen Einzelvertrag zu einer Gebietskrankenkasse (ausgenommen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit Ordinationsstandort in Vorarlberg), die e-Medikation integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von € 20,— pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat (nicht jedoch vor dem Zeitpunkt der tatsächlichen Verpflichtung lt. Rollout-Plan der Region) bis einschließlich Dezember 2022. Der Zuschuss gemäß § 1 Abs. 9 ist davon unberührt.**
- (3) Zur Auszahlung wird folgende Vorgangsweise vereinbart: Mit dem Antrag zur Bundesförderung für die Anschubfinanzierung kann gleichzeitig der in Abs. 2 beschriebene Zuschuss bei der jeweiligen GKK beantragt werden. Dieser muss die Zustimmung des Antragstellers enthalten, dass die integrierte Verwendung seitens des Betreibers stichprobenartig überprüft wird. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der üblichen jeweiligen GKK Honorarabrechnung über eine eigene Verrechnungsposition. Deren Abrechnung durch den Vertragspartner setzt das weitere Bestehen seiner Anspruchsberechtigung und die Zustimmung zur Überprüfung der integrierten Verwendung durch den zuständigen Betreiber gemäß § 16a GTeIG 2012 voraus.**

§ 3 Einführung „Foto auf der e-card“ von 2019 -2023

Die Ärztekammern sowie die Ärzte und Gruppenpraxen werden die flächendeckende Ausstattung durch zielgerichtete Information der Patienten unterstützen.

§ 4 Gemeinsame Einführung

Die BKNÄ und die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern werden die oben vereinbarten Projekte bei der Einführung durch Informationen an die Mitglieder aktiv und positiv unterstützen.

Einführung weiterer e-Services

§ 5 Generelles Vorgehen vor Einführung (Kosten/Nutzen-Prozedere)

- (1) HV und BKNÄ vereinbaren, bis 30.06.2018 ein gemeinsames Prozedere zu erarbeiten und zu vereinbaren, damit eine kooperative Einführung von e-Services (insb. e-Rezept, e-Transportschein, e-Impfpass und e-Mutter-Kind-Pass) im Zeitraum 2018-2022 vorgenommen werden kann.
- (2) Folgende Schritte zur Einführung werden dabei als Weg festgelegt:
 - HV und BKNÄ ermitteln und definieren Kriterien zur Nutzen/Kostenverteilung der betroffenen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen unter Einbindung der Softwarehersteller.
 - Ermittlung der „Standard“-Kosten/Nutzen für betroffenen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen (sowohl einmalig als auch laufend).
 - Bewertung erfolgt durch Bewertungsteam von HV und BKNÄ.
 - Bei Nichteinigung innerhalb von drei Monaten ab Beginn der Kosten/Nutzen-Evaluierung werden von HV und BKNÄ einvernehmlich zwei Experten bestellt. Beide Seiten akzeptieren das Gutachten.
 - Das Ergebnis stellt einen Teil der Verhandlungsgrundlagen und allfälliger Kostenabgeltungen für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen dar.

§ 6 Geplante Einführung von e-Rezept

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Rollout von e-Rezept nach Maßgabe des Prozederes nach § 5 gestaffelt im Jahr 2020 erfolgen soll. Gemeinsames Ziel ist es, dass e-Rezept von Vertragsärzten, Vertragsgruppenpraxen und Wahlärzten mit Rezeptrecht ab Ausstattung, spätestens jedoch ab 01.01.2021, verwendet wird.

§ 7 Geplante Einführung von e-Transportschein

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Rollout von e-Transportschein nach Maßgabe des Prozederes nach § 5 gestaffelt im Jahr 2021 erfolgen soll. Gemeinsames Ziel ist es, dass e-Transportschein von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen ab Ausstattung, spätestens jedoch ab 01.01.2022, verwendet wird.

Modernisierung der Infrastruktur

§ 8 GIN-Zugangsnetz: Zusammenlegung von SV-Kanal und MWD-Kanal im Jahr 2018 und Erhöhung der Bandbreite auf 2MBit/s¹

- (1) Der Aufpreis für die Kanalzusammenlegung beträgt € 3,-- netto zzgl. USt pro Monat pro GIN-Zugangsnetzanschluss ab 01.01.2018. Der HV wird mit den GIN-Zugangsnetz Providern im Wege der GIN-Zugangsnetz-Providerverträge vereinbaren, dass der Betrag nur jenen Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen in Rechnung gestellt wird, die über eine Zuzahlung durch den HV gestützt werden.
- (2) Der Aufpreis für die Bandbreitenerhöhung beträgt € 1,-- netto zzgl. USt pro Monat pro GIN-Zugangsnetzanschluss ab 01.01.2018. Der HV wird mit den GIN-Zugangsnetz Providern im Weg der GIN-Zugangsnetz-Providerverträge vereinbaren, dass der Betrag nur jenen Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen in Rechnung gestellt wird, bei denen die Bandbreitenerhöhung vorgenommen wird. Das schließt jene aus, bei denen eine Bandbreitenerhöhung nicht herstellbar ist oder deren GIN-Zugangsnetzanschluss zum 01.01.2018 bereits eine höhere Bandbreite hat.
- (3) Die unter Abs. 1 und Abs. 2 anfallenden Kosten je GIN-Zugangsnetzanschluss für 12 Monate á max. € 4,-- netto zzgl. USt werden von der ÖÄK übernommen.
- (4) HV und BKNÄ streben eine weitere deutliche Erhöhung der Bandbreiten an und werden dazu im Jahr 2018 ein gemeinsames Verhandlungsteam einrichten.

§ 9 Ersatz der physischen GINA durch ein Service (GINA-as-a-Service) – schrittweise Einführung ab 2021

- (1) Der HV verpflichtet sich ab 2021 den Ersatz der physischen GINA durch ein Service (GINA-as-a-Service) schrittweise durchzuführen. Der dadurch entstehende Wegfall der Hardwarekosten reduziert jedenfalls die Kosten des GIN-Zugangsnetzes für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen ab 01.01.2022 in der Höhe des Aufpreises gemäß § 8 Abs. 1. Wird diese Preisreduktion per 01.01.2022 nicht erreicht wird, der Hauptverband diese Kosten in Höhe von maximal € 3,-- netto zzgl. USt für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen übernehmen. Sollten andere Preissteigerungen anfallen, werden diese nicht vom HV übernommen. Eine gemeinsame Lösung mit den Providern wird gesucht.
- (2) Mit dem Wegfall der physischen GINA entfällt gleichzeitig die Möglichkeit, über diese Offline Konsultationen zu erfassen, sowie die Stand-alone Anbindungsmöglichkeit.

¹ Sofern technisch möglich

Schlussbestimmung

§ 10 Vertragsdauer

- (1) Diese Vereinbarung wird für eine Laufzeit von fünf Jahren geschlossen und endet spätestens am 31.12.2022. Von dieser Vereinbarung abweichende Vereinbarungen auf Ebene der Krankenversicherungsträger und Landesärztekammern sind nur mit Zustimmung der Vertragsparteien zulässig.
- (2) HV und BKNÄ kommen überein, im Jahr 2021 Gespräche über eine Fortführung dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung oder einzelner Bestandteile sowie einer Valorisierung zu führen, mit dem Ziel, die laufenden Zahlungen auf Basis dieser Vereinbarungen in eine zusätzliche Modernisierung der Leistungskataloge für Telekonsultationen überzuführen.

Wien, am **05. Juni 2018**

Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

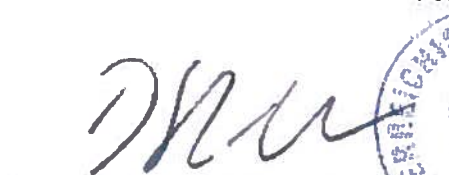

Dr. Alexander Blach
Verbandsvorsitzender



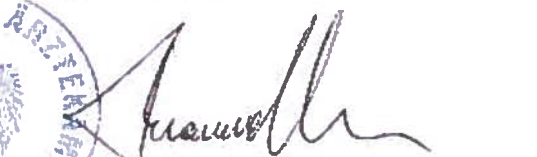

DI Volker Schörghofer

Für die Österreichische Ärztekammer

Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte


VP MR Dr. Johannes Steinhardt
BKNÄ-Obmann




Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres
Präsident