

# SCHLICHTUNGSORDNUNG

## Präambel

Nachdem im nachfolgenden Text neben der Ärztekammer für Wien auch der Verband der Privatkrankenanstalten bzw die Privatkrankenanstalten Wien angeführt werden, wird darauf hingewiesen, dass gleichlautender Text auch als eigene Anlage zur Direktverrechnungsvereinbarung zwischen den Privatkrankenanstalten Wiens und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs übernommen wird.

## § 1 Zuständigkeit

- (1) Die Vertragsparteien vereinbaren, eine Schlichtungsstelle am Sitz der Ärztekammer für Wien einzurichten. Die Schlichtungsstelle ist zur Verhandlung und Entscheidung über Meinungsverschiedenheiten zuständig, die sich aus der zwischen den Vertragsparteien abgeschlossenen Vereinbarung ergeben, soweit sie einen konkreten Fall betreffen und offene Geldforderungen bestehen. Konkret zuständig ist diese Schlichtungsstelle für alle Krankenanstalten im Bereich des Bundeslandes Wien.
- (2) Bei aufrechter Direktverrechnungsvereinbarung zwischen den Vertragsparteien haben die Vertragsparteien einen strittigen Fall bei der Schlichtungsstelle einzubringen. Dem Patienten/Versicherten darf weder vor Einleitung des Schlichtungsverfahrens noch während des Verfahrens ein Betrag über den streitgegenständlichen stationären Aufenthalt in Rechnung gestellt werden.
- (3) Die Schlichtungsstelle findet am Sitz der Ärztekammer für Wien statt.
- (4) Die Vertragsparteien verpflichten sich, wechselseitig mit anderen Vertragspartnern keine neuen gesonderten Schlichtungsstellen im Rahmen der Direktverrechnungsvereinbarung einzurichten, die Ansprüche von Ärzten bzw. Krankenanstalten gegen Krankenversicherer oder umgekehrt betreffen.
- (5) Die Schlichtungsstelle gemäß dieser Vereinbarung ist kein Schiedsgericht im Sinne der ZPO, d.h. sobald das Schlichtungsverfahren gemäß § 5 (2) dieser Vereinbarung abgeschlossen ist, steht der ordentliche Rechtsweg/Verwaltungsweg offen (vgl. dazu Pkt. 8.3. der Direktverrechnungsvereinbarung).

## § 2 Organisation

- (1) Als Geschäftsstelle fungiert die Ärztekammer für Wien, die die administrativen Angelegenheiten sowie die Terminkoordination übernimmt.
- (2) Die Vertragsparteien akzeptieren, dass sich die Geschäftsstelle auf eigene Kosten um einen EDV-gestützten technischen Ablauf in der Geschäftsstelle bemühen wird, der die Minimierung des Verwaltungsaufwandes sowie

Transparenz während des Verfahrens zum Ziel hat.

- (3) Im Rahmen der Schlichtungssitzungen haben alle beteiligten Interessensvertretungen von Einrichtungen (Ärzte, Krankenanstalten und Krankenversicherer) das Recht, Mitglieder zu entsenden. Pro beteiligter Interessensvertretung einer Einrichtung – das sind die ÄK für die Ärzte, der VVO für die Krankenversicherer, und jeweils der Verband der Privatkrankenanstalten für die in der Fußnote namentlich genannten Häuser<sup>1</sup>; der KAV für die KAV-Krankenanstalten und der Verein Interessensvertretung von Ordensspitälern und von konfessionellen Alten- und Pflegeheimen Österreichs für die Ordenskrankenhäuser– ist nur ein (1) Mitglied stimmberechtigt. Pro Interessensvertretung können zudem maximal zwei (2) nicht stimmberechtigte Mitglieder (Beiräte) beigezogen werden. Weiters wird vom VVO ein (1) Protokollführer entsendet. Die stimmberechtigten Mitglieder sowie die jeweiligen Stellvertreter sind der Geschäftsstelle bekannt zu geben und können jederzeit ersetzt werden.
- (4) Bei Verhinderung eines stimmberechtigten Mitgliedes zu einem Schlichtungstermin kann von diesem ein Ersatzvertreter nominiert werden. Das entschuldigte sowie das unentschuldigte Nichterscheinen eines stimmberechtigten Mitgliedes hindert nicht die ordnungsgemäße Durchführung einer Schlichtungssitzung.
- (5) Den Vertragsparteien steht es frei, medizinische Gutachten einzuholen.
- (6) Der von dem konkreten Fall betroffene Arzt ist von der Teilnahme an der Schlichtungssitzung und 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.
- (7) Um eine möglichst rasche Bearbeitung zu gewährleisten, werden die Schlichtungsfälle nach dem vollständigen Einlangen nach Fachgruppen und nach Hausgruppen sortiert und die Tagesordnungen der Schlichtungssitzungen demgemäß eingeteilt.
- (8) Voraussetzung für eine flüssige Abwicklung der Fälle in den Schlichtungssitzungen ist eine gute Vorbereitung derselben. Es besteht daher die klare und offene Absicht aller Vertragsparteien, konkrete Maßnahmen zur Vorbereitung (vorherige Durchsicht, Beschäftigung mit den Fällen) zu setzen.

---

<sup>1</sup> Privatklinik Döbling, Privatklinik Goldenes Kreuz, Sanatorium Hera, Privatklinik Josefstadt (Confraternität), Privatklinik Rudolfinerhaus, Wiener Privatklinik, Evangelisches Krankenhaus Wien; die Auflistung dieser Krankenanstalten bezieht sich ausschließlich auf den Gültigkeitsbereich dieser Schlichtungsordnung

### **§ 3 Einleitung des Schlichtungsverfahrens**

- (1) Die Partei, die ein Schlichtungsverfahren einleitet, richtet ihren Antrag an die Geschäftsstelle, die die Anträge protokolliert und auf Vollständigkeit kontrolliert. Unterlagen sind vollständig, wenn das korrekt ausgefüllte Formblatt samt Anlagen beigelegt ist. Die Einleitung des Schlichtungsverfahrens wird mittels Eingangsstempel bzw. elektronischem Eingangsvermerk bei der Geschäftsstelle protokolliert.

Anträge an die Schlichtungsstelle dürfen von Krankenanstalten, Ärzten, Versicherungsunternehmen, der Ärztekammer für Wien und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs herangetragen werden.

Sollten die unter § 3 (1) angeführten Unterlagen nicht vorliegen, wird der Fall nicht in die Schlichtung aufgenommen. Die Geschäftsstelle wird dem Antragsteller eine Bestätigung über das vollständige Einlangen aller Unterlagen übermitteln.

- (2) Die Schlichtungsstelle tritt bei Bedarf, grundsätzlich jedoch 9 Mal pro Jahr, zusammen. Anträge mit den in § 3 (1) angeführten Unterlagen müssen zumindest seit 6 Wochen bei der Geschäftsstelle eingelangt sein (Eingangsstempel bzw. elektronischer Eingangsvermerk), bevor diese in Schlichtungssitzungen behandelt werden können.

### **§ 4 Verfahren**

- (1) Das Verfahren wird nach freiem Ermessen, aber unter Beachtung der Grundsätze der Unparteilichkeit, Unbefangenheit, Gerechtigkeit und Billigkeit durchgeführt.
- (2) Vom VVO wird eine Tagesordnung für alle stimmberechtigten Mitglieder erstellt.
- (3) Jeder Antrag auf Schlichtung ist in einer mündlichen Verhandlung zu erörtern, in deren Rahmen auf Basis der bestehenden Verträge eine einvernehmliche Schlichtung (= Entscheidung) herbeizuführen ist. Wird ein Abrechnungsfall zur Schlichtung eingebracht, so wird dieser als Gesamtabrechnungsfall beurteilt und die Schlichtungsentscheidung bezieht sich auf den Gesamtfall.
- (4) Jedes stimmberechtigte Mitglied gem. § 2 (3) hat eine Stimme. Entscheidungen der Schlichtungsstelle bedürfen der Einstimmigkeit (d.h. Zustimmung aller stimmberechtigten Mitglieder). Wird die Einstimmigkeit nicht erreicht, so ist der behandelte Fall als nicht im Rahmen der Schlichtungsordnung schlichtbar (mit dem Protokollvermerk „keine Einigung“) auszuscheiden.
- (5) Über jede Schlichtungssitzung ist ein Protokoll anzufertigen. Die Protokollerstellung erfolgt durch den VVO, der den Protokollentwurf der Geschäftsstelle zur Verfügung stellt. Diese übermittelt den Entwurf den anderen stimmberechtigten Mitgliedern zur Freigabe. Die Freigabe gilt als erteilt, wenn nicht binnen einer Frist von 7 Tagen von den stimmberechtigten Mitgliedern

Einwände gegen die Protokollierung der Entscheidungen in der Schlichtungssitzung erhoben werden. Allfällige Protokollierungseinwände sind in der nächsten Schlichtungssitzung zu behandeln, soweit sie nicht im Vorfeld geklärt werden können.

- (6) Prinzipiell betreffen Schlichtungsentscheidungen den jeweiligen Einzelfall. Sollte für ähnlich gelagerte Fälle eine Grundsatzentscheidung gewünscht werden, sind diese Vorstellungen den Verhandlungsteams der Vertragsparteien vorzulegen und zu erörtern. Derartige Grundsatzentscheidungen bedürfen jedenfalls der schriftlichen Zustimmung der Verhandlungsteams und der Mitteilung an die betroffenen Vertragsparteien.

### **§ 5 Beendigung des Schlichtungsverfahrens**

- (1) Die Entscheidung der Schlichtungsstelle muss einstimmig erfolgen und ist den Betroffenen (das sind die betroffene Krankenanstalt, der betroffene Krankenversicherer und der oder die betroffenen Ärzte) unter Angabe einer Begründung mitzuteilen. Ebenso ist den Betroffenen mitzuteilen, wenn ein Fall nicht nach der Schlichtungsordnung schlichtbar und daher aus der Schlichtungsstelle auszuschneiden war.
- (2) Die Entscheidung oder das Ausscheiden aus der Schlichtungsstelle ist den Betroffenen schriftlich von der Geschäftsstelle auf Basis des Protokolls der Schlichtungssitzung mitzuteilen. Der Zeitpunkt der Mitteilung ist von der Geschäftsstelle zu protokollieren. Mit dem Datum der Mitteilung an die betroffenen Ärzte gilt die Schlichtung als beendet. Zeitgleich damit informiert die Geschäftsstelle die Krankenanstalten über diese Entscheidungen und die Krankenversicherer über das Datum der Mitteilung (=Beginn der Zahlungsfrist).
- (3) Abweichend von den entsprechenden Regelungen in den Direktverrechnungsvereinbarungen verpflichten sich die Krankenversicherer, die Entscheidungen innerhalb einer Frist von 3 Wochen ab Ende des Schlichtungsverfahrens gemäß §5 (2), umzusetzen (d.h. das ausständige Honorar und/oder die ausständigen Hauskosten zu bezahlen)
- (4) Gegen die Entscheidungen der Schlichtungsstelle, oder gegen die Mitteilung, dass ein Fall nicht schlichtbar ist, kann kein Einspruch erhoben werden. Es steht in beiden Fällen ab dem Zeitpunkt der Mitteilung durch die Schlichtungsstelle der ordentliche Rechtsweg offen.
- (5) Entscheidungen der Schlichtungsstelle oder die Mitteilung, dass ein Fall nicht schlichtbar war, gelten in einem allfälligen späteren Gerichtsverfahren nicht als Gutachten.

### **§ 6 Verjährung**

- (1) Die Zeit bis zum Ende des Schlichtungsverfahrens gemäß § 5 (2) wird in allfällige Verjährungsfristen oder andere Fristen für die Geltendmachung des Anspruchs gegen die Krankenversicherer nicht eingerechnet (Hemmung). Ab dem Zeitpunkt der Antragstellung (Eingangsstempel bzw. elektronischer

Eingangsvermerk) bei der Schlichtungsstelle ist die Verjährung gehemmt. Eine Verjährung tritt jedenfalls ein (1) Jahr nach Datum der Mitteilung der Schlichtungsentscheidung gemäß § 5 (2) an die Betroffenen ein.

- (2) Sowohl Entscheidungen der Schlichtungsstelle als auch das Ausscheiden nicht nach der Schlichtungsordnung schlichtbarer Fälle bedeutet, dass binnen einer einjährigen Frist nach Ende des Schlichtungsverfahrens zwischen den Betroffenen allfällige gegenseitige Ansprüche nicht mehr geltend gemacht werden können.
- (3) Nach Ablauf von 18 Monaten nach Ende des Schlichtungsverfahrens gemäß § 5 (2) sind alle mit dem jeweiligen Fall verbundenen Unterlagen, die zur Bearbeitung des Falles gedient haben, von der Geschäftsstelle zu vernichten.

### **§ 7 Kosten**

- (1) Jede Vertragspartei trägt die von ihr aufgewendeten Verfahrenskosten und Auslagen der von ihr entsandten Mitglieder selbst.
- (2) Die Kosten für einvernehmlich von der Schlichtungsstelle beigezogene Sachverständige werden je zu einem Drittel von den Interessensvertretungen der KA, ÄK und VVO getragen. Haben nicht alle Interessensvertretungen gemeinsam einen Sachverständigen beigezogen, tragen nur die betroffenen Interessenvertretungen die Kosten hierfür.

### **§ 8 Laufzeit**

Diese Anlage gilt für alle Sitzungen der Schlichtungsstelle ab 1. Oktober 2012

**Wien, am 28.09.2012**

Für die Ärztekammer für Wien

Für den Verband der  
Versicherungsunternehmen Österreichs  
Sektion Krankenversicherung

Präsident a.o. Univ.-Prof.  
Dr. Thomas Szekeres

Dr. Peter Eichler      Dr. Ulrike Braumüller

Für die Zahnärztekammer

Prof. Präsident MR DDr. Hannes Westermayer

## Standardbogen/Formblatt

Fall eingebracht von:	<input type="checkbox"/> Krankenversicherer <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Krankenanstalt
Krankenhaus:	
Krankenversicherer:	Polizzennr:
Patient:	Name: Geb. Datum:
	AZ: <span style="float: right;">Fortlaufende Nummer: (wird von der Geschäftsstelle vergeben)</span>
stat. Aufenthalt von–bis:	
Aufnahmegrund:	
Entlassungs-Diagnose:	
in Rechnung gestellte Leistungen:	<input type="checkbox"/> konservativer Aufenthalt.....Tage <input type="checkbox"/> OP Aufenthalt, verr. OP Gruppen + Positionen..... <input type="checkbox"/> Sonstiges:.....
durch den Krankenversicherer beanspruchte Leistungen:	<input type="checkbox"/> <b>gesamter Aufenthalt</b> <input type="checkbox"/> <b>Streichung von .....Tagen</b> <input type="checkbox"/> <b>OP-Gruppe.....</b> <input type="checkbox"/> <b>sonstige Leistungen.....</b>
Höhe der strittigen Beträge:	<b>Arzthonorare:</b> <span style="float: right;"><b>Hauskosten:</b></span>
bilaterale Konsensgespräche bzw. Schriftverkehr:	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;">Gespräche am:.....</span> <span style="float: right;"><b>Schriftverkehr bitte beilegen</b></span> <input type="checkbox"/> nein
Kurze Sachverhaltsdarstellung sowie ein begründetes Begehren:	
Begründung der Zahlungsverweigerung des Krankenversicherers:	
Entgegnung des Abteilungsleiters/des betroffenen Arztes:	

Die dem Schlichtungsausschuss vorgelegte Sachlage muss in den beigelegten Unterlagen ausreichend dokumentiert sein. Dokumente wie Zuweisung, Aufnahmeprotokoll, Fieberkurve, OP-Berichte und Abrechnung mit vollständiger Codierung und Leistungsdatum sind – soweit datenschutzrechtlich zulässig -beizulegen. Wir ersuchen Sie, diese Liste genau auszufüllen und die zur Argumentation herangezogenen Fakten in den Unterlagen mit Markierstift anzumerken. Bei entsprechender Dokumentation in der Krankengeschichte kann die schriftliche Begründung kurz ausfallen. Ergänzungen und Zusätze zur vorgegebenen Liste werden gerne berücksichtigt.

Unvollständige Unterlagen erhöhen den Aufwand und senken die Erfolgsrate im Schlichtungsausschuss beträchtlich.

Wir ersuchen daher um Verständnis, wenn nur **komplette Akte dem Schlichtungsausschuss vorgelegt werden.**

Bei Bedarf kann diese Liste ins hauseigene EDV-System übertragen werden.

Erforderliche Anlagen:

- Rechnung
- Korrespondenz mit Krankenversicherer
- Ärztliche Stellungnahmen
- OP-Bericht, Entlassungsbericht
- Kopien der für die Beurteilung des Falles notwendigen Unterlagen unter Beachtung der gemäß VersVG erforderlichen Bestimmungen