

Gesamtvertragliche Vereinbarung

betreffend die Einführung der e-card als Anspruchsnachweis, abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die in § 2 des Gesamtvertrages vom 10.11.1956 in der Fassung der 2. Zusatzvereinbarung vom 07.05.2008 angeführten Krankenversicherungsträger einerseits und der Ärztekammer für Vorarlberg, Kurie der niedergelassenen Ärzte, andererseits.

Präambel

Sprachliche Gleichbehandlung

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

Gruppenpraxen

Die Bestimmungen gelten für Vertragsgruppenpraxen sinngemäß.

§ 1

Geltung des e-card Gesamtvertrages

- (1) Die Gesamtvertragliche Vereinbarung über die Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherungen in den Ordinationen niedergelassener Ärzte, abgeschlossen zwischen dem HV der österreichischen Sozialversicherungsträger im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Namen und im Namen aller Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern vom 16. Dezember 2004 wird als Anlage A in diese gesamtvertragliche Vereinbarung aufgenommen. Ausdrücklich werden zukünftige Änderungen der Vereinbarung vom 16. Dezember 2004 als Inhalt dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung vereinbart.
- (2) Zu der in Abs. 1 vereinbarten Gesamtvertraglichen Vereinbarung werden die in den folgenden Bestimmungen enthaltenen Ergänzungen bzw. Abweichungen vereinbart.

§ 2

Verwendung der e-card

Die Vertragsparteien und auch die Vertragsärzte sollen darauf hinwirken, dass der Einsatz der e-card möglichst regelmäßig erfolgt. Die Regelungen gem. § 3 sollen daher grundsätzlich Ausnahmefälle betreffen. Auch zur Vermeidung unnötiger Folgeprobleme (z.B. § 3 Abs. 6) sollen die Vertragsärzte auf die richtige Eingabe des zutreffenden Behandlungsfalles (insbesondere ob Regelfall bzw. Zuweisung, Vertretung, Behandlung während des Urlaubes, dringende Behandlung bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Arztes, Vorsorgeuntersuchung) achten.

§ 3

Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card bzw. eines e-card-Ersatzbeleges sowie bei negativer Anspruchsprüfung

(1) Vergessen der e-card bei der Erstkonsultation

Erscheint der Patient bei der Erstkonsultation im Quartal ohne e-card in der Arztpraxis, weil er sie vergessen hat, und behauptet, versichert zu sein, bestehen für den Vertragsarzt folgende Möglichkeiten:

1. Der Vertragsarzt lehnt – sofern die ärztliche Behandlung nicht unabweislich (= Erste Hilfe) ist (diesfalls gilt eine online Prüfung mit der o-card als verpflichtend) – die Behandlung ab und fordert den Patienten auf, die e-card beizubringen.
2. Der Vertragsarzt behandelt den Patienten als Privatpatienten, sofern dieser damit einverstanden ist und die Patientenerklärung (Muster lt. Anlage C) unterfertigt. Eine Verrechenbarkeit der erbrachten Leistungen (auch allfälliger weiterer Leistungen im gleichen Abrechnungszeitraum z.B. für weitere Konsultationen) mit dem Versicherungsträger ist unzulässig.

Der Vertragsarzt kann aber dem Patienten insbesondere aus sozialen Erwägungen die Möglichkeit geben, bei Nachbringen der e-card bzw. bei Nichtüberschreitung des Limits nach § 5 als Kassenpatient behandelt zu werden, indem er die Ordinationskarte (o-card) steckt und die Anspruchsberechtigung online prüft.

Steckt der Vertragsarzt die o-card gilt folgende weitere Vorgangsweise:

- 1.1 Bei positiver Anspruchsprüfung löst der Vertragsarzt den zutreffenden Behandlungsfall mit seiner o-card und bestätigt der Patient bzw. dessen Begleitperson die Inanspruchnahme auf einer vom Arzt (unter Verwendung der online zur Verfügung gestellten Daten) erzeugten Patientenerklärung (Muster lt. Anlage C) durch Unterschrift. Der Vertragsarzt kann vom Patienten einen Erlag verlangen, damit dieser seine e-card nachbringt (ist die ärztliche Behandlung unabweislich (= Erste Hilfe) und der Patient kann den Erlag nicht leisten, ist auf die Einhebung zu verzichten). Wird die e-card vom Patienten bis spätestens 14 Tage nach Ende des Quartals nachgebracht, ist der Erlag dem Patienten zurückzuzahlen. Der Erlag ist jedenfalls zurückzuzahlen, wenn die Leistungen mit der Kasse verrechnet und von dieser honoriert werden. Ferner hat der Patient auf der Patientenerklärung (Muster lt. Anlage C)

zu bestätigen, dass er bei Nichtnachbringen der e-card und Überschreitung des Limits nach § 5 endgültig als Privatpatient gilt.

1.2. Bei negativer Anspruchsprüfung (obwohl der Patient dem Vertragsarzt bisher als Versicherter bekannt war bzw. der Patient erklärt, krankenversichert zu sein und noch keinen Arzt desselben Fachgebietes im selben Quartal in Anspruch genommen zu haben) bestehen für den Vertragsarzt folgende Möglichkeiten:

- a) Der Vertragsarzt behandelt den Patienten und verweist ihn zur Klärung des Anspruches an die Kasse, wobei der Vertragsarzt keine Honorargarantie hat, weshalb er berechtigt ist, vom Patienten einen Erlag zu verlangen (ist die ärztliche Behandlung unabweislich (= Erste Hilfe) und der Patient kann den Erlag nicht leisten ist auf die Einhebung zu verzichten).

Legt der Patient in solchen Fällen binnen 14 Tagen einen von der Kasse ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) vor, ist der Erlag dem Patienten zurückzubezahlen. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage ist der Vertragsarzt zur Privathonorierung berechtigt (darf die Leistung aber nicht zugleich dem Versicherungsträger verrechnen). Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen.

- b) Der Vertragsarzt lehnt – sofern die ärztliche Behandlung nicht unabweislich (= Erste Hilfe) ist (diesfalls gilt lit a verpflichtend) die Behandlung ab und verweist den Patienten zur Klärung an die Kasse.

c) Als Alternative zur Verweisung des Patienten an den Versicherungsträger gemäß lit a bestehen folgende weitere Möglichkeiten:

- ca) Während der Amtsstunden des Versicherungsträgers kann der Vertragsarzt oder der Patient telefonisch mit dem Genehmigungsdienst des Versicherungsträgers Kontakt aufnehmen und versuchen, den Anspruch zu klären (online eine positive Anspruchsprüfung frei zu schalten); gelingt dies, gilt Pkt. 1.1, gelingt dies nicht, gilt lit.a. oder lit b.

- cb) Außerhalb der Amtsstunden des Versicherungsträgers kann der Vertragsarzt per e-mail oder Telefax (unter Angabe der Versicherungsnummer und des Vor- und Zunamens des Patienten sowie dem Hinweis, dass im e-card-System keine Anspruchsberechtigung gespeichert ist) beim Genehmigungsdienst versuchen, den Anspruch zu klären. Meldet der Versicherungsträger binnen 14 Tagen eine positive Anspruchsprüfung zurück, verrechnet der Vertragsarzt die bei der betreffenden Konsultation angefallenen Leistungen mit dem Versicherungsträger und zahlt einen allfällig einbehaltenen Erlag zurück. Bei nicht rechtzeitiger oder negativer Rückmeldung ist der Vertragsarzt zur Privathonorierung berechtigt (darf die Leistung für diese Konsultation aber nicht zugleich dem

Versicherungsträger verrechnen). Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich die Bestätigung des Versicherungsträgers der Abrechnung beizulegen.

- (2) e-card defekt oder gesperrt oder Patient hat noch keine e-card bei der Erstkonsultation

Erscheint der Patient bei der Erstkonsultation im Quartal ohne e-card in der Arztpraxis, weil diese defekt oder gesperrt ist oder er noch keine e-card hat, ist vom Arzt die Ordinationskarte (o-card) zu stecken und die Anspruchsberechtigung online zu prüfen. Es gilt die unter Abs. 1 Ziff. 1.1 und 1.2 geregelte weitere Vorgangsweise, wobei im Fall des Abs 1 Z 1.1. kein Erlag verlangt werden darf (sehr wohl jedoch im Fall des Abs 1 Z 1.2) und der letzte Satz des Abs. 1. Z 1.1. nicht gilt. Diese o-card-Konsultation ist nicht limitrelevant (§ 5).

- (3) Vorgehensweise bei Folgekonsultationen

Erscheint der Patient bei einer Folgekonsultation ohne e-card in der Arztpraxis (oder ist die e-card defekt oder gesperrt) und behauptet, versichert zu sein, ist der Vertragsarzt verpflichtet, die Ordinationskarte (o-card) zu stecken und die Anspruchsberechtigung online zu prüfen. Es gilt die unter Abs. 1 Ziff. 1.1. und 1.2. geregelte weitere Vorgangsweise mit der Maßgabe, dass vom Patienten im Fall des Abs 1 Z 1.1. kein Erlag mehr verlangt werden darf (sehr wohl jedoch im Fall des Abs 1 Z 1.2) und der letzte Satz des Abs 1 Z. 1.1 nicht gilt.

- (4) e-card-Ersatzbeleg statt e-card

Ein vom Patienten statt der e-card vorgelegter und von der Kasse ausgestellter für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) ist einer e-card gleichwertig. Der Vertragsarzt ist jedoch zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen. Behauptet der Patient jedoch, von der Rezeptgebühr befreit zu sein, steckt der Vertragsarzt jedenfalls die o-card und wählt den zutreffenden Behandlungsfall. Diese o-card-Konsultation ist nicht limitrelevant (§ 5).

- (5) Negative Anspruchsprüfung mit e-card

Erscheint der Patient mit der e-card, aber die Anspruchsprüfung verläuft negativ dann gilt die

Vorgangsweise gemäß Abs. 1 Ziff. 1.2.

- (6) Belegung des Regelfalles (Zuweisung)

Ergibt die Online-Anspruchsprüfung, dass der Patient zwar versichert ist, der Regelfall (bzw. die Zuweisung) aber für dieses Fachgebiet und das Quartal bereits abgebucht wurde, und liegt kein anderer Behandlungsfall (z.B. Vertretung, dringende Behandlung bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes, Behandlung im Bereitschaftsdienst, Urlaub, Dienstreise, nach Wohnungswechsel) vor
und

- der Patient gibt an, dass die vorangegangene Abbuchung des Regelfalles zu Unrecht erfolgte, weil er den zuvor konsultierten Vertragsarzt als Vertre-

ter, bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes, im Bereitschaftsdienst, im Urlaub oder bei einer Dienstreise in Anspruch genommen hatte

oder

- der Patient gibt wichtige Gründe für einen Arztwechsel während des laufenden Quartals an (z.B. schwerwiegende Störung des Arzt-Patientenverhältnisses),
gilt die Vorgangsweise gemäß Abs. 1 Ziff. 1.2.

(7) Keine online-Anspruchsprüfung möglich

Kann ein Patient die e-card (oder einen von der Kasse ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg – Anlage B) nicht vorlegen und ist eine positive Online-Anspruchsprüfung mit der Ordinationskarte nicht möglich, weil Patient und Arzt die Versicherungsnummer nicht wissen, bzw. die Sozialversicherungsnummer-Abfrage über das e-card-System ergebnislos bleibt, gilt Abs 1 Ziff. 1.2 analog.

(8) Negative Anspruchsprüfung nach Visite

Kann im Zuge der Nacherfassung von Visiten keine positive Anspruchsprüfung durchgeführt werden, ist der Vertragsarzt berechtigt, dem Patienten eine Privathonorarnote auszustellen, sofern der Patient nicht binnen 14 Tagen einen von der Kasse ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) vorlegt. Darüber ist der Patient (z.B. auf der Privathonorarnote) ausdrücklich aufzuklären. Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen.

(9) Fristenhemmung bei Handlungsunfähigkeit

Ist der Patient krankheitsbedingt zur Erfüllung seiner oben angeführten Obliegenheiten nicht fähig, beginnt die Frist für die Vorlage des von der Kasse auszufüllenden und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleges lt. Anlage B entweder mit Wiederherstellung dieser Fähigkeit oder mit einer entsprechenden Aufforderung des Vertragsarztes an einen Vertreter (insbesondere Angehörigen) des Patienten. Die Frist für den Patienten endet jedoch stets spätestens 14 Tage nach Ende des Quartals, auch wenn er bis dahin krankheitsbedingt noch immer nicht in der Lage ist, seine Obliegenheiten zu erfüllen.

(10) Mit der Abrechnung sind alle e-card-Ersatzbelege (Anlage B) und Patientenerklärungen (Muster lt. Anlage C) vorzulegen. Eine Honorierung der anlässlich einer Konsultation erbrachten und verrechneten Leistungen erfolgt, wenn für den entsprechenden Tag der Leistungserbringung im e-card-System entweder

1. eine Konsultation mittels e-card gespeichert ist oder

2. eine Konsultation mittels o-card gespeichert ist, eine vom Patienten unterfertigte Patientenerklärung (Muster lt. Anlage C) der Abrechnung beiliegt und das Limit gem. § 5 für den betreffenden Fall nicht überschritten ist oder
3. wenn weder eine Konsultation mittels e-card noch mittels o-card gespeichert ist, dafür aber ein von der Kasse ausgestellter und für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) bzw. eine Bestätigung gem. Abs. 1 Z 1.2 lit. cb bzw. eine vom Patienten unterfertigte Patientenerklärung (Muster lt. Anlage C), die wegen einer Störung, bei der die Konsultationsdaten auch nicht offline erfasst werden konnten, ausgestellt wurde, der Abrechnung beiliegt.

Für die an einem Tag ausschließlich erbrachte Leistung der Ausfertigung eines Rezeptes (Pos. 15), für die im Rahmen von Krankenbesuchen erbrachten Leistungen und für die in einer vertraglich genehmigten Zweitordination, die über keine e-card-Ausstattung verfügt, erbrachten Leistungen ist im Falle der Konsultation mittels o-card für die Honorierung die Vorlage einer vom Patienten unterfertigten Patientenerklärung (Muster lt. Anlage C) nicht erforderlich.

- (11) Wesentliches Ziel ist es, dass die e-card lückenlos gesteckt bzw. den Formalvorschriften des Abs. 10 Ziff. 1 bis 3 lückenlos entsprochen wird. Angesichts des zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung geltenden Honorierungssystems (Gesamtvergütung) und um Härtefälle im Einzelfall sowie technische Probleme in der Abstimmung zwischen Abrechnungs- und Abstimmungsdatensatz pauschal zu berücksichtigen wird vereinbart, dass in bis zu 5% der Folgebehandlungen im Abrechnungszeitraum eine Honorierung auch dann erfolgt, wenn den Formalvorschriften des Abs. 10 Ziff. 1 bis 3 nicht entsprochen wird. Folgebehandlungen im Abrechnungszeitraum, die den Formalvorschriften des Abs. 10 Ziff. 1 bis 3 nicht entsprechen und die am Ende des Abrechnungszeitraumes nach ihrer umgekehrten Reihenfolge – maßgeblich ist das Behandlungsdatum – über dieser Grenze liegen, werden nicht honoriert.

Die Übergangsfrist gilt für Konsultationen im II. Quartal 2010 bis einschließlich solche im I. Quartal 2011 und ist der Prozentsatz für Konsultationen erstmals im IV. Quartal 2010 pro Quartal zu verringern mit dem Ziel, dass die Einhaltung der Formvorschriften spätestens am Ende der Übergangsfrist gewährleistet ist. Zu diesem Zweck wird nach Abrechnung des II. Quartals 2010 durch die Verrechnungsstelle die durchschnittliche Frequenz der aufgrund der Nichteinhaltung der Formvorschriften gem. Abs. 10 Ziff. 1 bis 3 insgesamt für alle Vertragsärzte nicht honorierten Folgebehandlungen erhoben. Sodann wird zwischen Kasse und Ärztekammer einvernehmlich das Ausmaß der Verringerung des Prozentsatzes für das IV. Quartal 2010 festgelegt. Die Vorgehensweise gilt für das I. Quartal 2011 analog (Beobachtungsquartal ist das III. Quartal 2010). Ist am Ende der Übergangsfrist die Einhaltung der Formvorschriften noch nicht vollständig gewährleistet, sind zwischen Kasse und Ärztekammer neuerliche Gespräche über eine allf. Verlängerung der Übergangsfrist oder die weitere Vorgangsweise hinsichtlich der Honorierung solcher Folgebehandlungen zu führen.

- (12) Eine Privatverrechnung von Leistungen, die vom Versicherungsträger anlässlich der Abrechnung nicht honoriert werden, ist nur für jene Fälle zulässig, bei denen die Honorierung wegen Überschreitung des Limits gem. § 5 erfolgt ist.

§ 4

Verrechnung bei Mehrfachversicherung und Versicherungswechsel

(1) Mehrfachversicherung:

Liegt bei einem Patienten eine mehrfache Anspruchsberechtigung (als Versicherter oder Angehöriger) vor, können die Leistungen in einem Quartal nur mit jenem Versicherungsträger verrechnet werden, der als erster in Anspruch genommen (beim ersten Stecken der e-card bzw. Ordinationskarte ausgewählt) wurde.

(2) Versicherungswechsel:

Wechselt während eines Quartals die Versicherungszuständigkeit, ist zu unterscheiden, ob es sich um Gebiets- oder Betriebskrankenkassen oder um einen Sondersversicherungsträger handelt:

1. Bei Gebiets- oder Betriebskrankenkassen kann im selben Quartal kein zusätzlicher Behandlungsfall abgerechnet werden
2. Wird von oder zu einem Sondersversicherungsträger gewechselt, sind alle Leistungen, die nach dem Zuständigkeitsübergang erbracht wurden, mit dem zuständig gewordenen Versicherungsträger zu verrechnen.

§ 5

Limit für Erstkonsultationen ohne e-card

- (1) Die Verrechenbarkeit von Leistungen (Erstkonsultationen) bei denen eine o-card-Konsultation anstelle einer e-card-Konsultation gespeichert ist, wird mit 20 pro Quartal limitiert.

Auf das Limit nicht angerechnet werden Erstkonsultationen

1. bei Vorlage eines E-card-Ersatzbeleges (Anlage B)
2. bei Vorlage einer Bestätigung gemäß § 3 Abs 1 Z 1.2. lit cb
3. in Form eines Hausbesuches (Visite)
4. für Vorsorgeuntersuchungen
5. für Mutter-Kind-Passuntersuchungen
6. als Nacherfassung wegen Störung des e-card-Systems
7. in vertraglich genehmigten Zweitordinationen, die über keine e-card-Ausstattung verfügen
8. für Fälle gem. § 3 Abs. 2

Bei Vertragsärzten mit vertraglich genehmigten Zweitordinationen, die in der Zweitordination über keine e-card-Ausstattung verfügen, werden die in der Zweitordination erbrachten Leistungen (Erstkonsultationen), bei denen eine o-card-Konsultation (Behandlungsfall: Nacherfassung außerhalb der Ordinationszeit) erfolgt, nicht auf dieses Limit angerechnet. Diese Vertragsärzte haben mit der Abrechnung die Anzahl der in der Zweitordination erbrachten Erstkonsultationen bekannt zu geben.

- (2) Das Serversystem prüft (bislang jedoch nur für die Ausnahmen gem. Abs. 1 Ziff. 3 bis 6), ob die erfasste Konsultation innerhalb dem Limit liegt. Wird das Limit überschritten, wird die Erstkonsultation trotzdem am e-card-Server gespeichert. Der Arzt kann den zum jeweiligen Zeitpunkt aktuellen Limitstand am e-card-Server abrufen. Mit Verwendung einer nachgebrachten e-card werden die Stände automatisch angepasst.
- (3) Das Nachbringen der e-card als Anspruchsnachweis für das jeweilige Quartal ist längstens innerhalb von 14 Tagen nach Ende des Quartals, in dem die Erstkonsultation erfolgte, möglich. Durch das nachträgliche Verwenden der e-card reduziert sich die Anzahl der Erstkonsultationen ohne Verwendung der e-card und das Limit wird nicht so rasch erreicht bzw. allenfalls wieder unterschritten.
- (4) Erstkonsultationen, die am Ende der Abrechnungsperiode nach ihrer umgekehrten Reihenfolge – maßgeblich ist das Datum der Eingabe der Sozialversicherungsnummer – über dem Limit liegen einschließlich aller weiteren im Quartal für den Patienten erbrachten Konsultationen (Leistungen), sind nicht mit dem Versicherungsträger verrechenbar.

§ 6 Kündigung / Erlöschen

- (1) § 1 dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung ist nicht gesondert vom Gesamtvertrag vom 10.11.1956 in der Fassung der 2. Zusatzvereinbarung vom 07.05.2008 kündbar.
- (2) Unbeschadet Abs. 1 kann diese Gesamtvertragliche Vereinbarung von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief teilaufgekündigt werden.
- (3) Diese Gesamtvertragliche Vereinbarung erlischt mit Kündigung der Gesamtvertraglichen Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 16.12.2004 (Anlage A) gemäß deren § 15. Die Geltung des Gesamtvertrages vom 10.11.1956 in der Fassung der 2. Zusatzvereinbarung vom 07.05.2008 bleibt dadurch unberührt.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2010 in Kraft.

§ 8
Verlautbarung

Diese Gesamtvertragliche Vereinbarung und alle Änderungen werden binnen zwei Wochen nach deren Unterfertigung auf der Homepage der Ärztekammer verlaubar und der Versicherungsträger von der erfolgten Verlaubar unmittelbar verständigt.

Dornbirn, am 03.07.2010

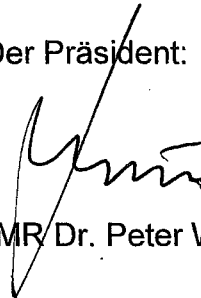
Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg

Der Kurienobmann:



(Dr. Michael Jonas)

Der Präsident:



(MR Dr. Peter Wöß)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger


Dr. Hans Jörg SCHELLING
Verbandsvorsitzender

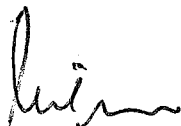


13. April 2010


Dr. Christoph Klein
Generaldirektor-Stv.

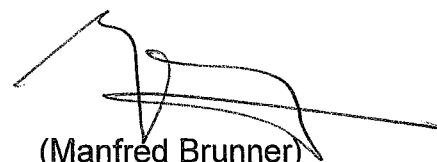
Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:



(Dir. Mag. Christoph Metzler)

Der Obmann:



(Manfred Brunner)

Anlagen

- Anlage A** Gesamtvertragliche Vereinbarung über die e-card vom 16.12.2004
samt Technischer Beilage
- Anlage B** Formular „e-card-Ersatzbeleg“
- Anlage C** Formular „Patientenerklärung“