Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

Gesamtvertragliche Vereinbarung 2021

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Burgenland (kurz: Ärztekammer) einerseits und der Österreichischen Gesundheitskasse (als Rechtsnachfolgerin der Burgenländischen Gebietskrankenkasse) andererseits.

Präambel

Mit dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung werden folgende Regelungen getroffen:

A. pandemiebedingt notwendige Limitlockerungen für bestimmte (Gesprächs-) Leistungen im 1. Halbjahr 2021
B. Telemedizin
C. Weiterführung der Vereinbarung über die Verwendung von Geldern aus den Heilmittelvereinbarungen
D. Änderung Sonn- und Feiertagsdienst

A. Limitlockerungen

1. Zur Abfederung des geänderten Inanspruchnahmeverhaltens im Zuge der Covid-19-Pandemie stehen jeweils 2% der Honorarsumme des 1. und 2. Quartals 2019 exkl. SVB, WVB und exkl. Radiologie, das sind € 623.775,01, für Limitlockerungen von Gesprächspositionen befristet vom 1. Jänner bis 30. Juni 2021 zur Verfügung.

2. Die grundsätzlich bis 31. Dezember 2020 befristete Position 015a „Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel" wird für den Zeitraum vom 1. Jänner bis 30. Juni 2021 weitergeführt.

3. Für den Zeitraum 1. Jänner 2021 bis 30. Juni 2021 werden aus den Mitteln laut Ziffer 1. abweichend von der gültigen Honorarordnung folgende Limite in Prozent der Fälle vereinbart:

Pos. 015a „Ordination unter Verwendung elektronischer Hilfsmittel"

AM:	45%
Augenheilkunde:	17%
Chirurgie:	17%
Dermatologie:	17%
Gynäkologie:	26%
Innere Medizin:	26%
Kinderheilkunde:	26%
HNO:	26%
Lungenheilkunde:	26%
Orthopädie:	17%
Unfallchirurgie:	17%
Urologie:	26%
Neurologie:	17%
Psychiatrie:	17%

Pos. 014 „Ärztlicher Koordinierungszuschlag

AM:	von 4% auf 6%
Augenheilkunde:	von 2% auf 6%
Chirurgie:	von 2% auf 6%
Dermatologie:	von 2% auf 6%
Gynäkologie:	von 2% auf 6%
Innere Medizin:	von 2% auf 6%
Kinderheilkunde:	von 2% auf 6%
HNO:	von 2% auf 6%
Lungenheilkunde:	von 2% auf 6%
Orthopädie:	von 2% auf 6%
Unfallchirurgie:	von 2% auf 6%
Urologie:	von 2% auf 6%
Neurologie:	von 2% auf 6%
Psychiatrie:	von 2% auf 6%

Pos. 019 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil"

AM:	von 14% auf 20%
Augenheilkunde:	von 7% auf 20%
Chirurgie:	von 7% auf 20%
Dermatologie:	von 8% auf 20%
Gynäkologie:	von 8% auf 20%
Innere Medizin:	von 15% auf 20%
Kinderheilkunde:	von 20% auf 22%
HNO:	von 7% auf 20%
Lungenheilkunde:	von 12% auf 20%
Orthopädie:	von 7% auf 20%
Unfallchirurgie:	von 7% auf 20%
Urologie:	von 12% auf 20%
Neurologie:	von 7% auf 20%
Psychiatrie:	von 7% auf 20%

4. Die tatsächlichen Mehraufwendungen für die Regelung gemäß Punkt 3. sind auf die Honorarregelung 2021 anzurechnen.

B. Telemedizin

§ 1 Definition der Telemedizin

In dieser Vereinbarung wird als Telemedizin die Bereitstellung von ärztlichen Leistungen durch Vertragsärzte mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (wie z.B. das Telefon, die Videokonsultation) für den Fall verstanden, dass der Patient oder der Angehörige des Gesundheitsberufs (bzw. zusammenwirkende Angehörige eines Gesundheitsberufs) nicht am selben Ort sind.

§ 2 Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen auf Kassenkosten ist zulässig, wenn diese ärztlich vertretbar ist, berufsrechtlich zulässig ist, zweckmäßig und genauso erfolgsversprechend wie eine persönliche Leistungserbringung ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt eingehalten wird. Darüber hinaus sind die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie die

Datenschutzgrundverordnung einzuhalten. Der Vertragsarzt ist aber nicht verpflichtet, telemedizinische Leistungen anzubieten.

§ 3 Honorierung telemedizinischer Leistungen

(1) Telemedizinischer Leistungen werden – sofern nichts anderes vereinbart wird – nach der jeweils geltenden Honorarordnung in gleicher Höhe honoriert wie wenn die Leistung ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird und so, als wenn die Leistung in der Ordination erbracht worden wäre. Eine Zuzahlung zum Kassenhonorar für die telemedizinische Leistungserbringung ist unzulässig.

(2) Abweichend von Abs. 1 gilt, dass bei Erbringung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag die telemedizinische Behandlung grundsätzlich nicht honoriert wird; es sei denn es handelt sich um ein anderes Krankheitsgeschehen. Solche Einzelfälle sind mit der fiktiven Position PERS in der Abrechnung zu kennzeichnen. In der Honorarordnung vorgesehene Zuschläge für die Inanspruchnahme außerhalb der Ordinationszeiten bzw. in der Nacht oder an Sonn- und Feiertagen, können für telemedizinische Behandlungen nur im Bereitschaftsdienst verrechnet werden (die geltenden gesamtvertraglichen Regelungen hinsichtlich des Verrechnungsausschlusses dieser Zuschläge im Bereitschaftsdienst bleiben davon unberührt).

(3) Wird die telemedizinische Leistung abgebrochen – z.B. wegen technischer Probleme – kann die Leistung nur verrechnet werden, wenn die bis zu Unterbrechung erbrachte Leistung zweckmäßig durchgeführt werden konnte und damit von medizinischem Nutzen ist.

(4) Die Erbringung telemedizinischer Leistungen kann unbegrenzt mit Stecken der O-Card abgerechnet werden (ein allfällig definiertes O-Card Limit gelangt nicht zur Anwendung).

(5) Wird die O-Card bereits bei der Terminabstimmung zur Prüfung des Leistungsanspruchs verwendet, muss der Vertragsarzt für eine Stornierung sorgen, wenn die telemedizinische Leistung dann nicht erbracht wird.

(6) Im Zuge der Abrechnung sind telemedizinische Leistungen über die Verrechnung von zwei (alternativen) fiktiven Positionen entweder als telefonischer Leistungserbringung (Pos. TELE) oder als Videokonsultation (Pos. VIDEO) zu kennzeichnen.

(7) Zum Zwecke der Kennzeichnung der Krankenbehandlung gem. Abs. 2 und Abs. 6 werden in der Honorarordnung, die ein Teil des kurativen Gesamtvertrages ist, mit 1.7.2021 folgende drei Positionen eingeführt:

Pos. PERS
Abzurechnen (im Einzelfall mit Begründung) zur Kennzeichnung einer notwendigen persönlichen neben einer telemedizinisch erbrachten Krankenbehandlung am selben Tag aufgrund eines anderen Krankengeschehens

Pos. TELE
Abzurechnen zur Kennzeichnung einer telefonischen Krankenbehandlung

Pos. VIDEO
Abzurechnen zur Kennzeichnung einer Krankenbehandlung über Videokonsultation

§ 4 Voraussetzungen auf Seiten des Patienten

(1) Eine telemedizinische Leistung darf nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Patienten erbracht werden. Dem in Behandlung übernommenen Patienten muss immer auch die Möglichkeit freigestellt sein, den Vertragsarzt anstelle einer telemedizinischen Behandlung persönlich aufzusuchen.

(2) Telemedizinische Behandlungen sind nur bei bekannten Patienten, also bei Patienten zulässig, die beim Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis bereits persönlich in Behandlung waren. Ausgenommen davon ist die telemedizinische Leistungserbringung durch einen Vertreter in der Ordination, bzw. angestellten Arzt sowie telemedizinische Leistungen im Bereitschaftsdienst.
(3) Telemedizinische Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn beim Patienten die Voraussetzungen – einschließlich infrastruktureller Voraussetzungen – für eine telemedizinische Behandlung erfüllt sind und der Patient geistig und körperlich in der Lage ist, an der telemedizinischen Versorgung mitzuwirken.

§ 5 Infrastrukturelle Voraussetzungen

(1) Die Erbringung telemedizinischer Leistungen setzt voraus, dass die nötige Vertraulichkeit und Datensicherheit gewahrt bleibt, insbesondere ist bei Videokonsultationen zu gewährleisten, dass diese während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt sind. Die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie der Datenschutzgrundverordnung sind einzuhalten.
(2) Der Vertragsarzt hat sich bei Einsatz telemedizinischer Methoden im Rahmen seiner technischen Möglichkeiten von der Identität des Patienten zu überzeugen.

§ 6 Kosten des Einsatzes telemedizinischer Technologien

(1) Soweit nicht in der Honorarordnung anders vereinbart, trägt der Vertragsarzt die Kosten für den Einsatz der von ihm benutzten telemedizinischen Technologien, nicht aber die beim Patienten für den Einsatz der Technologie entstehenden Kosten.
(2) Die Kasse wird dem Vertragsarzt auf ihre Kosten ein System zur Videokonsultation zur freien Verfügung (für alle Patienten, unabhängig von der Versicherungszugehörigkeit) stellen. Dieses System wird keinerlei Daten an die Kasse übertragen bzw. solche nur mit Zustimmung des Vertragsarztes oder nur dann speichern, wenn sie für die Funktionsfähigkeit des Systems notwendig sind. Nicht gespeichert werde insbesondere der Zeitpunkt und die Dauer von Videokonsultationen. Die Kasse wird über Aufforderung der Kammer binnen 2 Wochen eine Bestätigung des mit der Programmentwicklung betrauten Unternehmens (ITSV GmbH) beibringen, dass die in Satz 2 und 3 genannten Bedingungen erfüllt sind und weiter erfüllt werden. Der Vertragsarzt ist nicht verpflichtet, dieses System in Anspruch zu nehmen. Nimmt er allerdings andere Systeme in Anspruch, haben diese ebenfalls der Anforderung zu entsprechen, dass die Datenübertragung auf sicherem Weg erfolgt und die Vorgaben des § 5 Abs. 1 erfüllt sind. Außerdem trägt der Vertragsarzt dann selbst die Anschaffungskosten.

§ 7 Sonstige Bedingungen beim Einsatz von telemedizinischen Methoden

(1) Beim Einsatz telemedizinischer Methoden muss Vertraulichkeit und eine störungsfreie Abwicklung der Behandlung gewährleistet sein.
(2) Telemedizinische Behandlungen dürfen – sofern nicht einvernehmlich anderes vereinbart wurde – weder vom Patienten noch vom Vertragsarzt aufgezeichnet werden.
(3) Telemedizinische Behandlungen – insbesondere Videokonsultation – müssen frei von Werbung sein.
(4) Um eine größtmögliche Benutzerfreundlichkeit für den Patienten zu gewährleisten, ist ein System zu wählen, welches auch für mobile Geräte (z.B. Smartphone) anwendbar ist. Bei der Wahl des Systems muss die Benutzerfreundlichkeit ein wesentliches Kriterium sein.
(5) Abbrüche von telemedizinischen Behandlungen bzw. sonstige relevante Funktionseinschränkungen werden im Probebetrieb von den daran teilnehmenden Ärzten dokumentiert.

§ 8 Folgehandlungen

(1) Eine Verweisung an Krankenanstalten oder Fachärzte infolge der telemedizinischen Behandlung ist nur möglich, wenn dringend geboten oder absehbar ist, dass ein Ordinations- oder Krankenbesuch nicht zielführend ist.
(2) Für die Verordnung von Medikamenten ist die eMedikation (und sobald implementiert das eRezept) zu verwenden, sofern diese für die entsprechende Medikation zur Verfügung steht.
(3) Über/Zuweisungen sowie Verordnungen von Heilbehelfen und Hilfsmitteln sollen wenn möglich auch ohne direkten Patientenkontakt in der Ordination datenschutzrechtlich einwandfrei übermittelt werden. ÄK und Kasse bemühen sich, so rasch als möglich ein elektronisches System zu entwickeln, dass dann grundsätzlich zu verwenden ist.

§ 9 Befristung der Vereinbarung und Evaluierung

(1) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung beginnt mit 1. Juli 2021 und ist vorläufig bis 31. Dezember 2022 befristet.
(2) Der Nutzen der Vereinbarung wird bis spätestens 30. Juni 2022 evaluiert; und zwar mit Blick auf folgenden Ergebnisse:
- Anteil der telemedizinischen Behandlungen (getrennt nach Telefon und Videokonferenz) an der Gesamtzahl der Behandlungen
- Funktionstauglichkeit des Systems (z.B. Anzahl der Abbrüche oder sonstige Mängel)
- Parallelität von persönlicher und telemedizinischer Behandlung am selben Tag
- Zufriedenheit der Vertragsärzte und Patienten mit der Möglichkeit der Telemedizin und daraus abgeleiteten Erkenntnissen für die Verbesserung und die Weiterentwicklung des Systems (wobei dazu im Einvernehmen zwischen ÄK und Kasse geeignete Befragungen durchgeführt werden).

(3) Sollte keine der Vertragsparteien bis spätestens 30. September 2022 mittels eingeschriebenem Brief der Fortführung der Regelung widersprechen, verlängert sich diese auf unbefristete Zeit, wobei jede der Vertragsparteien die Vereinbarung jeweils zum 31. Dezember eines Kalenderjahres mit 6-monatiger Kündigungsfrist gesondert von anderen Gesamtverträgen aufkündigen kann.

C. Weiterführung der Vereinbarung über die Verwendung von Geldern aus den Heilmittelvereinbarungen

1. Die Vereinbarung über die Verwendung von Geldern aus den Heilmittelvereinbarungen vom 4. Dezember 2019 wird hinsichtlich der Positionen 409 „24 Stunden-Blutdruckmonitoring", der Position 402 „Langzeit-EKG", der Positionen 794 "D-Dimer-Schnelltest mittels Streifen" und 795 "D-Dimer-Schnelltest mittels Gerät" und „MMSE" zu unveränderten Konditionen bis 31 Dezember 2021 verlängert.

2. Die Pos. 015a „Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel" wird aus der Mittelverwendung aus den Heilmittelvereinbarungen exkludiert und für den Zeitraum 1. Jänner 2021 bis 30 Juni.2021 gemäß Punkt A. Limitlockerungen finanziert.

3. Ab 1. Juli 2021 wird die Vereinbarung Telemedizin gemäß Punkt B in Geltung gesetzt. Ab diesem Zeitpunkt ist eine Verrechnung der Pos. 015a nicht mehr möglich. Der Verrechnungsfaktor für die Pos. 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung"

wird pro Fachgruppe im Zeitraum 1. Juli 2021 bis 31.Dezember 2021 um den Faktor 0,05 (5 %) angehoben. Die Finanzierung erfolgt mit Geldern aus der Heilmittelvereinbarung.

4. Ab 1. Juli 2021 wird Anhang 3 der Honorarordnung geändert wie folgt:

Die Honorierung der Position 015 „**Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung**" wird ab 1. Juli 2021 wie folgt geregelt:

Verrechenbarkeit der Pos. 015:

• Ärzte für Allgemeinmedizin	1,75	ab 1.7.2021

• Fachärzte für:

Lungenheilkunde	0,35	ab 1.7.2021
Augenheilkunde und Optometrie	0,25	ab 1.7.2021
Chirurgie / Unfallchirurgie	0,98	ab 1.7.2021
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,75	ab 1.7.2021
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,36	ab 1.7.2021
Innere Medizin	1,20	ab 1.7.2021
Kinder- und Jugendheilkunde	1,05	ab 1.7.2021
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	0,70	ab 1.7.2021
Neurologie und Psychiatrie / Neurologie Psychiatrie und Neurologie / Psychiatrie Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin	0,88	ab 1.7.2021
Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	1,15	ab 1.7.2021
Urologie	0,55	ab 1.7.2021

im Durchschnitt pro Fall und Quartal (Fälle mit voller Grundvergütung, Erste-Hilfe-Vergütung, K-Schein und Nichterreichbarkeits-Schein) pro Vertragsarzt

5. Punkt 1. und 4. gelten befristet bis 31.Dezember 2021 und werden mit Geldern aus der Heilmittelvereinbarung finanziert, sofern nicht in der Honorarregelung 2021 Abweichendes vereinbart wird

D. Änderung des Sonn- und Feiertagsdienstes

I. Ab 1. Jänner 2021 wird der Sonn- und Feiertagsdienst entsprechend der Punktation vom 18. Dezember 2020 geändert wie folgt:

- Dienstzeit von 8 bis 16 Uhr
- Unverändertes Honorar von € 290,- für die verkürzte Einheit
- Erhöhung der Pos. 006 auf € 50,- und der Pos. 002 auf € 28,-
- Möglichkeit der Betreuung eines zweiten, benachbarten Sprengels bei doppeltem Bereitschaftsdiensthonorar (um auch zu testen, wie ein größerer Sprengel betreut werden kann)
- Anrechnung der Mehraufwendungen auf die Honorarregelung 2021
- Befristung bis 30. Juni 2021 (sollte bis 1. Juli 2021 keine weiterführende Vereinbarung getroffen werden, gelten ab diesem Zeitpunkt die Konditionen zum Stichtag 31. Dezember 2020)

Die Ärztekammer für Burgenland hat unter diesen Bedingungen die Bereitschafts-Verordnung bis zum 30. Juni 2021 verlängert, sodass bis dahin eine Dienstverpflichtung der § 2-Kassenärzte für Allgemeinmedizin besteht.

1. In Punkt A. 3. der Honorarordnung lauten die ersten 4 Absätze:

Sofern gemäß § 16 des Gesamtvertrages ein Sonn- und Feiertagsdienst eingerichtet ist, gelten folgende Dienstzeiten:

a) Samstag 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr
b) Sonntag 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr
c) Feiertag 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr; der 24.12. und 31.12. gelten als Feiertage

Während den Dienstzeiten leistet je Sprengel ein diensthabender Arzt Bereitschaftsdienst. Die Berufung erfolgt über die Rufnummer 141. Ab 16:00 Uhr bis 7:00 Uhr des Folgetages steht unter der Rufnummer 141 zusätzlich ein medizinisches Beratungsservice (Telefonarzt) zur Verfügung.

Der ärztliche Sonn- und Feiertagsdienst ist grundsätzlich ein Notdienst nur für dringende Fälle und gilt nur für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin des Burgenlandes.

Die Sprengeleinteilung für den Sonn- und Feiertagsdienst wird zwischen den Vertragspartnern vereinbart. Einvernehmliche Änderungen innerhalb der einzelnen Sprengel sind mit Zustimmung beider Vertragspartner möglich. Es besteht die Möglichkeit der Betreuung eines zweiten benachbarten Sprengels bei doppeltem Bereitschaftsdiensthonorar.

Die übrigen Absätze in Punkt A. 3. bleiben unverändert aufrecht.

2. Punkt C. a. Sonn- und Feiertagsdienst (Honorarordnung Punkt A.3.) wird geändert:

- 8-Stundeneinheit (Pos. 009) € 290,- ab 1. Jänner 2021

II. Die Ärztekammer für Burgenland wird die Bereitschafts-Verordnung über den 30. Juni 2021 hinaus nicht verlängern. Es besteht demnach ab 1. Juli 2021 kein von der Kammer eingerichteter Sonn- und Feiertagsdienst im Sinne § 16 Gesamtvertrag, eine Teilnahme am Sonn- und Feiertagsdienst erfolgt auf freiwilliger Basis.

Zur Vermeidung von Versorgungslücken werden als Anreiz zur Teilnahme am Sonn- und Feiertagsdienst die grundsätzlich bis 30. Juni 2021 befristeten Konditionen bis 31.Dezember 2021 verlängert. Ab 1. Jänner 2022 sind Änderungen unter verstärkter Einbindung der Gesundheits-Hotline 1450 angedacht.

Nicht-Vertragsärzten wird die Teilnahme und Direktverrechnung mit der ÖGK-Bgld. ermöglicht. Folgende Positionen sind von Nichtvertragsärzten zu verrechnen:

Pos. 009 „Sonn- und Feiertagsdienst" € 290,- (für einen übernommenen Dienst)
Pos. XXX „Ordinationspauschale" € 35,- (pro Patient in der Ordination)
Pos. YYY „Visitenpauschale" € 74,- (pro visitiertem Patient)
Pos. 002 „Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen..." iZm mit einer telemedizinischen Leistungserbringung (TELE oder VIDEO) im Bereitschaftsdienst € 28,- (mit Zusatzinfo TELE oder VIDEO)

Mit der Zahlung der Pos. 009 sowie XXX bzw. YYY und 002 (zzgl. TELE oder VIDEO) sind sämtliche Leistungen im Rahmen des Sonn- und Feiertagsdienstes zur Gänze abgegolten. Die gleichzeitige Verrechnung der Pos. XXX mit der Pos. YYY sowie 002 für einen Patienten ist am selben Tag nicht möglich. Für Patienten ohne Anspruchsberechtigung gegenüber der

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

ÖGK erfolgt keine Honorierung durch die ÖGK. Bei Zustimmung durch die bundesweiten Versicherungsträger und Gegenverrechnung mit dieser wird die ÖGK die Verrechnung für diese durchführen, sodass dieselben Honorarpositionen zur Anwendung kommen.

Für Vertragsärzte kommen unverändert die einzelnen Positionen der Honorarordnung zur Anwendung.

Ab 1. Jänner 2022 ist eine Verrechnung des Sonn- und Feiertagsdienstes (Pos. 009) und der entsprechenden Einzelleistungen nicht mehr möglich, das entsprechende Honorarvolumen steht damit nicht mehr zur Verfügung.

Eisenstadt, 10.07.2022

Ort, Datum

Ärztekammer für Burgenland

Der Kurienobmann:

Dr. Michael SCHRIEFL

Der Präsident:

OA Dr. Michael LANG

Für die Österreichische Gesundheitskasse

Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stv.

Andreas Huss, MBA
Obmann

Österreichische
Gesundheitskasse

Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt
Tel: +43 5 0766-131400
Fax: +43 5 0766-13411402
Unsere Servicezeiten finden Sie unter: www.gesundheitskasse.at
UID-Nr. ATU74552637

EINGEGANGEN
07. Juni 2022
Erl.....

Ärztekammer für Burgenland
Permayerstraße 3
7000 Eisenstadt

Ablage + Einscann

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Ihre Kontaktadresse	Datum
	Mag. Sti-And	Mag. Rainer Stippl rainer.stippl@oegk.at	02.06.2022

Gesamtvertragliche Vereinbarung 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

beiliegend finden Sie eine Ausfertigung der gezeichneten Gesamtvertraglichen Vereinbarung 2021 zu Ihrer weiteren Verwendung.

Freundliche Grüße

Mag. Rainer Stippl
Abteilungsleiter
Versorgungsmanagement 1

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter www.gesundheitskasse.at/datenschutz