

Arbeitsbehelf

zum

**OÖ Gesamtvertrag für
Ärzte für Allgemeinmedizin
und Fachärzte**

Vorwort

Dieser Arbeitsbehelf enthält die Bestimmungen des OÖ Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 dieses Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträger andererseits zum Stand Mai 2004.

Durch die Ärztekammer für OÖ und OÖGKK wurden die Änderungen aufgrund folgender Zusatzprotokolle eingearbeitet:

(26. ZP)

(27. ZP)

(28. ZP)

(29. ZP)

(30. ZP)

(31. ZP)

(32. ZP)

(33. ZP)

(34. ZP)

(35. ZP)

(36. ZP)

Stand: Mai 2014

Eigentümer, Herausgeber und Verleger, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz - Für den Inhalt verantwortlich Mag. Franz Kiesel MPM, Linz, Gruberstraße 77 - Druck: Eigenvervielfältigung OÖGKK

§ 1 Grundlagen

- (1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG) BGBl. Nr. 189, sowie gemäß § 21 Abs. 2 lit. h des Ärztegesetzes, BGBl. Nr. 92/49, in der geltenden Fassung, zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden unter der Bezeichnung „Anspruchsberechtigte“ zusammengefasst) abgeschlossen.
- (2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits und die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

§ 2 Geltungsbereich

Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen:

1. OÖ Gebietskrankenkasse für Arbeiter und Angestellte
2. Betriebskrankenkasse Austria Tabak
3. Sozialversicherungsanstalt der Bauern

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt)

(27. ZP, ab 1.1.2005 – Streichung VA Bergbau)

(28. ZP, ab 1.10.2006 – Streichung Semperit)

§ 3 Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsärzte

- (1) Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung werden unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in einem Anhang zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt.
- (2) Bei der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein

muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein.

- (3) Wird ein Einvernehmen über die Zahl der Vertragsärzte, ihre örtliche Verteilung sowie über die beantragte Abänderung der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission.

§ 4 Ausschreibung freier Vertragsarztstellen

- (1) Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen mit der Kammer vom Versicherungsträger in der nächsten Nummer der Mitteilungen der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren.
- (2) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.

§ 5 Auswahl der Vertragsärzte

- (1) Die Kammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme binnen drei Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an den Versicherungsträger weiter und erstattet einen begründeten Vorschlag. Ist der Versicherungsträger mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat er einen begründeten Gegenvorschlag binnen vier Wochen nach Einlangen des Vorschlages der Kammer zu erstatten. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Versicherungsträger. Kommt innerhalb von zwei Wochen ein Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.
- (2) Die Vertragsparteien können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren.
- (3) Bis zur Besetzung einer freien Vertragsarztstelle kann im Falle eines dringenden Bedarfes im Einvernehmen mit der Kammer ein befristeter Einzelvertrag abgeschlossen werden.

- (4) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte eines im § 2 genannten Versicherungsträgers dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte dieser Versicherungsträger sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte udgl.) dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihres Versicherungsträgers sein. Dies gilt auch für nicht angestellte Kontrollärzte. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 6 Einzelvertragsverhältnis

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet.
- (2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle auf Grund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.
- (3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.
- (4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird vom Versicherungsträger der Kammer übermittelt.
- (5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und den zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

§ 7 Abschluss des Einzelvertrages

- (1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und dem Versicherungsträger ist der in der Anlage beigefügte Muster-Einzelvertrag zugrunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages können mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit der Kammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.
- (2) Der Versicherungsträger hat dem Arzt den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl (§ 5 Abs. 1) oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.

- (3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei dem Versicherungsträger folgt.
- (4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen der Vertragsparteien ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden.

§ 8 Wechsel der Ordinationsstätte

- (1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte innerhalb der Gemeinde (in Linz innerhalb des Planungsbezirkes) des vertraglichen Berufssitzes ist vom Vertragsarzt der Kammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekanntzugeben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die paritätische Schiedskommission.

(26. ZP, ab 1.1.2004)

- (2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs. 1 erhoben wurde oder die paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat.
- (3) Ein Wechsel des vertraglichen Berufssitzes (in Linz ein Wechsel in einen anderen Planungsbezirk) ist nur im Rahmen eines neuerlichen Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens zulässig.

(26. ZP, ab 1.1.2004)

§ 8a Barrierefreiheit

(29. ZP, ab 1.7.2009)

- (1) Neue Vertragsärzte und Ärzte, die ihre Praxis verlegen, sind verpflichtet, eine Praxis zu nehmen, welche die von Kammer und Kasse festgelegten Kriterien einer barrierefreien Arztpraxis erfüllen; es sei denn, der neue Vertragsarzt übernimmt eine bestehende Arztpraxis vom Vertragsvorgänger oder es gibt in der ausgeschriebenen Region

entweder keine entsprechenden Praxisräumlichkeiten oder die Kosten für die verfügbaren barrierefreien Praxisräume überschreiten die Obergrenze der Ortsüblichkeit um mind. 10 %.

- (2) Für den Fall, dass vom angehenden Vertragsarzt keine barrierefreien Räumlichkeiten als Ordinationsstätte bekannt gegeben werden, prüft die Kasse das Immobilienangebot im betreffenden Versorgungsgebiet und informiert den Arzt und die ÄK binnen 10 Arbeitstagen über das Ergebnis. Für den Fall, dass die Kasse fristgerecht verfügbare und geeignete Praxisräume, deren Kosten die Zumutbarkeitsgrenze nicht übersteigen, anbieten kann, sind diese Räumlichkeiten nicht barrierefreien vorzuziehen.
- (3) Für den Fall, dass der Arzt der Kasse Räumlichkeiten, die er beziehen will, als barrierefrei im Sinne der festgelegten Kriterien bestätigt, wird das Ärztliche Qualitätszentrum die in Aussicht genommenen Räumlichkeiten gemeinsam mit dem angehenden Vertragsarzt auf die Erfüllung der Barrierefreiheitskriterien überprüfen und der Kasse das Vorliegen oder Nichtvorliegen der Kriterien mitteilen. Wird die Barrierefreiheit bestätigt, kann der Arzt die Räumlichkeiten anmieten bzw. beziehen. Wird die Barrierefreiheit nicht bestätigt, hat die Kasse noch die Möglichkeit, binnen 10 Arbeitstagen das Immobilienangebot zu prüfen. In diesem Fall ist das Vorgehen wie oben dargestellt, festgelegt.

§ 9 Stellvertretung

- (1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Mit Zustimmung des Versicherungsträgers kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenen zugemutet werden kann.
- (2) Sofern die Vertretung länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der Kammer und dem Versicherungsträger bekanntzugeben; dauert die Vertretung länger als drei Monate, so kann die Kammer oder der Versicherungsträger gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird ein Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu

übertragen, mit dem die Kammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

§ 10 Ärztliche Behandlung

- (1) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt dem Vertragsarzt nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Diese ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben.
- (2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen des Versicherungsträgers vom Arzt zu begründen.
- (3) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden.
- (4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung des Versicherungsträgers nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet. Leistungen, von denen Versicherungsträger und Kammer gemeinsam der Auffassung sind, dass sie wirkungslos sind oder Patienten gefährden, dürfen von Vertragsärzten nicht erbracht werden; und zwar weder auf Kosten des Versicherungsträgers noch gegen direkte Verrechnung mit dem Patienten. Diese Leistungen sind in einer von den Gesamtvertragsparteien (Ärztammer und Versicherungsträger) gemeinsam zu erstellenden taxativen Liste (Beilage) anzuführen. Änderungen dieser Liste sind wiederum nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien möglich.
- (5) Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb des Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel nur mit

Zustimmung des Versicherungsträgers, welcher den behandelnden Arzt vorher anzuhören hat, vornehmen.

- (6) Der Vertragsarzt wird ärztliche Leistungen im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung seiner eigenen Person, des Ehegatten, der Kinder, Enkel und Eltern, soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, dem Versicherungsträger nicht verrechnen; er ist jedoch zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers in diesen Fällen berechtigt.

§ 10a Sicherstellung der Qualitätsmedizin als Sachleistung

- (1) Vertragsärzte dürfen für Leistungen, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung darstellen, keine direkten Zahlungen von Anspruchsberechtigten oder Dritten (zB Privatversicherungen) verlangen oder entgegennehmen; unabhängig davon, ob die durchgeführte Leistung in der Honorarordnung als Sonderleistungsposition geregelt ist bzw. ob die Leistung vom Vertragsarzt mit dem Versicherungsträger verrechnet werden kann. Falls entgegen dieser Bestimmung dennoch direkte Honorare entgegengenommen werden, werden diese vom Versicherungsträger dem Anspruchsberechtigten in voller Höhe rückerstattet. Die dafür aufgewendeten Beträge sind vom Vertragsarzt dem Versicherungsträger zu ersetzen.
- (2) Folgende Leistungen sind vom Vertragsarzt mit dem Anspruchsberechtigten verrechenbar:
- a) Leistungen, die ihrer Art nach keine Krankenbehandlungen darstellen, wie zB Führerscheinuntersuchungen, Flugtauglichkeitsuntersuchungen, rein prophylaktische Leistungen sofern sie nicht gesamtvertraglich als Sachleistung zu erbringen sind, Atteste für private Zwecke usw.
 - b) Komplementärmedizinische (wissenschaftlich nicht erprobte) Leistungen, wobei Kammer und Kasse darüber jährlich eine möglichst vollständige (demonstrative) Liste erstellen.
 - c) Private Inanspruchnahme des Vertragsarztes, bei denen der Anspruchsberechtigte für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bewusst keine e-card abgeben will und der Anspruchsberechtigte somit auf den Sachleistungsanspruch verzichtet, wobei in diesem Fall vom Versicherungsträger auch kein Rückersatz geleistet wird.

Erkrankt der Anspruchsberechtigte, der den Vertragsarzt privat in Anspruch genommen hat, während des Abrechnungszeitraumes so, dass er die weitere Behandlung auf Kosten des Versicherungsträgers abgewickelt haben will, werden ab dem Zeitpunkt der e-card Vorlage für den restlichen Abrechnungszeitraum die ärztlichen Leistungen mit dem Versicherungsträger verrechenbar.

- d) Leistungen, die vom Vertragsarzt außerhalb seiner Ordination(en) erbracht werden (zB in Tageskliniken oder als Belegarzt im Krankenhaus), sofern diese Leistungen typischerweise in einer Kassenordination der betreffenden Fachrichtung nicht erbracht werden können (zB weil dafür eine umfangreiche Anästhesieeinrichtung oder ein steriler OP-Raum notwendig ist oder weil nicht bloß eine Regionalanästhesie oder zwar Regionalanästhesie, aber mit anästhesiespezifischen Anästhesietechniken durchgeführt wird).

(27. ZP, ab 1.7.2005)

- (3) Leistungen, die nur bei bestimmten Indikationen mit der Kasse verrechenbar sind, sind außerhalb dieser definierten Indikationen nur dann Krankenbehandlung, wenn sie der Chefarzt im konkreten Einzelfall als Krankenbehandlung beurteilt. Die Vertragsärzte sind in Zweifelsfällen oder auf Verlangen des Patienten verpflichtet, für solche Leistungen die chefarztliche Beurteilung einzuholen. Falls der Chefarzt eine Leistung bei bestimmten Indikationen generell als Krankenbehandlung bewilligt, ist die vertragliche Indikationsliste entsprechend zu erweitern. Eine chefarztliche Bewilligung kann nur bei Leistungszuständigkeit der Kasse erteilt werden.

§ 11 Behandlung in der Ordination

- (1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen. Getrennte Wartezimmer (und unterschiedliche Ordinationszeiten) für Kassen- und Privatpatienten sowie die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten sind unzulässig.
- (2) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekanntgegebenen Ordinationszeiten, sofern dieser dagegen keinen Einspruch erhebt. Kommt über eine vom

Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die paritätische Schiedskommission.

(2a) Für Niederlassungen von Vertragsärzten ab dem 1. Juli 2006 gilt folgende Ordinationszeitenregelung:

- a. Die Mindestöffnungszeit beträgt 20 Wochenstunden.
- b. Die Arztpraxis ist an zumindest fünf Werktagen (Montag bis Samstag) geöffnet zu halten.
- c. Es müssen mindestens zwei Nachmittagsordinationen beginnend ab 14:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 16:00 Uhr zu je zwei Stunden, - bzw. Abendordinationen beginnend ab 16:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 18:00 Uhr zu je zwei Stunden angeboten werden, wobei eine Nachmittags- bzw. Abendordination durch eine zweistündige Samstagsordination ersetzt werden kann.
- d. Sofern im jeweiligen Versorgungsgebiet (für Allgemeinmedizin die Gemeinde sowie die umliegenden Gemeinden, sofern sie versorgungsrelevant sind, für Fachärzte der Bezirk, bzw. in Linz innerhalb der von Ärztekammer für OÖ und Kasse festgelegten Bezirke I bis V) bereits ein oder mehrere Vertragsärzte derselben Fachrichtung ansässig sind, hat sich der neu in Vertrag genommene Arzt an den Ordinationszeiten bestehender Vertragsärzte zu orientieren. Das heißt die Nachmittags- bzw. Abendordination des neu in Vertrag genommenen Arztes dürfen sich höchstens an einem Tag mit den bestehenden Nachmittags- bzw. Abendordinationen bereits niedergelassener Ärzte überschneiden. Sollte sich durch diese Regelung zwingend nur mehr ein fixer Nachmittag ergeben, kann stattdessen an einem anderen Tag eine Abendordination angeboten werden. Ab zwei Vertragsärzten derselben Fachrichtung ist von Montag bis Freitag zumindest eine Ordination eines Vertragsarztes geöffnet zu halten. Der ordinationsfreie Tag des neu in Vertrag genommenen Arztes darf sich nicht mit dem/den ordinationsfreien Tag(en) bereits niedergelassener Vertragsärzte überschneiden.
- e. Im Einzelfall kann im Einvernehmen von ÄK und Kasse auf Antrag eines Arztes bei Vorliegen einer entsprechenden Begründung (zB gesundheitliche Probleme) von den Regelungen Abstand

genommen werden bzw. eine andere, kundenorientierte Verteilung von Nachmittags- bzw. Abendordinationen vereinbart werden. Eine Zustimmung erfolgt grundsätzlich nur befristet auf längstens zwei Jahre, kann aber nach positiver Evaluierung auch unbefristet erteilt werden.

(27. ZP, ab 1.7.2006)

(31. ZP, ab 1.1.2010)

(36. ZP, ab 1.1.2014)

- (2b) Für zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Abs. 2a bereits niedergelassene Vertragsärzte gilt folgende Regelung:

Für bereits niedergelassene Vertragsärzte treten keine Änderungen ein. Änderungen der Ordinationszeiten ab 1. Juli 2006 können bei diesen Ärzten nur insoweit erfolgen, als es dadurch hinsichtlich der Anzahl der Wochenstunden, der Anzahl an Wochentagen und der Dauer sowie Lage der Nachmittags- bzw. Abendordinationen zu keiner Verschlechterung der bestehenden Situation kommt.

(31. ZP, ab 1.1.2010)

- (3) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie zB bei Erster Hilfeleistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.
- (4) Die Ordinationstätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.
- (5) Die Bestimmungen dieses Gesamtvertrages gelten auch vollinhaltlich für die Tätigkeit von Vertragsärzten in Zweitordinationen. Zweitordinationen, in denen Leistungen erbracht werden, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung iSd. § 10 des Gesamtvertrages darstellen (wozu auch Mutter-Kind-Pass Leistungen zählen), dürfen nur mit Genehmigung von Ärztekammer und Versicherungsträger betrieben werden. Das gilt sinngemäß auch für Vertragsärzte, die über die einzelvertraglich vereinbarte Tätigkeit in einer bestimmten Fachrichtung hinaus auch eine Tätigkeit in einer anderen Fachrichtung (deren Ausbildung sie ebenfalls nachweisen können) ausüben bzw. ausüben wollen. *

* Für Vertragsärzte, die ohne Zustimmung von Kammer und Kasse eine zustimmungspflichtige Zweitordination vor dem 1.1.1999 eröffnet haben, gilt eine Übergangsfrist bis 31.12.2001, längstens jedoch bis zur Invertragnahme eines Arztes des selben Fachgebietes im Einzugsgebiet des betroffenen Arztes. Nach Ablauf dieser Übergangsfrist dürfen vom Vertragsarzt in der Zweitordination keine Leistungen mehr erbracht werden, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung im Sinne der §§ 10 und 10a dieses Gesamtvertrages darstellen (wozu auch Mutter-Kind-Pass Leistungen zählen), sofern Kammer und Kasse nichts Gegenteiliges ausdrücklich vereinbaren.

§ 12 Krankenbesuch

- (1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche nach Möglichkeit bis 9:00 Uhr beim Arzt anzumelden.
- (2) Für den Arzt für Allgemeinmedizin besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächsterreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Ärzte für Allgemeinmedizin als nächsterreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern ist der Arzt für Allgemeinmedizin in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von 1 km - gerechnet von seiner Ordinationsstätte - zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächsterreichbarer Vertragsarzt in Anspruch genommen wird.
- (3) Für den Vertragsfacharzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgefähig ist und am Niederlassungsort des Vertragsfacharztes oder innerhalb eines Umkreises von 5 km - gerechnet von der Ordinationsstätte - wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt als nächsterreichbarer Facharzt berufen wird.
- (4) Für die Landeshauptstadt sowie für bestimmte Gemeinden kann im Anhang zu diesem Gesamtvertrag zwischen den Vertragsparteien eine Sonderregelung über die Verpflichtung des Vertragsarztes zu Krankenbesuchen vereinbart werden.

- (5) Ein zu einem Krankenbesuch nicht verpflichteter Vertragsarzt ist berechtigt, dem Versicherungsträger den Krankenbesuch einschließlich jener Wegegebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren kann der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.
- (6) Die Vertragsparteien können im Anhang zu diesem Gesamtvertrag weitere Bestimmungen über die Verpflichtung zu Krankenbesuchen vereinbaren.

§ 13 Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten

- (1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (2) Der Vertragsfacharzt soll Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Arzt für Allgemeinmedizin überweisen. Diesem ist hiebei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.
- (3) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die ihm zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages zurück zu überweisen.

§ 13a Zuweisung zu Vertragsärzten (Vertragseinrichtungen)

- (1) Falls vom Vertragsarzt die erforderlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen des Anspruchsberechtigten nicht selbst durchgeführt werden können (§ 10) und auch keine entsprechenden Vorbefunde bekannt sind, hat er - unter Verwendung der aufgelegten Vordrucke - grundsätzlich zu einem Vertragsarzt (Vertragseinrichtung) zuzuweisen. Hinsichtlich der Auswahl des Vertragspartners ist auf die Ökonomie besonders Bedacht zu nehmen. Eine Zuweisung bzw. Verweisung zu einem Wahlarzt (Wahleinrichtung) ist nur dann zulässig, wenn ein Vertragspartner in zumutbarer Entfernung nicht zur Verfügung steht oder wenn der Patient dies ausdrücklich wünscht. Die Anspruchsberechtigten sind darauf hinzuweisen, dass sie bei

Inanspruchnahme des Wahlarztes (der Wahleinrichtung) die Kosten zunächst selbst zu bezahlen haben.

- (2) Auf dem Zuweisungsschein sind insbesondere die Verdachtsdiagnose, der Zweck der Zuweisung bzw. die gewünschte(n) Leistung(en) (gegebenenfalls Art und Anzahl) exakt anzuführen. Alle relevanten Informationen (Vorbefunde usw.) sind der Zuweisung anzuschließen.

§ 14 Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

- (1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung des Versicherungsträgers abhängig, so hat der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim Versicherungsträger auszuhändigen.
- (2) Der Versicherungsträger darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in kasseneigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

§ 15 Nachweis der Anspruchsberechtigung

- (1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Hilfe unaufgefordert ihre Berechtigung in der vom Versicherungsträger vorgeschriebenen Form (zB e-card) nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.
- (2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, in welchem die e-card vorgelegt wurde.
- (3) Erkrankte, die sich nicht im Sinne des Abs. 1 als Anspruchsberechtigte ausweisen, dürfen grundsätzlich für Rechnung des Versicherungsträgers auch dann nicht behandelt werden, wenn sie dem Vertragsarzt von früheren Behandlungen als Anspruchsberechtigte bekannt sind.
- (4) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Erkrankte, die ihre Anspruchsberechtigung glaubhaft machen, bei der ersten Ordination (Krankenbesuch) für Rechnung des Versicherungsträgers zu behandeln und hierbei einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag zurückzuerstatten. Kann der

Erkrankte den verlangten Erlag nicht leisten und ist die ärztliche Behandlung unabweislich, ist der Vertragsarzt berechtigt, die o-card zu stecken. Die o-card gilt nur für den Abrechnungszeitraum, in dem sie gesteckt wurde. Die näheren Bestimmungen zur o-card vereinbaren die Vertragsparteien.

§ 16 Sonn- und Feiertagsdienst

Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist der Versicherungsträger von der Diensterteilung zu verständigen.

§ 17 Konsilium

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann der Vertragsarzt in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem Konsilium berufen; sonst ist in der Regel der nächsterreichbare Vertragsarzt zu berufen.

§ 18 Betreuungsfälle

- (1) Soweit der Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem der Arzt im Vertragsverhältnis steht. Das gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.
- (2) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten auch für nicht krankenversicherte Personen, deren Unfallheilbehandlung von einem österreichischen Träger der Unfallversicherung einem Krankenversicherungsträger übertragen wurde, sofern über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen eine Sondervereinbarung zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

- (3) Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen einem österreichischen Krankenversicherungsträger zur Betreuung überwiesen werden, sind den Anspruchsberechtigten nach Abs. 1 gleichzustellen, sofern es sich um Grenzgänger oder um Dienstnehmer handelt, die sich zum Zwecke der Berufsausübung im Bundesgebiet aufhalten. Über diesen Personenkreis hinaus wird die vertragsärztliche Behandlung übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

§ 19 Ablehnung der Behandlung

Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen des Versicherungsträgers diesem den Grund der Ablehnung mitzuteilen. Die Ablehnung einer Behandlung durch den Vertragsarzt zugunsten einer reinen Privatbehandlung ist nicht zulässig.

§ 20 Anstaltspflege

- (1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt der Vertragsarzt die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Wenn ärztliche Behandlung, nicht aber Anstaltspflege notwendig ist, jedoch die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege fehlt, so ist im Antrag darauf besonders hinzuweisen.
- (2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), ist ein Antrag auf Anstaltspflege nicht zu stellen.
- (3) Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.
- (4) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert,

grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (zB Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers ist in jedem Fall vom Vertragsarzt zu bescheinigen.

§ 21 Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

- (1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.
- (2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten. Insbesondere ist für die Ersteinstellung des Patienten das günstigste wirkstoffgleiche oder wirkstoffähnliche Präparat oder Biosimilar zu verordnen; es sei denn, dies ist im Einzelfall aus medizinische Gründen nicht möglich (zB bekannte Allergie gegen einen Inhaltsstoff). Bei Folgeverordnungen ist ebenfalls das günstigste wirkstoffgleiche oder wirkstoffähnliche Präparat oder Biosimilar zu verordnen; es sei denn, dies ist im Einzelfall aus medizinischen Gründen nicht möglich oder der Preisvorteil ist nur sehr gering.

(29. ZP, ab 1.7.2009)

- (2a) Um die Verpflichtung des Abs. 2 einhalten zu können, steht den Vertragsärzten ein von der Kasse gefördertes Ökotool über die Arztsoftware oder eine Webversion zur Verfügung. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, dieses Instrument bei der Verordnung ihrer Heilmittel zu verwenden; und zwar in einer Version, die die wirkstoffgleichen und wirkstoffähnlichen Präparate und Biosimilars zum jeweils aktuellen Stand anzeigt.

(29. ZP, ab 1.7.2009)

- (3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift

beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.

- (4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung des Versicherungsträgers nicht verschrieben werden.
- (5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien ist vom Vertragsarzt beim Versicherungsträger anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigelegt. Die Art des Bezuges wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (6) Beabsichtigt der Chef(Kontroll)arzt, eine vom Vertragsarzt abgelehnte, genehmigungspflichtige Spezialität zu bewilligen, so ist diesem vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 36 Anwendung.

§ 21a „Provisionsverbot“

- (1) Vertragsärzten ist es im Rahmen ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit verboten, sich im Zusammenhang mit konkreten Verordnungen (oder positiven Stellungnahmen im Zusammenhang mit Qualitätskontrollen) von Heilmitteln und Heilbehelfen/Hilfsmitteln oder mit Überweisungen/Zuweisungen/Einweisungen zu bestimmten Leistungserbringern Zuwendungen/Begünstigungen durch Dritte zusagen zu lassen oder anzunehmen; und zwar unabhängig davon, von welchen Dritten und in welcher Form oder unter welchem Titel und in welchem zeitlichen Zusammenhang die Zuwendung/Begünstigung gewährt wird.¹ Wird eine solche Zuwendung/Begünstigung angenommen, stellt dies eine schwerwiegende Verletzung des Einzelvertrags dar, die zur Vertragskündigung durch die Kasse führt.
- (2) Von dieser Bestimmung sind Zuwendungen/Begünstigungen ausgenommen, die keinen Vorteil im Sinne des Korruptionsstrafrechts und des ärztlichen Verhaltenskodex darstellen, insbesondere im Hinblick auf ihre Geringfügigkeit.

¹ Ob zB als Aufwandsentschädigung, als Provision, als Begutachtungshonorar, als Miete für Werbeflächen in der Ordination, als Übernahme von Leasingraten für den PKW des Kassenarztes, als unentgeltliche Zurverfügungstellung von Ordinationseinrichtung usw. Nicht jedoch als Vergütung für Aufwendungen im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen lt. Arzneimittelgesetz (AMG).

§ 22 Erweiterte Heilfürsorge

- (1) Die Leistungen des Versicherungsträgers aus der erweiterten Heilfürsorge (Heilstätten-, Kur-, Landaufenthalte udgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Der Vertragsarzt hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihm hiefür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Der Antrag ist zu begründen. Medizinisch nicht begründete Wünsche der Anspruchsberechtigten soll schon der Vertragsarzt abweisen.
- (2) Beabsichtigt der Versicherungsträger, Leistungen aus der erweiterten Heilfürsorge zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

§ 23 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

- (1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem behandelnden Vertragsarzt. Die Vertragsparteien können Abweichungen hievon vereinbaren.
- (2) Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hiezu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium udgl.) einholen.
- (3) Der Vertragsarzt kann dem arbeitsunfähig Erkrankten, soweit dies nach der Art der Erkrankung in Betracht kommt, eine Ausgehzeit bewilligen. Diese soll so festgesetzt werden, dass die Besorgung beruflicher Angelegenheiten nicht möglich ist und die Kontrolle des Arbeitsunfähigen durch den Versicherungsträger nicht behindert wird.

§ 24 Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

- (1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Chef(Kontroll)arzt des Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes zu. Der Vertragsarzt hat in der Regel am gleichen Tag, an dem er die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen.
- (2) Die Krankenstandsmeldung ist auf dem vorgesehenen Vordruck zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsoferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (zB Verkehrsunfall) besteht.
- (3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.
- (4) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich dem Vertragsarzt fallweise vorzustellen, damit dieser den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann.
- (5) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Heilstätte oder nach einem Kuraufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

§ 25 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger

- (1) Der Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hierzu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium udgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist der behandelnde Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.
- (2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organes des Versicherungsträgers gemäß Abs. 1 festgestellt worden, so kann während des gleichen Krankheitsfalles eine Abänderung dieser Feststellung vom Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit dem Organ des Versicherungsträgers vorgenommen werden.
- (3) Beabsichtigt der Chef(Kontroll)arzt, einen Versicherten, der durch den behandelnden Vertragsarzt nicht in den Krankenstand genommen wurde, arbeitsunfähig zu erklären, so ist dem behandelnden Vertragsarzt vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (4) Ist der behandelnde Vertragsarzt mit einer Verfügung eines Organes des Versicherungsträgers gemäß Abs. 2 oder 3 nicht einverstanden, so ist er berechtigt, dagegen schriftlich unter Anführung der medizinischen Gründe Einspruch zu erheben. Die endgültige Entscheidung steht dem Chefarzt des Versicherungsträgers zu.

§ 26 Mutterhilfe

Der Vertragsarzt ist zur Beratung der schwangeren Anspruchsberechtigten, ferner zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sowie auf Verlangen des Versicherungsträgers zur Durchführung der Stillkontrolle verpflichtet.

§ 27 Auskunftserteilung

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten des Versicherungsträgers verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nicht medizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung des Erkrankten handelt, sind diese Auskünfte auch den gehörig

ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten des Versicherungsträgers zu geben. Zur Auskunftserteilung ist der Vertragsarzt jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben des Versicherungsträgers notwendig ist.

- (2) Der Versicherungsträger hat für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

§ 28 Krankenaufzeichnungen

Der Vertragsarzt führt für die in seiner Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen.

§ 29 Administrative Mitarbeit

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.
- (2) Die Muster der für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbart.
- (3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden dem Vertragsarzt vom Versicherungsträger kostenlos zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit seiner Unterschrift und seiner Stampiglie zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hiefür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

- (5) Wegen der Erteilung von Auskünften, die die Krankenversicherung und deren Leistungen, nicht aber medizinische Angelegenheiten betreffen, sind die Anspruchsberechtigten an den Versicherungsträger zu verweisen.

§ 30 Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit

- (1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird durch die Honorarordnung geregelt; diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere:
- a) die Grundsätze über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen;
 - b) das Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen;
 - c) die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und, soweit dies vorgesehen ist, in Eurobeträgen.
- (2) Der Geldwert des einzelnen Punktes wird in einem Anhang zur Honorarordnung von den Vertragsparteien vereinbart. Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Abänderung der Tarife verlangen.

§ 31 Rechnungslegung

- (1) Die Rechnungslegung durch den Vertragsarzt wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung verrechnet der Versicherungsträger nur mit dem vertretenen Vertragsarzt.
- (2) Rechnet der Vertragsarzt ohne triftige Begründung später als einen Monat nach Ablauf des Einsendetermines ab, kann der Versicherungsträger die Honorarvorauszahlung bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare vom Versicherungsträger nicht bezahlt.

§ 32 Honorarabzüge und Honorareinbehalt

- (1) Der Versicherungsträger wird von dem dem Vertragsarzt zustehenden Honorar jene Beträge einbehalten, die rechtzeitig von der Kammer schriftlich bekanntgegeben werden; diese Beträge sind ehestens der Kammer zu überweisen. Die Überweisungstermine werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

- (2) Wird vom Versicherungsträger eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (von der paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht werden.

§ 33 Tod des Vertragsarztes

- (1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die im Zeitpunkt des Todes des Vertragsarztes diesem gebührenden offenen Honoraransprüche gegen den Versicherungsträger stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.
- (2) Der von der Witwe eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Vertragsparteien mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossenen Einzelvertrages berechtigt.

§ 34 Gegenseitige Unterstützungspflicht

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.
- (2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei der Erfüllung der dem Landesärzteausschuss, der paritätischen Schiedskommission und der Landesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.
- (3) Der Versicherungsträger wird der Kammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.
- (4) Der Versicherungsträger hat alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was den

Versicherungsträger und dessen Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

- (5) Der Vertragsarzt teilt dem Versicherungsträger die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen mit, das Gleiche gilt, wenn ein in Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das seine Wiederherstellung erschwert oder verzögert.

§ 35 Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem chef(kontroll)-ärztlichen Dienst

- (1) Der Versicherungsträger wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber dem Vertragsarzt durch den Chef(Kontroll)arzt vertreten. Der Chef(Kontroll)arzt und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.
- (2) Die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Chef-(Kontroll)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

§ 36 Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

- (1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten (§ 35). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.
- (2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.
- (3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in

angemessener Weise kürzen kann. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 dem Versicherungsträger zu leisten hat.

- (4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekanntzugeben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.
- (5) Der Vertragsarzt und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.
- (6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechsmonatsfrist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlagen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträgers nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.

§ 37 Verfahren bei Streitigkeiten

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen - unbeschadet der Bestimmungen des § 36 - dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 38 Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger kann - ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses, den Verzicht gemäß § 9 Abs. 2 sowie das Erlöschen des Vertragsverhältnisses gemäß § 38 Abs. 2 und 3 - nur aufgrund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG aufgelöst

werden. Eine Kündigung des Einzelvertrages durch den Vertragsarzt soll mindestens 3 Monate vor dem Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres, zu dem die Kündigung wirksam werden soll, beim Versicherungsträger einlangen.

- (2) Der Einzelvertrag erlischt ohne Kündigung mit der Übernahme der ärztlichen Leitung einer Krankenanstalt, der Leitung einer Abteilung einer Krankenanstalt oder mit der Übernahme ärztlicher Nebenerwerbstätigkeiten im Umfang von insgesamt mehr als 18 Stunden wöchentlicher Arbeitsverpflichtung oder tatsächlicher Inanspruchnahme. Der Versicherungsträger kann davon abweichend im Einvernehmen mit der Kammer eine Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses vereinbaren. Die Vereinbarung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Für die Nebentätigkeiten wird die tatsächlich geleistete Arbeitszeit aller Tätigkeiten mit Dienst- oder Werkvertrag angerechnet. Die wöchentliche Arbeitsverpflichtung oder tatsächliche Inanspruchnahme bezieht sich durchschnittlich auf den Kalendermonat. Feiertags-, Nacht-, und Wochenenddienste werden zu 50 % als wöchentliche „Arbeitsverpflichtung oder tatsächliche Inanspruchnahme“ angesehen. Rufbereitschaften (ohne Anwesenheit im Krankenhaus) zählen nicht als Arbeitsverpflichtung oder tatsächliche Inanspruchnahme im Sinne dieser Bestimmung.

(28. ZP, ab 1.10.2006)

- (3) Der Einzelvertrag erlischt ohne Kündigung, wenn die Invertragnahme aufgrund wissentlich falscher Angaben im Auswahlverfahren erfolgt ist. Die dadurch frei werdende Stelle wird zum nächst möglichen Besetzungszeitpunkt wieder ausgeschrieben.

§ 39 Ausschreibung von freien Facharztstellen in den Ambulatorien des Versicherungsträger

Der Versicherungsträger wird freie Facharztstellen in einem von ihm geführten Ambulatorium in den Mitteilungen der Kammer ausschreiben.

§ 40 Gemeinsame Durchführung des Gesamtvertrages seitens der Versicherungsträger

- (1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die OÖ Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der

Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die OÖ Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträger eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere ist der bevollmächtigten Kasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

- (2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, wird die Ärztliche Verrechnung bei der OÖ Gebietskrankenkasse in Linz bevollmächtigt.
- (3) Wird die Vollmachterteilung im Sinne der Abs. 1 und 2 von einem Versicherungsträger abgeändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die sich daraus ergebenden Wirkungen gegenüber der Kammer und den Vertragsärzten treten erst mit dem Ablauf des zweiten Kalendervierteljahres ein, das auf die Mitteilung folgt.

§ 41 Sonderregelung für die Vertragszahnärzte

- (1) Die Durchführung der vertragsärztlichen Zahnbehandlung und des Zahnersatzes wird in einer Sonderregelung vereinbart, die von diesem Gesamtvertrag abweichende Bestimmungen enthalten kann.
- (2) Dieser Gesamtvertrag tritt für die Vertragszahnärzte erst mit dem Abschluss der Sonderregelung in Kraft.
- (3) Die Sonderregelung ist ein Bestandteil des Gesamtvertrages. Der Gesamtvertrag kann mit ausschließlicher Wirkung oder ohne Wirkung für die Vertragszahnärzte gekündigt werden (§ 43).

§ 42 Übernahme der bisherigen Vertragsärzte

Alle Ärzte, die am 31. Dezember 1955 in einem Vertragsverhältnis zu einem Versicherungsträger standen, werden ohne neuerlichen Antrag in das Vertragsverhältnis nach dem vorliegenden Gesamtvertrag im bisherigen Umfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit übernommen. Diese Ärzte werden dies durch die Unterfertigung des neuen Einzelvertrages, der den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages

entspricht, innerhalb von zwei Monaten nach Zusendung des Einzelvertrages durch den Versicherungsträger bestätigen.

§ 42a Altersgrenze und Übergangsregelung gem. § 647 Abs. 4 ASVG
(30. ZP, ab 1.1.2011)

- (1) Gem. § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG gilt als Altersgrenze für die Beendigung der Einzelverträge die Vollendung des 70. Lebensjahres, wobei im Einzelfall bei drohender ärztlicher Unterversorgung Ausnahmen im Einvernehmen zwischen OÖGKK und Ärztekammer für OÖ möglich sind.
- (2) Im Sinne der Rechts- und Planungssicherheit für die betroffenen Ärzte, deren Einzelvertrag vor dem 1. Jänner 2010 abgeschlossen wurde, wird zwischen den Parteien gemäß § 647 Abs. 4 ASVG für die Anwendung von § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG eine stufenweise Übergangsregelung unter Berücksichtigung von Lebensalter und Vertrauensschutz wie folgt vereinbart:
 1. Für Vertrags(fach)ärzte, die vor dem 1. Jänner 1938 geboren sind, sowie für Vertragsgruppenpraxen gemäß § 1 Abs. 2 Modell 1 OÖ Gruppenpraxisgesamtvertrag mit persönlich haftenden Gesellschaftern dieses Alters, endet der Einzelvertrag spätestens mit dem 31. Dezember 2016.
 2. Für Vertrags(fach)ärzte, die ab dem 1. Jänner 1938 und vor dem 1. Jänner 1949 geboren sind, sowie für Vertragsgruppenpraxen gemäß § 1 Abs. 2 Modell 1 OÖ Gruppenpraxisgesamtvertrag mit persönlich haftenden Gesellschaftern dieses Alters, endet der Einzelvertrag spätestens mit dem 31. Dezember 2018.
 3. Für Vertrags(fach)ärzte, die ab dem 1. Jänner 1949 geboren sind, sowie für Vertragsgruppenpraxen gemäß § 1 Abs. 2 Modell 1 OÖ Gruppenpraxisgesamtvertrag mit persönlich haftenden Gesellschaftern dieses Alters, endet der Einzelvertrag spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres.
 4. Über Antrag des betroffenen Vertragsarztes oder der betroffenen Vertragsgruppenpraxis gemäß Z. 1, Z. 2 und Z. 3 können bei drohender ärztlicher Unterversorgung befristete Ausnahmen vom Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse vereinbart werden.

- (3) Klargestellt wird ausdrücklich, dass mit dieser Vereinbarung – soweit die Regelung die Vertragsgruppenpraxen betrifft – der bereits seit 2002 bestehende Gruppenpraxis-Gesamtvertrag geändert wird und kein neuer Gesamtvertrag iSd § 342a ASVG (BGBl. I Nr. 31/2010) abgeschlossen wird.

§ 43 Gültigkeitsdauer

- (1) Dieser Gesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.
- (2) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

§ 44 Verlautbarung

- (1) Die Verlautbarung von gesamtvertraglichen Vereinbarungen und ihre Abänderungen erfolgt gemäß § 338 Abs. 1 letzter Satz ASVG durch Veröffentlichung der Verträge sowie allfälliger Änderungen und Zusatzvereinbarungen durch den Hauptverband im Internet sowie auf der Homepage der Kasse.

(29. ZP, ab 1.7.2010)

- (2) In der Verlautbarung ist das Datum anzuführen, ab wann die gesamtvertraglichen Vereinbarungen und ihre Abänderungen wirksam sind, wobei auch eine rückwirkende Wirksamkeit angegeben werden kann.

(29. ZP, ab 1.7.2010)

(28. ZP, ab 1.1.2006)

(26. ZP, ab 1.1.2005)

(26. ZP, ab 1.1.2004)

§ 44a Informationsverpflichtung

(29. ZP, ab 1.7.2010)

Die Kammer und die Kasse verpflichten sich, über die normativen Bestimmungen der gesamtvertraglichen Vereinbarungen und deren Abänderungen die betroffenen Vertragsärzte wie folgt zu informieren:

- a) Auflage in der Kammer und der Kasse zur Einsichtnahme.
- b) Einsichtnahme im Internet auf der Homepage der Kammer.
- c) Information über die wesentlichen Inhalte durch gemeinsame Rundschreiben der Kammer und der Kasse.

Beilage zu § 10 Abs. 4

Leistungen, von denen Versicherungsträger und Kammer gemeinsam der Auffassung sind, dass sie wirkungslos sind oder Patienten gefährden:

- Aura-Heilung
- Baunscheidtieren
- Biologische Terrain-Analyse
- Edelsteinmedizin
- Eigen-Urintherapie
- Haarmineralanalyse
- Irisdiagnostik
- Klangmassage
- Magische Heilmethoden
- Magnettherapie (außer der Magnetfeldtherapie)
- Pendeln
- Reiki
- Schamanismus
- Wünschelrute
- Zelltherapie

(31. ZP, ab 1.7.2010 – Streichung von Aromatherapie, Bach-Blütentherapie, Bioresonanztherapie, Colonhydrotherapie, Honigtherapie)