

G E S A M T V E R T R A G

vom 1. Juli 1993

idFd 22. ZV

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Steiermark (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

Stempel- und gebührenfrei gemäß
§§ 109 und 110 ASVG, BGBl.Nr. 189/55

INHALTSVERZEICHNIS / GESAMTVETRAG

	Seite
§ 1 - Grundlagen	1
§ 2 - Geltungsbereich	1
§ 3 - Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsärzte	2
§ 4 - Ausschreibung freier Vertragsarztstellen	2
§ 4a- Übergabepaxis	2 - 4
§ 5 - Auswahl der Vertragsärzte	4
§ 6 - Einzelvertragsverhältnis	5
§ 7 - Abschluss des Einzelvertrages	5
§ 8 - Wechsel der Ordinationsstätte	5
§ 9 - Stellvertretung	5, 6
§ 10 - Ärztliche Behandlung	6, 7
§ 11 - Behandlung in der Ordination	7
§ 12 - Krankenbesuch	7, 8
§ 13 - Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten	8
§ 14 - Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen	8
§ 15 - Nachweis der Anspruchsberechtigung	8, 9
§ 16 - Bereitschaftsdienst	9
§ 17 - Konsilium	9
§ 18 - Betreuungsfälle	9
§ 19 - Ablehnung der Behandlung	9
§ 20 - Anstaltspflege	9, 10
§ 21 - Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen	10
§ 22 - Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit	10, 11
§ 23 - Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt	11
§ 24 - Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt	11
§ 25 - Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger	12
§ 26 - Mutterschaft	12
§ 27 - Auskunftserteilung	12
§ 28 - Krankenaufzeichnungen	12
§ 29 - Administrative Mitarbeit	12, 13
§ 30 - Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit	13
§ 31 - Rechnungslegung	13
§ 32 - Honorarabzüge und Honorareinbehalte	13
§ 33 - Tod des Vertragsarztes	13, 14

	Seite
§ 34 - Gegenseitige Unterstützungspflicht	14
§ 35 - Zusammenarbeit mit dem chef-(kontroll-)ärztlichen Dienst	14
§ 36 - Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss	14, 15
§ 37 - Verfahren bei Streitigkeiten	15
§ 38 - Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses	15
§ 39 - Stellenausschreibung bei Versicherungsträgern	15
§ 40 - Gemeinsame Durchführung des Gesamtvertrages	15
§ 41 - Sonderregelung für Vertragszahnärzte	15, 16
§ 42 - Übernahme der bisherigen Vertragsärzte	16
§ 43 - Gültigkeitsdauer	16
§ 44 - Verlautbarung	16

§ 1 GRUNDLAGEN

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) sowie gemäß § 38 Abs. 2 Z. 8 Ärztegesetz (ÄG) in der jeweils 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.

(3) Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

§ 2 GELTUNGSBEREICH

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

1. Steiermärkische Gebietskrankenkasse
8011 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, Postfach 900
2. Betriebskrankenkasse Kapfenberg
8605 Kapfenberg, Friedrich-Böhler-Straße 11, Postfach 94
3. Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme
8704 Leoben, Kerpelystraße 201
4. Betriebskrankenkasse Zeltweg
8740 Zeltweg, Alpinestraße 1
5. Sozialversicherungsanstalt der Bauern
1030 Wien, Ghegastraße 1

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

§ 3 FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE

(1) Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien im Anhang 1 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 Landeschiedskommission.

(4) In begründeten Ausnahmefällen können einvernehmlich Außerplanstellen errichtet werden, die ad personam gelten und mit dem Ausscheiden des Inhabers erlöschen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. 1 des Gesamtvertrages bezüglich der Ausschreibung finden für Außerplanstellen keine Anwendung.

(5) Ab 01.01.2007 müssen neue Standorte von Ordinationen über einen barrierefreien Zugang verfügen. Binnen 6 Monaten ab Eröffnung eines neuen Ordinationsstandortes hat der Vertragsarzt den Versicherungsträger über die Erfüllung der Kriterien des barrierefreien Zuganges zu informieren. Für am 01.01.2007 bestehende Ordinationsstandorte von Vertragsärzten sind nach Möglichkeit Maßnahmen zur Erleichterung des Zuganges mit dem Ziel zu setzen, dass bis 31.12.2012 mindestens 25 % aller Ordinationsstandorte und 90 % der Ordinationen von neu in Vertrag genommenen Ärztinnen und Ärzten über einen barrierefreien Zugang verfügen. Bis zu diesem Zeitpunkt wird der gegebene Iststand evaluiert und darauf aufbauend eine neue Zielvereinbarung verhandelt. Kriterien der Barrierefreiheit sind die Bestimmungen des Anhangs zum Gruppenpraxis-Gesamtvertrag vom 01.10.2004.

§ 4 AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSARZTSTELLEN

(1) Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen mit der Kammer vom Versicherungsträger in den Mitteilungen der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung und die erforderlichen Beilagen zur Bewerbung sind zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren (Anhang 2).

(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.

§ 4a ÜBERGABEPRAXIS

(1) Zur Sicherstellung einer optimalen Versorgung und kontinuierlichen Betreuung der Anspruchsberechtigten sowie der faktischen und rechtlichen Sicherheit für die Vertragsärzte kann die Nachbesetzung einer Kassenplanstelle grundsätzlich für ein Jahr durch die Gründung einer Übergabepraxis vorweggenommen werden.

(2) Ein Vertragsarzt kann in diesem Fall gemeinsam mit der Kündigung seines Einzelvertrages die Führung einer Übergabepraxis beantragen. Die Kündigung des Einzelvertrages muss so rechtzeitig ausgesprochen werden, dass das Vertragsende längstens in jenem Kalenderjahr liegt, in dem der Kassenarzt sein 70. Lebensjahr vollendet.

Die Gesamtvertragsparteien können den Antrag auf Ausschreibung einer Übergabepraxis begründet ablehnen, wenn beispielsweise die Planstelle nicht mehr nachbesetzt oder (in einen Bereich außerhalb des Ausschreibungsortes bzw. -raumes) verlegt werden soll oder der Vertragsarzt nicht alle Kassenverträge – auch zu den sonstigen Krankenversicherungsträgern – gleichzeitig aufkündigt. Liegt ein solcher Ablehnungsgrund nicht vor, so hat der antragstellende Arzt einen Anspruch auf Ausschreibung als Übergabepraxis.

(3) Die Planstelle ist dann mit dem Hinweis auszuschreiben, dass ein Stellenbewerber zur gemeinsamen Führung der Übergabepaxis mit dem übergabenden Vertragsarzt bereit sein muss.

(4) Die Ausschreibung erfolgt im Sinne der für Einzelvertragsarztstellen geltenden Regelungen. Die Auswahl erfolgt gemäß der zwischen den Vertragspartnern vereinbarten „Richtlinie für die Auswahl von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen“. Sowohl für den Praxisübergeber als auch den Praxisnachfolger besteht die Möglichkeit, bei Nichtherstellung eines Einvernehmens hinsichtlich der Übernahme, binnen 6 Wochen nach Mitteilung der Kandidatin/des Kandidaten durch die Ärztekammer, den Niederlassungsausschuss der Ärztekammer gem. § 84b Ärztegesetz für einen Vermittlungsversuch anzurufen. Kommt auch dabei kein Einvernehmen zustande, ist die Übergabepaxis als beendet anzusehen und die Einzelpraxis vom Praxisübergeber in der bisherigen Form weiter zu betreiben. Eine neuerliche Ausschreibung der Übergabepaxis ist in diesem Fall einmalig nach Ablauf von 2 Jahren möglich.

Wird der Niederlassungsausschuss nicht angerufen, hat der ausscheidende Vertragsarzt dennoch bei Einwänden gegen die Person des erstgereihten Bewerbers binnen 6 Wochen ab zugegangener Mitteilung der Ärztekammer über das Reihungsergebnis ein Ablehnungsrecht in der Form, dass er durch Mitteilung an die Ärztekammer oder Gebietskrankenkasse seinen Antrag auf Begründung einer Übergabepaxis und die ausgesprochene Kündigung zurückziehen und somit die Einzelpraxis weiter betreiben kann. Er kann dann allerdings keine weitere Übergabepaxis mehr beantragen.

(5) Lehnt ein Kandidat, der bei derselben Ausschreibung neben der Übergabepaxis auch bei zumindest einer anderen Planstelle punktebesten Bewerber ist, die Übergabepaxis ab, tritt in diesem Fall der nächstgereichte Kandidat an die Stelle des punktebesten Bewerbers. Ebenso ist vorzugehen, wenn zwischen dem Übergeber und dem punktebesten Bewerber keine Einigung zustande kommt und der Niederlassungsausschuss gemäß Abs. 4 ausspricht, dass dem Praxisübergeber keine Schuld an der Nichtherstellung des Einvernehmens trifft. Ist mangels Bewerbern kein nächstgereichter Kandidat vorhanden, kann vom Praxisübergeber binnen vier Wochen nach der Entscheidung des Niederlassungsausschusses die neuerliche Ausschreibung einer Übergabepaxis beantragt werden. Die Kasse ist über das Ergebnis des Niederlassungsausschusses, sowie die Gründe für die Nichteinigung schriftlich zu informieren und hat binnen vier Wochen nach Übermittlung der Entscheidung des Niederlassungsausschusses ein Einspruchsrecht.

(6) Kommt es durch das Ausscheiden des Juniorpartners zu einer vorzeitigen Beendigung der Übergabepaxis, hat der übergabewillige Kassenarzt die Möglichkeit, eine nochmalige Ausschreibung seiner Kassenplanstelle als Übergabepaxis zu beantragen. Die Übergabefrist beginnt in diesem Fall nochmals von vorne zu laufen.

(7) Der übergabewillige Vertragsarzt hat die Möglichkeit sich aus wichtigen Gründen (insbesondere bei schwerwiegenden Problemen in der Zusammenarbeit mit seinem Nachfolger) auch schon vor dem festgelegten Kündigungstermin bei mindestens einmonatiger vorheriger Ankündigung zum Ende des laufenden Quartals aus der Übergabepaxis zurückzuziehen. Der Einzelvertrag des Nachfolgers beginnt dann mit dem Beginn des folgenden Quartals. Ein vorzeitiger Rückzug ohne wichtigen Grund ist nur im Einvernehmen mit dem Nachfolger möglich. Stirbt der Übergeber so beginnt der Einzelvertrag des Nachfolgers mit dem Tag des Todes.

Im Einvernehmen zwischen Übergeber und Übernehmer und mit Zustimmung der Gesamtvertragsparteien kann die Übergabepaxis einmalig bis zur Dauer eines weiteren Jahres verlängert werden.

(8) Die Ordination ist von den Partnern grundsätzlich gemeinsam zu betreiben. Die Verteilung der im Verhältnis zur Einzelordination unveränderten Ordinationszeiten ist zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich zu regeln, wobei der Praxisübergeber nach Möglichkeit über den gesamten Übergabezeitraum mindestens 50 % und in allen Quartalen mindestens 25 % der Ordinationszeiten selbst erbringen soll. Der Praxisübernehmer hat seine Tätigkeit im Ausmaß von mindestens 25 % des gesamten Übergabezeitraums in der Übergabepaxis auszuüben.

Die komplette Schließung der Übergabepaxis ist für maximal sechs Wochen im Jahr mit den geltenden Vertretungsregelungen möglich, wobei die Vertretung in der Ordination gleichzeitig immer nur durch einen Arzt möglich ist.

Die im Ausmaß einer Einzelplanstelle einzuteilenden Bereitschaftsdienste können sowohl vom Praxisübergeber als auch vom Übernehmer erbracht werden.

(9) Im Sinne einer kontinuierlichen Patientenversorgung besteht für den Praxisübernehmer die Verpflichtung, nach Vertragsbeginn für die Dauer von zumindest einem Quartal an der bisherigen Ordinationsadresse tätig zu sein. Ausnahmen hiervon sind nur zulässig, wenn der Grund dafür nicht in der Sphäre des Übernehmers liegt (z.B. Nichtverlängerung des Mietvertrages für die Ordinationsräumlichkeiten durch den Vermieter; zur Erlangung einer Hausapotheke ist eine Verlegung erforderlich). Über ein Abweichen von dieser Regelung entscheiden die Gesamtvertragsparteien einvernehmlich.

Eine entsprechende schriftliche Meldung hat durch den Praxisübernehmer unverzüglich nach Bekanntwerden der Tatsache an die Gesamtvertragsparteien zu erfolgen. Diese haben die Möglichkeit binnen 2 Wochen einen Einspruch zu erheben, widrigenfalls die Genehmigung zum Wechsel der Ordinationsstätte als erteilt anzusehen ist.

(10) Für die Tätigkeiten beider Ärzte im Rahmen der Übergabepaxis gelten dieselben Honorierungsbestimmungen lt. Honorarordnung wie für Einzelordinationen (Limitierungen, Degression etc.).

(11) Die Verteilung des wirtschaftlichen Ergebnisses ist entsprechend dem jeweiligen Anteil an der Leistungserbringung zwischen den Partnern der Übergabepaxis zu regeln.

§ 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 ab Einlangen des Gegenvorschlages des Versicherungsträgers 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 der im § 2 genannten Versicherungsträgers dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte dieser Versicherungsträger sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte und dgl.) 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. (Anhang 3)
- (2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle aufgrund 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 im Anhang 3 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 ORDINATIONSTÄTTE

- (1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt der Kammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. 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.
- (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.

§ 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 bekannt zu geben; 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. Näheres regelt die Honorarordnung.

§ 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.

Abs. 2, gültig für Einzelvertragsabschlüsse bis 30.09.2013:

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist, einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die aufgrund der ärztlichen Ausbildung 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. Für erforderliche Leistungen, die der Vertragsarzt nicht selbst erbringen kann, hat er Überweisungen oder Zuweisungen unter Berücksichtigung des Ökonomiegebotes vorzunehmen, wobei er sich auch zu vergewissern hat, ob und inwieweit entsprechende maßgebliche Vorbefunde vorhanden sind. Im Falle einer notwendigen Überweisung oder Zuweisung ist grundsätzlich zu Vertragspartnern zu überweisen oder zuzuweisen. Eine Zuweisung oder Überweisung zu Wahlbehandlern soll nur dann erfolgen wenn ein Vertragspartner unter Berücksichtigung der Dringlichkeit der Behandlung oder Untersuchung in zumutbarer Entfernung nicht vorhanden ist.

Abs. 2, gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 01.10.2013:

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist, einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die aufgrund der ärztlichen Ausbildung 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. Ausgenommen von der Behandlungsverpflichtung sind jene Leistungen, die in der Honorarordnung entsprechend gekennzeichnet sind und deren Erbringung bestimmten Planstellen vorbehalten ist. Für erforderliche Leistungen, die der Vertragsarzt nicht selbst erbringen kann, hat er Überweisungen oder Zuweisungen unter Berücksichtigung des Ökonomiegebotes vorzunehmen, wobei er sich auch zu vergewissern hat, ob und inwieweit entsprechende maßgebliche Vorbefunde vorhanden sind. Im Falle einer notwendigen Überweisung oder Zuweisung ist grundsätzlich zu Vertragspartnern zu überweisen oder zuzuweisen. Eine Zuweisung oder Überweisung zu Wahlbehandlern soll nur dann erfolgen wenn ein Vertragspartner unter Berücksichtigung der Dringlichkeit der Behandlung oder Untersuchung in zumutbarer Entfernung nicht vorhanden ist.

(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.

(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.

§ 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.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse bis zum 31.12.1994:

(2) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekannt gegebenen 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.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab dem 01.01.1995:

(2) Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen 20 Wochenstunden, aufgeteilt auf fünf Werktage. Weiters sind die Ordinationszeiten so zu vereinbaren, dass der Vertragsarzt an zwei Werktagen nach 15.00 Uhr seine Ordinationsstätte geöffnet hat. Werden an einem Samstag Ordinationszeiten vereinbart, so kann die Ordinationszeit an einem anderen Werktag bzw. an einem Nachmittag entfallen. Unterschreitungen der 20 Wochenstunden bzw. eine andere zeitliche Verteilung auf die Werktage ist nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Dem Vertragsarzt ist es unbenommen, mehr als 20 Wochenstunden als Ordinationszeiten festzulegen und dem Versicherungsträger bekannt zu geben. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger bekannt zu geben. 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.

(3) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie z. B. bei Erster-Hilfe-Leistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeit 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.

§ 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 Vertragsarzt 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 Vertragsärzte für Allgemeinmedizin als nächsterreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern ist der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin in der Regel nur innerhalb eines Umkreises

von 1 Kilometer – 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 Kilometern - gerechnet von der Ordinationsstätte - wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt als nächsterreichbarer Facharzt berufen wird.

(4) Für das Stadtgebiet Graz und Leoben-Donawitz ist der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin zu Krankenbesuchen innerhalb eines Umkreises von drei Kilometern, gerechnet von der Ordinationsstätte, verpflichtet; darüber hinaus, wenn er als der nächstgelegene erreichbare Vertragsarzt in Anspruch genommen wird.

(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 in der Honorarordnung 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 Vertragsarzt für Allgemeinmedizin überweisen. Diesem ist hierbei 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 zurückzuüberweisen.

§ 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 (z. B. Behandlungsschein) nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.

(2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur in jenem Kalendervierteljahr erbracht werden, in welchem der Krankenbehandlungsschein ausgestellt wurde, sofern dieser nicht ausdrücklich für ein anderes Kalendervierteljahr ausgestellt worden ist. Überweisungs-, Verordnungs- und Zuweisungsscheine sind hingegen nur 14 Tage ab dem Ausstellungs- bzw. Bewilligungstag gültig.

(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 hiebei 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, vom Versicherungsträger die Ausstellung eines Ersatzbehandlungsscheines zu verlangen. Der Ersatzbehandlungsschein gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Die näheren Bestimmungen über die Ausstellung des Ersatzbehandlungsscheines enthält die Honorarordnung.

§ 16 BEREITSCHAFTSDIENST

Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem Bereitschaftsdienst verpflichtet, den die Kammer im Einvernehmen mit den im § 2 genannten Versicherungsträgern - diese allenfalls gemeinsam mit den nach dem B-KUVG, GSVG und BSVG eingerichteten Versicherungsträgern sowie den Krankenfürsorgeeinrichtungen - errichtet. Die Einteilung der Dienstsprengel ist einvernehmlich zu regeln.

§ 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 Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes, des Verbrechensopfergesetzes 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 aufgrund 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 nur 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.

§ 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 (z. B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers ist in jedem Fall vom Vertragsarzt zu bescheinigen.

§ 21 VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN

(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 aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen beachten.

(3) Dem Vertragsarzt steht ein Öko-Tool über die Arzt-Software oder eine Web-Version (auch über die e-card-Infrastruktur) zur Verfügung. Der Vertragsarzt ist ab 01.07.2017 verpflichtet, dieses Instrument bei der Verordnung von Heilmitteln zu verwenden.

(4) Der Vertragsarzt soll dabei unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die im Öko-Tool enthaltenen Arznei- und Heilmittel verordnen. Dies gilt auch bei wirkstoffgleichen und wirkstoffähnlichen Arznei- und Heilmitteln sowie Biosimilars.

(5) 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 beige gesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.

(6) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung des Versicherungsträgers nicht verschrieben werden.

(7) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien sowie bestimmten Einmalgeräten ist vom Vertragsarzt beim Versicherungsträger anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigestellt. Das Nähere wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(8) Beabsichtigt der Chef-(Kontroll-)arzt, eine vom Vertragsarzt abgelehnte, genehmigungspflichtige Spezialität zu bewilligen, so ist diesem vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(9) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 6 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.

§ 22 MASSNAHMEN ZUR FESTIGUNG DER GESUNDHEIT

(1) Die Maßnahmen des Versicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Heilstätten-, Kur-, Landaufenthalte u. dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Der Vertragsarzt hat Anträge auf

Bewilligung unter Verwendung der ihm hierfür 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 im Rahmen der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit 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 hierzu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. dgl.) 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 Ärztlichen Dienst des Versicherungsträgers aufgrund 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 entweder elektronisch (elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung – eAUM) oder auf dem vorgesehenen Papiervordruck 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 (z. B. Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Der Vertragsarzt hat bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung alle notwendigen Angaben im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten zu machen. Wenn möglich (z.B. wenn medizinisch absehbar) ist das Enddatum der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. 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 einemsolchen 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 u. dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Fall 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 MUTTERSCHAFT

Der Vertragsarzt ist unbeschadet der Vereinbarung über die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gemäß dem FLAG zur Betreuung (Beratung, Untersuchung) der schwangeren Anspruchsberechtigten, sowie zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft 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 für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen den Vertragsparteien (Hauptverband) vereinbart. Der Versicherungsträger stellt dem Vertragsarzt die Vordrucke kostenlos zur Verfügung (Anhang 4).

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt.

(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 hierfür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinischen 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 HONORAREINBEHALTE

(1) Der Versicherungsträger wird von dem dem Vertragsarzt zustehenden Honorar jene Beträge einbehalten, die rechtzeitig von der Kammer schriftlich bekannt gegeben 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, der Landesschiedskommission und der Landesberufungskommission 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 bekannt zu geben, 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 6-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen 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 aufgrund 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 EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISES

Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger kann - ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses und den Verzicht gemäß § 9 Abs. 2 - nur aufgrund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG aufgelöst werden.

§ 39 AUSSCHREIBUNG VON FREIEN FACHARZTSTELLEN IN DEN AMBULATORIEN DES VERSICHERUNGSTRÄGERS

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 Stmk. Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Stmk. Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere ist der Stmk. Gebietskrankenkasse 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 Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle der steirischen Krankenversicherungsträger bei der Stmk. Gebietskrankenkasse 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 Tage des Abschlusses dieses Gesamtvertrages, d. i. der 01.07.1993, in einem Vertragsverhältnis zu einem § 2-Versicherungsträger standen, werden ohne neuerlichen Antrag in das Vertragsverhältnis nach dem vorliegenden Gesamtvertrag im bisherigen Umfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit übernommen.

§ 43 GÜLTIGKEITSDAUER

(1) Dieser Gesamtvertrag tritt mit 01.07.1993 in Kraft und 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

Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden jeweils in geeigneter Form durch Publikationen in den Mitteilungsblättern der Kammer oder der Sozialversicherungsträger und/oder im Internet auf den Homepages der Kammer und/oder der Sozialversicherungsträger verlautbart. Die Kundmachung dieses Gesamtvertrages und seiner Abänderungen kann auch durch Rundschreiben des Geschäftsausschusses der steirischen § 2-Krankenversicherungsträger an die Vertrags-(fach-)ärzte erfolgen.

Graz/Wien, den 01.07.1993 (idFd 19. ZV)

Ärzttekammer für Steiermark
Der Präsident:

Für den Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger
Für die Geschäftsführung:

Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Die leitende Angestellte: Der Obfrau:

Betriebskrankenkasse Kapfenberg

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Betriebskrankenkasse voest Alpine Bahnsysteme

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Betriebskrankenkasse Zeltweg

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Sozialversicherungsanstalt der Bauern:

Der leitende Angestellte:

Die Obfrau: