

Gebührenfrei gemäß § 109 ASVG

GESAMTVERTRAG

vom 1. Jänner 2011

abgeschlossen gemäß §§ 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955 in der geltenden Fassung sowie gemäß § 66a Abs.1 Z. 1 des Ärztegesetzes, BGBl. I 1998/169 in der geltenden Fassung zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte, einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband) für die im § 2 genannten Krankenversicherungsträger andererseits.

Präambel

Der Gesamtvertrag regelt das Verfahren zum Abschluss von Einzelverträgen, die Rechte und Pflichten von Vertragsärzten sowie die Beziehungen der Parteien dieses Gesamtvertrages und die Beziehungen der Parteien des Einzelvertrages zueinander.

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

§ 1

Definitionen

- (1) **Parteien des Gesamtvertrages** sind die Kammer einerseits und alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger andererseits.
- (2) **Parteien des Einzelvertrages** sind der Vertragsarzt einerseits und alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger andererseits.
- (3) Der Terminus **Versicherungsträger** bezeichnet im Folgenden alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger.
- (4) Der Terminus **Kammer** bezeichnet im Folgenden die Ärztekammer für Wien.
- (5) Der Terminus **Kasse** bezeichnet im Folgenden die Wiener Gebietskrankenkasse.
- (6) Der Terminus **Anspruchsberechtigte** bezeichnet im Folgenden Versicherte der Versicherungsträger und deren anspruchsberechtigte Angehörige.
- (7) Der Terminus **Vertragsarzt** bezeichnet im Folgenden einen niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt, der mit den Versicherungsträgern einen Einzelvertrag im Sinne der Bestimmungen des zwischen dem Hauptverband und der Kammer für die Versicherungsträger abgeschlossenen Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 abgeschlossen hat.
- (8) Der Terminus **Invertragnahmeausschuss** bezeichnet ein aus Vertretern von Kammer und Kasse zusammengesetztes Gremium, welches sich mit der Vergabe von Stellen und der Reihung von Bewerbern befasst.

§ 2 Geltungsbereich

Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen.

1. Wiener Gebietskrankenkasse
2. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
3. Betriebskrankenkasse Austria Tabak
4. Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
5. Betriebskrankenkasse Mondi
6. Sozialversicherungsanstalt der Bauern

§ 3 Bevollmächtigung

(1) Die Versicherungsträger bevollmächtigen die Kasse, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten bzw. in allen Angelegenheiten betreffend die Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Dazu gehört die Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen. Die Kasse ist berechtigt, die den Versicherungsträgern in diesem Gesamtvertrag eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber der Kammer und den Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere wird der Kasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen und aufzukündigen sowie Schiedsverfahren in allen den Einzelvertrag und den Gesamtvertrag betreffenden Streitigkeiten für alle beteiligten Versicherungsträger zu führen.

(2) Wird die gemäß Abs. 1 erteilte Vollmacht von einem Versicherungsträger abgeändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer und der Kasse unverzüglich schriftlich 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.

§ 4 Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsärzte

(1) Die Zahl der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin beträgt 880.

(2) Die Zahl der Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Zahnärzte) einschließlich der Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik (Vertragslaboratorien) sowie der Vertragsfachärzte für Pathologie beträgt 970.

(3) Wird die vertragsärztliche Tätigkeit in der Form einer Vertragsgruppenpraxis ausgeübt, so verringert sich die Anzahl der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte jeweils um die Anzahl der Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen.

(4) Die Anzahl der Vertragsärzte, mit denen die Kasse Einzelverträge gemäß den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und die Anzahl der Gesellschafter aller Vertragsgruppenpraxen, mit denen die Kasse Gruppenpraxeneinzelverträge gemäß den Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 abgeschlossen hat, darf insgesamt die in Abs. 1 und 2 genannten Kopffzahlen nicht übersteigen.

(5) Die örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse festgesetzt.

(6) Dabei ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der 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 (bzw. Vertragsgruppenpraxen) freigestellt sein.

(7) Wird ein Einvernehmen über die örtliche Verteilung der Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen sowie über die beantragte Abänderung der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.

(8) Beabsichtigt die Kasse zusätzliche Verträge mit sonstigen Einrichtungen abzuschließen, die Leistungen von Vertragsärzten anbieten, so hat sie die Kammer im Vorhinein zu informieren.

§ 5 Strukturentwicklung

(1) Wird eine Stelle ab 1. Oktober 2015

- I) am Standort nicht nachbesetzt und entweder
 - a) für die Gründung einer neuen oder Erweiterung einer bestehenden Gruppenpraxis oder
 - b) als Einzelordination in einem anderen Fachgebiet verwendet oder
 - c) als Einzelordination in gleichem Fachgebiet so verwendet, dass der bisherige Versorgungsstandort regional nicht mehr umfasst wird oder
- II) am bisherigen Standort nachbesetzt und übernimmt der Kassenplanstellennachfolger nicht die Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers oder
- III) mangels versorgungspolitischer Notwendigkeit nicht nachbesetzt erhält der bisherige Inhaber des Einzelvertrages, der die Absicht seine vertragsärztliche Tätigkeit zu beenden schriftlich mitgeteilt hat, oder dessen Erben, eine Investitionsablöse gemäß der in Absatz 2 festgelegten Höhe und Zahlungsmodalitäten.

(2) Die Investitionsablöse ist von der Kündigung des Einzelvertrages durch den Vertragsarzt oder seinem Tod abhängig. Sie wird auf Basis von einem Drittel des nachgewiesenen, durchschnittlichen Jahresumsatzes der letzten drei Kalenderjahre die vor der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit liegen ermittelt und wird mit der Restzahlung des letzten Quartals des aufrechten Einzelvertrages fällig und mit dieser ausbezahlt.

(3) Stellen, für deren Aufgabe eine Investitionsablöse gemäß Abs. 1 Ziff. III bezahlt wurde, verbleiben in einer Strukturentwicklungsreserve zur Verbesserung der Versorgung der Anspruchsberechtigten. Kammer und Kasse kommen überein, mit den Stellen aus der Strukturentwicklungsreserve Planstellen für Einzelpraxen mit besonderen Versorgungsangeboten oder Gruppenpraxen zu besetzen. Die Stellenbesetzung erfolgt im Einvernehmen von Kammer und Kasse nach regionalen und versorgungspolitischen Gegebenheiten.

(4) Beinhaltet die Strukturentwicklungsreserve mehr als 134 Stellen, so werden diese überzähligen Stellen unmittelbar als Einzelpraxen oder im Zusammenhang mit Gruppenpraxen ausgeschrieben bzw. besetzt.

(5) Die Regelungen über die Investitionsablöse gelten nicht für Vertragsfachärzte für Radiologie, medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie und Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation; dessen ungeachtet sind diese Fachärzte allerdings auch Bestandteil der Strukturentwicklungsreserve.

(6) Im Sinne einer Strukturbereinigung kann die Nachbesetzung von Ordinationsstandorten von Vertragsfachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik nur unter der Voraussetzung der gleichzeitigen Gründung einer Gruppenpraxis gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen erfolgen.

(7) Einzelordinationen von Vertragsfachärzten für Radiologie werden im Sinne einer Strukturreform nicht mehr nachbesetzt. Fusionen von einzelnen Vertragsfachärzten für Radiologie zu Gruppenpraxen sowie Anschlüsse an bestehende Vertragsgruppenpraxen bedürfen der vorherigen ausdrücklichen Zustimmung des Invertragnahmeausschusses.

(8) Verträge mit Anbietern für radiologische Leistungen wird die Kasse bis zum erfolgreichen Abschluss der Umstrukturierungen im Bereich der Fachgruppe Radiologie, maximal jedoch bis zum 31. Dezember 2020, nur im Einvernehmen mit der Kammer abschließen.

(9) Mit Beschluss des Invertragnahmeausschusses können die Gesamtvertragsparteien bestimmen, dass die Nachbesetzung von Ordinationsstandorten für Vertragsärzte anderer Fachrichtungen als den in Abs. 6 und 7 genannten – allenfalls auch für einen befristeten Zeitraum – nur unter der Voraussetzung der gleichzeitigen Gründung einer Gruppenpraxis gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen erfolgen kann.

(10) Im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien können in speziellen Situationen Vertragsärztegruppen zur Verbesserung der Versorgung der Anspruchsberechtigten finanziell gefördert werden. Die genauen Modalitäten der Förderung sind zwischen den Vertragsparteien festzulegen.

(11) Die Kasse wird die Kammer im Rahmen des Invertragnahmeausschusses regelmäßig über die erfolgten Zahlungen sowie deren Höhe und den aktuellen Saldo des Strukturtopfes informieren.

(12) Zur Förderung der Übernahme bzw. Gründung von Vertragsordinationen sowohl durch Ärztinnen/Ärzte für Kinder- Jugendheilkunde, als auch in 1100 Wien durch Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, wird im Rahmen eines bis 31. Dezember 2020 befristeten Pilotprojektes an Ärztinnen/Ärzten, deren Vertragsverhältnis ab dem 1. Jänner 2019 in Kraft tritt, im Anschluss an den Beginn der Vertragstätigkeit und die Eröffnung der Ordination ein personenbezogener Standortförderungsbeitrag in der Höhe von 44.000,00 Euro ausbezahlt.

Endet das Vertragsverhältnis vor Ablauf von 16 Quartalen (gerechnet ab dem Datum der Invertragnahme) infolge Kündigung durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt oder infolge von Kündigung durch die Kasse oder infolge von Auflösung des Vertragsverhältnisses gemäß § 343 Abs. 2 Z. 3 bis 6 und Z. 8 ASVG, ist der Förderungsbeitrag zurückzuzahlen und fließt wieder in den Strukturtopf gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.

(12a) An Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner kann darüber hinaus eine Förderung für einzelne Stellenausschreibungen, welche im IVA anhand von sozioökonomischen Kriterien gemeinsam festgelegt werden, bei der Ordinationsgründung vergeben werden. Die Anwendung der Kriterien und die Begründung für die Förderung, werden im IVA-Beschluss jeweils angeführt.

(12b) Für maximal insgesamt drei im Jahr 2018 ausgeschriebene Stellen für Kinder- und Jugendheilkunde (Einzelordinationen und Gesellschafteranteile von Gruppenpraxen), die zu ab dem 1. Jänner 2019 gültigen Vertragsabschlüssen führen, wird der Förderbetrag von der Kasse auch dann ausbezahlt, wenn keine Cofinanzierungsvereinbarung mit der Stadt Wien abgeschlossen wird.

§ 6 **Ausschreibung freier Vertragsarztstellen und** **Auswahl der Vertragsärzte**

(1) Die Ausschreibung freier Vertragsarztstellen, die Auswahl der Bewerber und die Kriterien für die Invertragnahme von Vertragsärzten regeln die Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten Anlage 2.

(2) Bis zur Besetzung einer freien Vertragsarztstelle kann im Falle eines dringenden Bedarfes im Einvernehmen mit der Kammer ein befristeter Einzelvertrag abgeschlossen werden.

§ 7 **Einzelvertragsverhältnis**

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen den Versicherungsträgern und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet. Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und den Versicherungsträgern ist der in Anlage 3 beigefügte Mustereinzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser ist ein Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Mustereinzelvertrag können von den Versicherungsträgern mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen von Kammer und Kasse vereinbart werden.

(2) Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(3) Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem Einzelvertrag, diesem Gesamtvertrag sowie den Zusatzvereinbarungen zu diesem Gesamtvertrag.

(4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Befristungen können von den Versicherungsträgern mit dem Vertragsarzt im Einvernehmen mit der Kammer in besonderen Fällen vereinbart werden.

(5) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem in Einvernehmen von Vertragsarzt und Kasse festgelegten und im Einzelvertrag vermerkten Datum.

(6) Die Kasse wird der Kammer eine Abschrift des Einzelvertrages zur Verfügung stellen.

§ 8 **Teilung der Vertragsarztstelle**

(1) Im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse kann eine Vertragsarztstelle mit zwei Ärzten für Allgemeinmedizin oder zwei Fachärzten derselben Fachrichtung besetzt werden. Die geteilte Vertragsarztstelle gilt als eine Planstelle im Sinne der Richtlinien gemäß § 4.

(2) Die Voraussetzungen für die Teilung einer Vertragsarztstelle sind in Anlage 7 geregelt.

(3) Im Falle einer Teilung der Vertragsarztstelle gemäß Abs. 1 wird der Einzelvertrag gemäß § 7 zwischen den betroffenen Ärzten und den Versicherungsträgern begründet.

(4) Die betroffenen Ärzte müssen die vertraglichen Verpflichtungen einhalten und gelten als Vertragsärzte im Sinne des ASVG und dieses Gesamtvertrages.

(5) Näheres über Art und Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit der Ärzte wird im Einvernehmen mit der Kammer im Rahmen von besonderen Vereinbarungen gemäß § 3 des Einzelvertrages geregelt (siehe Anlage 3).

§ 9 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 die Versicherungsträger stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.

(2) Der von dem Witwer oder der Witwe oder subsidiär vom gerichtlich bestellten Nachlassverwalter 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.

§ 10 Beendigung des Einzelvertragsverhältnisses

(1) Der Einzelvertrag kann nur nach den jeweils geltenden Bestimmungen des ASVG sowie dieses Gesamtvertrages beendet werden.

(2) Für Vertragsärzte, die vor dem 1. Jänner 1938 geboren sind, kommt der Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG mit dem 31. Dezember 2016 zur Anwendung

(3) Für Vertragsärzte, die nach dem oder am 1. Jänner 1938 geboren sind, kommt der Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG mit dem 31. Dezember 2018 bzw. ab dem 1. Jänner 2019 mit dem Erreichen des 70. Lebensjahres zur Anwendung.

(4) Über Antrag des betroffenen Vertragsarztes gemäß Abs. 2 und 3 können mögliche Ausnahmen vom Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse vereinbart werden.

§ 11 Standort der Ordination

(1) Der Standort der Ordination befindet sich an der im Einzelvertrag genannten Adresse.

(2) Der Betrieb einer Zweitordination mit Abrechnungsmöglichkeit ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Kasse zulässig. Sofern keine Zustimmung der Kasse vorliegt, besteht bei Inanspruchnahme der Zweitordination des Vertragsarztes kein Anspruch auf Kostenerstattung durch Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger. Der Vertragsarzt ist dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigten entsprechend zu informieren.

§ 12 Wechsel des Standortes der Ordination

(1) Beabsichtigt der Vertragsarzt, den vertraglich vereinbarten Standort zu wechseln, hat er dies der Kasse auf dem Weg über die Kammer schriftlich mitzuteilen und zugleich die Adresse des gewählten neuen Standortes anzugeben. Der Betrieb des neuen Standortes ist nur mit Zustimmung des Invertragnahmeausschusses zulässig.

(2) Verweigert der Invertragnahmeausschuss die Zustimmung, hat der Vertragsarzt die Möglichkeit, einen Antrag an die Paritätische Schiedskommission zu stellen.

(3) Wird der Standort verlegt, ohne dass eine schriftliche Zustimmung des Invertragnahmeausschusses oder eine für den Vertragsarzt positive rechtskräftige Entscheidung einer Schiedskommission vorliegt, erlischt der Einzelvertrag mit dem Datum der Schließung des im Einzelvertrag festgelegten Standortes.

§ 13 Behindertengerechte Ordination

Der Vertragsarzt ist für die barrierefreie Ausrichtung seiner Ordinationsstätte im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Reglementierungen verantwortlich.

§ 14 Ordinationszeiten

(1) Im Sinne größtmöglicher Effizienz für Patienten und Vertragspartner sind die Öffnungszeiten möglichst patientenfreundlich zu gestalten. Der Vertragsarzt wird sich zudem auch um die Einrichtung eines Terminmanagements bemühen, soweit dies den Interessen der Anspruchsberechtigten entgegenkommt und es im täglichen Praxisablauf sinnvoll und möglich ist. Die Vertragspartner bekennen sich zu einer gemeinsamen Qualitätsentwicklung, die die besonderen Lebensumstände bzw. Erkrankungen in einer Großstadt unter Einbeziehung der sozialen Rahmenbedingungen berücksichtigt.

(2) Für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Vertragsfachärzte wird bei neuen Verträgen ab dem 1. Jänner 1997 die Mindestordinationszeit mit 20 Wochenstunden, für Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 26 Wochenstunden festgeschrieben.

(3) Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärzten, die ab 1. Jänner 2004 in Vertrag genommen werden gelten folgende Mindestnormen:

Wöchentliche Mindestordinationszeiten:

- Allgemeinmedizin: 20 Stunden, verteilt auf 5 Tage,
- Fachärzte: 20 Stunden, verteilt auf tunlichst 5 Tage, mindestens aber 4 Tage,

wobei 2 der 3 vorgegebene Ordinationszeitenblöcke mindestens 1 mal pro Woche zu wählen sind:

- Abendordination ab 17:00 Uhr, mindestens 2h
- Nachmittagsordination ab 13:00 Uhr, mindestens 2h
- Frühordination ab 7:00 Uhr, mindestens 2h.

(4) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die der Kasse bekannt gegebenen Ordinationszeiten einzuhalten.

(5) Änderungen der Ordinationszeiten sind der Kasse bekannt zu geben. Die Zustimmung der Kasse zu den geänderten Ordinationszeiten gilt als erteilt, wenn die Kasse nicht binnen vier Wochen dagegen Einspruch erhebt.

(6) Erfolgt zwischen dem Vertragsarzt und der Kasse keine Einigung über die Ordinationszeiten des Vertragsarztes, können der Vertragsarzt und die Kasse jeweils Anträge auf Entscheidung an die paritätische Schiedskommission richten.

(7) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie zB bei Erster Hilfeleistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb der Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

§ 15 Nebentätigkeiten von Vertragsärzten

(1) Angestellte Ärzte eines Versicherungsträgers dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihres Versicherungsträgers sein. Auch die Tätigkeit als Vertreter eines Vertragsarztes bzw. in einer Vertragsgruppenpraxis ist untersagt, sofern der Vorstand des Versicherungsträgers, bei dem der Vertragsarzt angestellt ist, nicht ausdrücklich zugestimmt hat.

(2) Während der Laufdauer des Einzelvertragsverhältnisses darf der Vertragsinhaber nicht in einem Vertragsverhältnis zu einer Betten führenden Krankenanstalt stehen, durch das er sich zu einer regelmäßigen Erbringung ärztlicher Leistungen für die Krankenanstalt verpflichtet. Tätigkeiten als Belegarzt sind davon, sofern sie die vertragsärztliche Tätigkeit nicht beeinträchtigen, nicht betroffen.

(3) Konsiliare Tätigkeiten sowie vertraglich vereinbarte regelmäßige Nebentätigkeiten in Krankenanstalten sind der Kammer und der Kasse zu melden und dürfen, sofern sie ein durchschnittliches Ausmaß von 10 Wochenstunden überschreiten nur mit Zustimmung von Kammer und Kasse ausgeübt werden.

(4) Verstößt ein Vertragsarzt wiederholt und trotz begründeter Mahnungen gegen diese Bestimmungen, so gilt dies als Kündigungsgrund.

(5) Die Bestimmungen der Abs. 2 und 3 gelten für nur jene Vertragsärzte, deren Einzelvertrag nach dem 1. Jänner 2001 in Kraft getreten ist.

(6) Karenzierungen gegen Entfall der Bezüge gelten nicht als Vertragsverhältnis gemäß Absatz 2 oder als konsiliare Tätigkeit oder Nebentätigkeit gemäß Absatz 3.

(7) Konsiliaren Tätigkeiten und Nebentätigkeiten gemäß Absatz 3, die über ein Ausmaß von 10 Wochenstunden hinausgehen, kann von Kammer und Kasse zugestimmt werden, sofern die einzelvertraglich vereinbarten Ordinationszeiten mindestens 25 Wochenstunden betragen.“

§ 16 Ärztliche Behandlung

(1) Die Verrechnungsberechtigung für Behandlungen durch den Vertragsarzt ergibt sich aus seiner Berufsberechtigung sowie aus den Bestimmungen des mit den Versicherungsträgern abgeschlossenen Einzelvertrages sowie jenen dieses Gesamtvertrages.

(2) Die vertragsärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst oder seinen ordnungsgemäß bestellten Vertreter (§ 19) auszuüben. Es bleibt ihm eigenverantwortlich überlassen, im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit einzelne Leistungen anderen Berufsgruppen entsprechend deren Berufsgesetze zu übertragen, sofern diese über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, und diese Leistungen mit der Kasse abzurechnen.

(3) Der behandlungsführende Vertragsarzt für Allgemeinmedizin hat im Rahmen seiner Vertragsarztstätigkeit alle für ein effizientes, patientenzentriertes und unbürokratisches Nahtstellenmanagement erforderlichen ärztlichen Koordinierungstätigkeiten wahrzunehmen.

(4) Das Nahtstellenmanagement umfasst alle im Zusammenhang mit einer Spitalseinweisung oder Spitalsentlassung notwendigen ärztlichen Maßnahmen, die unter Beachtung ökonomischer Gesichtspunkte zur Koordinierung medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapiemaßnahmen sowie für einen effizienten Informationstransfer in Bezug auf die weitere ärztliche, therapeutische und pflegerische Betreuung des Patienten erforderlich sind.

- (5) Die ärztliche Koordinierungstätigkeit ist formlos nachvollziehbar zu dokumentieren.
- (6) Alle ärztlichen Koordinierungsmaßnahmen sind mit dem für die vertragsärztliche Tätigkeit an den Vertragsarzt für Allgemeinmedizin ausbezahlten Honorar abgegolten
- (7) Zur Optimierung der Behandlungsqualität richtet die Kammer Therapiezirkele ein, deren Inhalte – worunter auch Nahtstellenmanagement sein kann - gemeinsam mit der Kasse festzulegen sind. Vertragsärzte, die die Teilnahme an mindestens zwei beziehungsweise drei oder vier Therapiezirkeln innerhalb eines Kalenderjahres (d.h. jeweils bis 31. Dezember) nachweisen, erhalten jeweils bei der ersten Akontozahlung für das erste Quartal des nächstfolgenden Rechnungsjahres von der Kasse eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 150,00 Euro je nachgewiesenem Therapiezirkel. Die Aufwandsentschädigung erfolgt für maximal vier nachweislich besuchte Therapiezirkele jährlich. Die Kammer wird der Kasse die Listen mit eigenhändiger Unterschrift der Teilnehmer übermitteln.

§ 17

Umfang der Krankenbehandlung

- (1) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und hat sich an den Richtlinien ökonomischer Krankenbehandlung zu orientieren. Die Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der Versicherungsträger vom Vertragsarzt zu begründen.
- (2) 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.
- (3) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung der Versicherungsträger nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden von den Versicherungsträgern nicht vergütet.

§ 18

Leistungen

- (1) Das Leistungsangebot des Vertragsarztes wird nach Maßgabe spezifischer Bestimmungen für bestimmte Fachgruppen durch die Bestimmungen des Gesamtvertrages sowie allfällige Regelungen des Einzelvertrages definiert.
- (2) Können Leistungen im Sinne der Qualitätssicherung nach den für die jeweilige Fachsparte geltenden Bestimmungen nur dann verrechnet werden, wenn die von Kammer und Kasse festgelegten Kriterien erfüllt werden, wird die Kammer prüfen, ob für den Vertragsarzt die entsprechenden Nachweise vorliegen. Die Kammer hat der Kasse, sofern diese dies verlangt, die entsprechenden Unterlagen zur Einsicht zur Verfügung zu stellen. Sofern die erforderliche Qualifikation nachgewiesen ist, kann die entsprechende Leistung auf Rechnung der Versicherungsträger durchgeführt werden

§ 19 Vertretung

(1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung (ausgenommen die Fälle von §§ 20 bis 22) für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Mit Zustimmung der Kasse kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden.

(2) Vertretungen (auch regelmäßig, tageweise) in der Dauer von sechs Wochen bis sechs Monaten sind der Kammer unter Angabe des Namens des vertretenden Arztes sowie der voraussichtlichen Dauer der Vertretung bekannt zu geben. Die Kammer wird diese Daten umgehend in eine Datenbank eingeben, auf die die Kasse Zugriff hat. Kammer und Kasse haben das Recht, sich in begründeten Fällen gegen die Vertretung als solche bzw. die Person des Vertreters auszusprechen. Wird ein Einspruch erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem Kammer und Kasse einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies nach Ablauf des Monats als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

(3) Dauert die Vertretung länger als sechs Monate, so sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung auch der Kasse zu melden. Die Bestimmungen von Abs. 2 gelten sinngemäß.

(4) Der 24. und der 31. Dezember werden als ordinationsfreie Tage bestimmt. Die Verpflichtung zur Vertreterbestellung gemäß Abs. 1 entfällt.

(5) Wird der Vertragsarzt vertreten, sind die Namen der Vertreter bei direktem Patientenkontakt für die Patienten erkennbar zu machen.

§ 20 Erkrankung

(1) Ist die persönliche Verhinderung durch Erkrankung oder bei Vertragsärztinnen auch durch Schwangerschaft begründet, so entfällt die Verpflichtung zur Bestellung eines Vertreters gemäß § 19 für die Dauer der Erkrankung, längstens aber bis zum 49. Krankheitstag im Kalenderhalbjahr, bei schwangeren Vertragsärztinnen für den Zeitraum von 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Tag der Entbindung, für den Tag der Entbindung und 8 bzw. nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen 12 Wochen nach der Entbindung.

(2) Der erkrankte Vertragsarzt wird seine Erkrankung bzw. die schwangere Vertragsärztin den Beginn der 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstag sowie die Wiederaufnahme seiner (ihrer) Tätigkeit sofort der Kammer melden. Die Kammer wird diese Meldungen umgehend in eine Datenbank eingeben, auf die die Kasse Zugriff hat.

(3) Zur ärztlichen Versorgung der Patienten des erkrankten Vertragsarztes sind sämtliche Vertragsärzte (bzw. Vertragsgruppenpraxen) derselben Fachsparte verpflichtet. Der erkrankte Vertragsarzt wird auf einem Plakat an seiner Ordination zwei in angemessener Entfernung niedergelassene Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen derselben Sparte im Einvernehmen mit diesen als Vertreter angeben.

(4) Diese Bestimmungen gelten nicht für Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin, Vertragsfachärzte für Radiologie, Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Pathologie.

§ 21 Urlaub/Kurzfristige Schließung

(1) Ist die persönliche Verhinderung durch Urlaub begründet, so entfällt die Verpflichtung zur Bestellung eines Vertreters gemäß § 19 für die Dauer desurlaubes nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen. Der Vertragsarzt hat den Urlaub der Kammer rechtzeitig zu melden.

(2) Die Urlaubseinteilung erfolgt durch die Kammer. Diese erstellt jeweils für ein Kalendervierteljahr im Vorhinein je eine Urlaubsliste für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und für die allgemeinen Vertragsfachärzte und übermittelt diese der Kasse jeweils zum 15. des letzten Quartalsmonates für das folgende Quartal in elektronischer Form. Bei der Urlaubsabwicklung wird die Kammer nicht nur auf die Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin in der gemäß Anlage 9 zum Gesamtvertrag festgelegten Bezirksbündeln, sondern allgemein auf die Bedürfnisse der Vertragskassen hinsichtlich einer klaglosen Versorgung der Anspruchsberechtigten Bedacht nehmen. Aus den Urlaubslisten muss der Beginn und das Ende desurlaubes der einzelnen namentlich angeführten Vertragsärzte datummäßig ersichtlich sein; die Urlaubsliste der Vertragsfachärzte wird zusätzlich nach Fachgruppen geordnet erstellt.“

(3) Das zulässige Höchstausmaß desurlaubes, der von einem Vertragsarzt im Rahmen der Urlaubsregelung konsumiert werden kann, beträgt 6 Kalenderwochen (= 42 Kalendertage) pro Urlaubsjahr, wobei Resturlaube in das nächste Kalenderjahr übertragen werden können.

(4) Zur ärztlichen Versorgung der Patienten eines gemäß Urlaubsliste auf Urlaub befindlichen Vertragsarztes sind sämtliche Vertragsärzte derselben Fachsparte verpflichtet. Der Vertragsarzt wird auf einem Plakat an seiner Ordination zumindest eine/einen in angemessener Entfernung niedergelassenen Vertragsarzt bzw. Vertragsgruppenpraxis derselben Fachsparte im Einvernehmen mit diesen als Urlaubsvertreter angeben.

(5) Bei Urlaub hat der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin die noch bei ihm befindlichen Krankmeldungsanzeigen der zuständigen Bezirksstelle (Kundencenter) zu übermitteln. Der Vertragsarzt, der einen Versicherten vom Krankenstand abschreibt, ohne ihn selbst in den Krankenstand genommen zu haben, verständigt die zuständige Bezirksstelle durch Übersendung des hierfür aufgelegten, ausgefüllten Formblattes. Diese vermerkt die Abschreibung im Krankenstandsverzeichnis des Vertragsarztes, der die Protokollierung durchgeführt hat.

(6) Muss der Vertragsarzt seine Ordination aus wichtigen, seine Person (zB Truppenübung) oder die Ordination betreffenden Gründen und/oder auf Grund eines unvorhergesehenen und/oder unabwendbaren Ereignisses kurzfristig schließen, hat der Vertragsarzt dies der Kammer so rasch wie möglich auf kurzem Weg (telefonisch, per Fax oder e-mail) unter Angabe der voraussichtlichen Dauer (maximal eine Kalenderwoche (=7 Kalendertage) bekannt zu geben; die vorangehenden Bestimmungen finden sinngemäße Anwendung.

(7) Diese Bestimmungen gelten nicht für Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärzte für Radiologie, Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Pathologie.

§ 22 Fortbildung

(1) Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die allgemeinen Vertragsfachärzte können in jedem Urlaubsjahr zusätzlich einen Urlaub für Fortbildungszwecke im Ausmaß von 2 Wochen (=14 Kalendertage) konsumieren. Die Fortbildung ist der Kammer zu melden.

(2) Die Bestimmungen des § 21 gelten sinngemäß.

§ 23

Nachweis der Anspruchsberechtigung

- (1) Nimmt ein Patient den Vertragsarzt in Anspruch, ist er dazu aufzufordern, die e-card vorzuweisen. Legt der Patient die e-card vor, ist der Vertragsarzt dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigung in der Ordination mittels Einlesens der e-card zu prüfen. Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme des Vertragsarztes zu stecken, sofern der Patient diese vorlegt.
- (2) Legt der Patient keine e-card vor, kann eine online Abfrage mittels Eingabe der Sozialversicherungsnummer (o-card) vorgenommen werden.
- (3) Im Zweifelsfall ist die Identität des Patienten vom Vertragsarzt zu prüfen. Personen, deren Identität fraglich ist, dürfen auf Rechnung des Versicherungsträgers nicht behandelt werden.
- (4) Personen, bei denen die e-card-Abfrage oder die online Abfrage den Anspruch gegenüber einem Versicherungsträger nicht bestätigt, dürfen auf Rechnung der Versicherungsträger grundsätzlich nicht behandelt werden. Der Vertragsarzt ist in diesem Fall dazu berechtigt, die betreffende Person zu behandeln und einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag zurückzuerstaten.
- (5) Kann die betreffende Person den verlangten Erlag nicht leisten und ist die ärztliche Behandlung unabweislich, ist der Vertragsarzt berechtigt, einen Ersatzkrankenkassenscheck auszustellen. Der Ersatzkrankenkassenscheck gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Eine Abgeltung der vom Vertragsarzt über den Ersatzkrankenkassenscheck in Rechnung gestellten Leistungen durch den Versicherungsträger erfolgt nur dann, wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung tatsächlich ein Anspruch bestanden hat.
- (6) Patienten, die mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) Sachleistungen in Anspruch nehmen wollen, haben bei der Inanspruchnahme des Vertragsarztes eine gültige EKVK bzw. eine Ersatzbescheinigung und einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. Der Vertragsarzt ist dazu verpflichtet, zu prüfen, ob die EKVK formal gültig ist (Gültigkeitsdauer auf der Karte) und mit der Identität des Patienten auf dem amtlichen Lichtbildausweis (zB Reisepass, Personalausweis, etc.) übereinstimmt. Kann die Identität nicht mittels Lichtbildausweises nachgewiesen werden, gelten die Patienten als Privatpatienten.
- (7) Besteht die Vermutung, dass die Einreise des Patienten nach Österreich ausschließlich zum Zwecke der Krankenbehandlung erfolgt ist oder ist die Behandlung in Relation zur Dauer des Aufenthaltes in Österreich nicht unbedingt notwendig, gelten die Patienten als Privatpatienten.
- (8) Besteht kein Anspruch, verständigt der leistungszuständige Versicherungsträger den Vertragsarzt umgehend.
- (9) Hat der Vertragsarzt aus welchen Gründen immer weder eine e-card noch eine o-card gesteckt, obwohl der Patient zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme anspruchsberechtigt war, kann der Vertragsarzt die Leistungen mit der Kasse verrechnen, sofern er der Kasse eine mit der Unterschrift des Patienten versehene Bestätigung über dessen Inanspruchnahme seiner Leistungen vorlegt. Kann der Vertragsarzt eine solche Bestätigung des Patienten nicht einholen, ist diese vom gesetzlichen Vertreter oder eines nahen Angehörigen einzuholen. Dies ist der Kasse gegenüber zu dokumentieren.

§ 24 Betreuungsfälle

(1) Soweit die Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet sind, übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten der Versicherungsträger gelten, mit denen der Vertragsarzt im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Versicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes, des Strafvollzugsgesetzes oder des Gesetzes über die Hilfeleistung an Opfer von Verbrechen und auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen bzw. der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 zu betreiben sind.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten auch für nicht krankenversicherte Personen, deren Unfallheilbehandlung von einem österreichischen Träger der Unfallversicherung einem Versicherungsträger übertragen wurde, sofern über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen eine Sondervereinbarung zwischen den Vertragsparteien zu Stande 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 vertragärztliche Behandlung nur übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zu Stande kommt.

(4) Ergänzend zu den in Abs. 1 bis 3 angeführten Regelungen werden Vereinbarungen betreffend die Behandlung von nicht in Österreich sozialversicherten Personen, die ärztliche Leistungen mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) in Anspruch nehmen, getroffen und sind als Anlage 5 Bestandteil dieses Gesamtvertrages.

§ 25 Private Behandlung

Der Vertragsarzt ist berechtigt, Anspruchsberechtigte privat zu behandeln, sofern diese dies ausdrücklich wünschen und die entsprechenden Leistungen direkt mit diesen zu verrechnen. In einem solchen Fall sind Anspruchsberechtigte vor Beginn der Behandlung mittels eines Informationsblattes, welches ihnen zur Unterfertigung vorzulegen ist, darauf hinzuweisen, dass in diesem Fall keine Kostenerstattung durch die Versicherungsträger erfolgt. Die e-card darf im selben Quartal im selben Leistungsfall nicht gesteckt werden.

§ 26 Behandlung in der Ordination

(1) Gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen, besteht grundsätzlich Behandlungspflicht in der Ordination.

(2) Die Ordinationstätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur mit Zustimmung der Vertragsparteien zulässig.

(3) Die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten ist unzulässig.

(4) Die Übermittlung von Rezepten, Verordnungen oder Überweisungen bzw. die Mitgabe von solchen an dritte Personen ist nur bei Patienten zulässig, welche im betroffenen Quartal oder zumin-

dest im Vorquartal einen unmittelbaren persönlichen Kontakt mit dem betreffenden Vertragspartner hatten, welcher die Ausstellung des Rezeptes oder Verordnung indizierte bzw. eine Überweisung notwendig erscheinen ließ und ein ausdrücklicher Wunsch des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters oder einer dem Arzt bekannten, den Patienten betreuenden Person (z.B. Angehörige, Heimhilfe) diesbezüglich besteht. In diesem Fall können – sofern der Patient in diesem Quartal keine weiteren Leistungen in Anspruch nimmt – nur die Fallpauschale und entsprechend der Fachrichtung entweder der Hausarztzuschlag oder der fachspezifische Zuschlag zur Abrechnung gebracht werden.

(5) Während der Laufdauer des Einzelvertragsverhältnisses darf der Vertragsarzt mit in- oder ausländischen Privatversicherungen und Unternehmen, die private Krankenversicherungen oder Vorsorgepakete zur Behandlung/Untersuchung von Versicherungsnehmern dieser Unternehmen anbieten, Vereinbarungen über die Direktverrechnung von Leistungen - in schriftlicher oder mündlicher Form - nur mit Zustimmung von Kammer und Kasse abschließen. Dies gilt auch dann, wenn die Behandlung/ Untersuchung dieser Patienten außerhalb der vertraglich vereinbarten Mindestordinationszeiten erfolgt. Werden derartige Vereinbarungen abgeschlossen oder Leistungen mit privaten Versicherungsunternehmen ohne ausdrücklichem Vertrag verrechnet, ohne dass eine vorherige Zustimmung von Kammer und Kasse vorliegt, gilt dies als Kündigungsgrund.

§ 27 Krankenbesuch

(1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Berufungen, die bis 9.00 Uhr erfolgen, soll noch am Vormittag, wenn sie später erfolgen, so bald wie möglich entsprochen werden.

(2) Zum Krankenbesuch ist jener Vertragsarzt für Allgemeinmedizin, in dessen Behandlung der Anspruchsberechtigte im gleichen Abrechnungszeitraum bereits gestanden ist bzw. der nächstgelegene Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. die Gesellschafter der nächstgelegenen Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin verpflichtet. Als Nächstgelegene geltend jedenfalls alle Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin bis zu einer Entfernung von 1,5 Wegkilometern vom Wohnsitz des Patienten.

(3) Vertragsfachärzte sind zu Krankenbesuchen im Allgemeinen nicht verpflichtet, es sei denn, dass der Erkrankte schon bisher in ihrer Behandlung steht und wegen der gleichen Erkrankung nicht ausgehfähig wird.

§ 28 Fachärztliche Leistungen

(1) Fachärztliche Leistungen können nur von Vertragsärzten des entsprechenden Fachgebietes erbracht werden. Die Inanspruchnahme durch den Anspruchsberechtigten erfolgt mittels e-card oder auf schriftliche Zuweisung. Vertragsfachärzte für Radiologie sowie med. u. chem. Labordiagnostik und Pathologie können von den Anspruchsberechtigten nur über Zuweisung eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsgruppenpraxis oder einer ärztlichen Einrichtung eines Versicherungsträgers auf Rechnung eines Versicherungsträgers in Anspruch genommen werden.

(2) Anspruchsberechtigte, die keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, sind vom behandelnden Vertragsfacharzt einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. einer Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin zu überweisen. Dabei sind die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(3) Anspruchsberechtigte, die dem Vertragsfacharzt zur Untersuchung zugewiesen werden, sind unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt bzw. die zuweisende Gruppenpraxis rückzuüberweisen.

§ 29

Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

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

§ 30

Konsilium/Überweisung (Zuweisung)/Verordnung

- (1) Der behandelnde Vertragsarzt ist dazu berechtigt, einen (anderen) Vertragsarzt bzw. Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis desselben oder eines anderen Fachgebietes beizuziehen (Konsilium), wenn er dies für medizinisch notwendig hält.
- (2) Erfordert die Art der Erkrankung die weitere Behandlung durch einen Vertragsarzt bzw. eine Vertragsgruppenpraxis desselben oder eines anderen Fachgebietes, ist der Vertragsarzt dazu berechtigt, eine Überweisung (Zuweisung) bzw. eine Verordnung auszustellen.
- (3) Eine Überweisung ermöglicht die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes (einer Vertragsgruppenpraxis) einer anderen Fachrichtung als jener, der der Überweiser angehört. Der aufgrund der Überweisung in Anspruch genommene Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) hat jedenfalls Anspruch auf die Grundleistungsvergütung (Fallpauschale).
- (4) Eine Zuweisung ermöglicht die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes (einer Vertragsgruppenpraxis) derselben oder einer anderen Fachrichtung als jener, der der Zuweiser angehört. Der aufgrund der Zuweisung in Anspruch genommene Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) hat keinen Anspruch auf die Grundleistungsvergütung (Fallpauschale).
- (5) Beim Ausstellen von Folgebelegen für Anspruchsberechtigte, die den Vertragsarzt mittels EKVK in Anspruch genommen haben, sind der Name des Patienten, das Geburtsdatum und die persönliche Kennnummer sowie das Kürzel EKVK auf der Überweisung (Zuweisung) bzw. auf der Verordnung anzuführen. Die Anspruchsberechtigten sind zudem darauf hinzuweisen, dass zur Inanspruchnahme dieser Leistungen die Vorlage der EKVK und eines Lichtbildausweises notwendig ist sowie darauf, dass mit der Überweisung (Zuweisung) bzw. der Verordnung auch eine Kopie der EKVK vorzulegen ist.

§ 31

Wechsel des Vertragsarztes

- (1) Ein Wechsel von Anspruchsberechtigten zu einem anderen Vertragsarzt desselben Fachgebietes kann innerhalb eines Abrechnungszeitraumes nur in besonderen Fällen und nur mit Zustimmung der Kasse erfolgen.
- (2) Im selben Behandlungsfall dürfen – ausgenommen im Fall eines Konsiliums oder aufgrund einer Zuweisung gemäß § 30 Abs. 4 - nicht mehrere Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen desselben Fachgebietes in Anspruch genommen werden.
- (3) Wurde vom Anspruchsberechtigten bereits ein Vertragsarzt in Anspruch genommen und wird im gleichen Abrechnungszeitraum auf Grund einer anderen Erkrankung die Behandlung durch einen Vertragsarzt und/oder eine Vertragsgruppenpraxis desselben Fachgebietes erforderlich, ist

die Inanspruchnahme des Vertragsarztes bzw. der Vertragsgruppenpraxis auf Rechnung der Versicherungsträger nur dann möglich, wenn eine Freischaltung der e-card des Betreffenden durch den leistungszuständigen Versicherungsträger erfolgt ist.

(4) Wenn der Anspruchsberechtigte seinen Arbeitsort oder seinen Wohnsitz verlegt, ist innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes die Inanspruchnahme eines anderen Vertragsarztes bzw. Vertragsgruppenpraxis desselben Fachgebietes zulässig. Dasselbe gilt, wenn der Anspruchsberechtigte nicht ausgehändig wird und der Vertragsarzt nach den vertraglichen Bestimmungen wegen zu großer Entfernung zum Krankenbesuch nicht verpflichtet ist. In diesen Fällen ist eine Zustimmung der Kasse zum Arztwechsel nicht erforderlich.

§ 32 Ablehnen der Behandlung

Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Auf Verlangen der Kasse hat der Vertragsarzt dieser den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 33 Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst

Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst (Anlage 6) verpflichtet.

§ 34 Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

(1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten der Versicherungsträger zu verschreiben.

(2) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der Versicherungsträger sind die von der Kasse zur Verfügung gestellten Vordrucke zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.

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

(4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung der Versicherungsträger in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung der Versicherungsträger nicht verschrieben werden.

(5) 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 § 50 Anwendung.

(6) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen gemäß dem Erstattungskodex des Hauptverbands für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten und dabei durch das Öko-Tool sowie durch die aufgelegte Ökonomieliste unterstützt.

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

(8) Bei generikafähigen Arzneimitteln soll der Anteil der verordneten Originärpräparate pro Quartal tunlichst jenen Prozentsatz nicht überschreiten, der zwischen Kammer und Kasse jeweils vereinbart wird.

(9) Dem verordnenden Vertragsarzt werden von der Kasse überdies die Folgekosten der Heilmittelverordnungen unverzüglich (wenn möglich in elektronischer Form) mitgeteilt. Das Procedere wird in einer gemeinsam von Kasse und Kammer paritätisch besetzten Steuerungsgruppe festgelegt. Dadurch soll ein regelmäßiges Monitoring sowie ein gemeinsames Controlling (Maßnahmensteuerung) gewährleistet werden.

§ 35 Ordinationsbedarf

(1) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Arzneimitteln, Verbandmaterial, Reagenzien und Ähnlichem wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos zur Verfügung gestellt.

(2) Der Vertragsarzt soll diesen bei der Kasse vierteljährlich tunlichst auf elektronischem Weg anfordern, sobald die diesbezüglichen technischen Voraussetzungen gegeben sind.

§ 36 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

(1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem Vertragsarzt. Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu von den Versicherungsträgern beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. dgl.) einholen.

(2) 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 die Versicherungsträger nicht behindert wird.

§ 37 Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

(1) Vertragsärzte für Allgemeinmedizin sind zur Verwendung der e-AUM verpflichtet.

(2) Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch Vertragsfachärzte soll tunlichst auf elektronischem Weg (elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung, kurz e-AUM) unter Verwendung des e-AUM Systems des Hauptverbandes erfolgen.

(3) Soweit die Arbeitsunfähigkeitsmeldung durch Vertragsfachärzte nicht elektronisch erfolgt, ist diese durch selbstständigen Druck auszufertigen. Die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen sind nach Möglichkeit täglich, aber jedenfalls dreimal pro Woche der zuständigen Bezirksstelle (Kundencenter) zu übermitteln.

(4) Die Arbeitsunfähigkeit gilt grundsätzlich als mit dem Tag eingetreten, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom Vertragsarzt festgestellt wurde. Dieser hat die Arbeitsunfähigkeitsmeldung in der Regel am gleichen Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt wurde, an die Kasse auszufertigen.

(5) Die rückwirkende Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit für mehr als einen Tag steht mit Ausnahme der in Abs. 6 genannten Fälle nur dem Chef(Kontroll)arzt des leistungszuständigen Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages des Vertragsarztes zu. Eine Rückdatierung übers Wochenende (Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit ab Freitag am folgenden Montag) bzw. über Feiertage ist zulässig.

(6) Die rückwirkende Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit für mehr als einen Tag durch den Vertragsarzt ist dann zulässig, wenn ihr eine durch einen am Ärzte-Funkdienst (Anlage 6) teilnehmenden Arzt ausgefertigte Bescheinigung über eine im unmittelbar vorangegangenen Ärzte-Funkdienstzeitraum eingetretene Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vorliegt. Die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit ist beizuschließen. Der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit darf jedoch nur mit dem Tag festgesetzt werden, an welchem laut Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit vom Ärzte-Funkdienst-Arzt festgestellt wurde.

(7) Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet.

(8) 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.

(9) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherte von der Arbeitsunfähigkeit abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.

(10) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich beim Vertragsarzt fallweise vorzustellen, damit der Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder der Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht festgestellt werden kann.

(11) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

§ 38

Feststellung der Arbeits(un)fähigkeit durch den Versicherungsträger

(1) Der leistungszuständige Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hiezu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ärzte in eigenen Einrichtungen) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist der Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.

(2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organes eines Versicherungsträgers gemäß Abs. 1 festgestellt worden, so kann eine Abänderung dieser Feststellung vom Vertragsarzt während desselben Krankheitsfalles nur im Einvernehmen mit dem Organ des Versicherungsträgers vorgenommen werden.

(3) Beabsichtigt der zuständige Chef(Kontroll)arzt, einen Versicherten für arbeitsunfähig zu erklären, obwohl der Vertragsarzt dies abgelehnt hatte, so ist diesem vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) Ist der Vertragsarzt mit einer Verfügung eines Organes eines Versicherungsträgers gemäß Abs. 2 oder 3 nicht einverstanden, so ist er berechtigt, dagegen schriftlich unter Angabe der medizinischen Argumente Einspruch zu erheben. Die endgültige Entscheidung steht dem Chefarzt des leistungszuständigen Versicherungsträgers zu.

§ 39 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), darf ein Antrag auf Anstaltspflege nicht gestellt werden.

(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 der Versicherungsträger 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 für die Versicherungsträger bedingt ist.

(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 Vertragsarzt die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (Krankentransport etc.) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung der Versicherungsträger ist in jedem Fall vom Vertragsarzt zu bescheinigen.

§ 40 Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

(1) Anträge auf Bewilligung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt) müssen dem leistungszuständigen Versicherungsträger vom Vertragsarzt unter Verwendung der von der Kasse zur Verfügung gestellten Vordrucke zur Bewilligung vorgelegt werden. Der Antrag hat eine Begründung und die medizinische Indikation zu enthalten.

(2) Beabsichtigt ein Versicherungsträger, Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich der Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger diesen vorher anzuhören.

§ 41 Mutterschaft

(1) Der Vertragsarzt ist zur Beratung von schwangeren Anspruchsberechtigten sowie zum Ausstellen der für die Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft erforderlichen Bescheinigungen verpflichtet.

(2) Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind dazu verpflichtet, schwangeren Dienstnehmerinnen über deren Ersuchen unter Verwendung des von der Kasse beigestellten Vordruckes eine Bescheinigung für den Dienstgeber über den Bestand der Schwangerschaft und den voraussichtlichen Entbindungstermin ohne Anrechnung einer Gebühr auszustellen.

§ 42 Bestätigungen

(1) Der Vertragsarzt wird arbeitsfähigen Anspruchsberechtigten auf deren Wunsch die Dauer des Aufenthaltes in der Ordination auf dem von der Kasse zur Verfügung gestellten Vordruck ohne Anrechnung einer Gebühr bestätigen.

(2) Der Vertragsarzt wird ohne Anrechnung einer Gebühr die Bestätigung des behandelnden Arztes auf dem vom Magistrat der Stadt Wien aufgelegten Formular „Ärztlicher Behandlungsschein“ ausfertigen, wenn von ihm behandelte Patienten in der Wohnung verstorben sind.

§ 43 Auskunftserteilung

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

(2) Ändert sich die Diagnose infolge deren eine Behandlung erforderlich ist, so ist dies – soweit die Kasse darüber informiert werden muss (insbesondere im Zusammenhang mit einer festgestellten Arbeitsunfähigkeit des Betreffenden) - auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten soll der Vermerk in Form einer der für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst zwischen Kammer und Kasse vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden

(3) Der Vertragsarzt ist nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten der Versicherungsträger zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, 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 leistungszuständigen Versicherungsträgers zu geben. Zur Auskunftserteilung ist der Vertragsarzt jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben der Versicherungsträger notwendig ist.

(4) Die Versicherungsträger haben für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

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

(6) Sämtliche Mitteilungen, die gemäß den Bestimmungen dieses Vertrages vom Vertragsarzt bzw. der Kammer an die Kasse zu ergehen haben, können auch gemäß den geltenden Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes übermittelt werden.

(7) Der Vertragsarzt hat der Kasse auf dem Weg über die Kammer auf Befragen jederzeit Auskunft über die bei ihm tätigen Personen zu erteilen (Namen, Ausbildung, Tätigkeitsbereich, Wochenstunden).

(8) Im Einvernehmen mit der Kammer kann die Kasse aus wichtigem Grund eine Begehung der Ordination des Vertragsarztes vornehmen. Der Besuch ist zeitgerecht vorab anzukündigen und – soweit möglich - der Zeitpunkt dafür zu vereinbaren.

§ 44 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 vereinbart.

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

(4) Alle für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden dem Vertragsarzt von der Kasse kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit Unterschrift und Stampiglie zu versehen.

§ 45 Honorierung des Vertragsarztes

(1) Die Honorierung des Vertragsarztes erfolgt nach den Bestimmungen der Honorarordnung, die integrierender Bestandteil dieses Gesamtvertrages ist.

(2) Änderungen der Honorarordnungen werden für Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit zeitgleicher Wirksamkeit vorgenommen, sofern Kammer und Kasse nichts Gegenteiliges vereinbaren.

(3) Die Verrechnung von ärztlichen Leistungen für die Behandlung der eigenen Person, sowie Angehöriger (unabhängig von deren eventueller Anspruchsberechtigung gegenüber den Versicherungsträgern), soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, ist dem Vertragsarzt nicht erlaubt. Die Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen auf Rechnung der Versicherungsträger für diesen Personenkreis ist jedoch zulässig.

§ 46 Rechnungslegung

Die Rechnungslegung des Vertragsarztes erfolgt nach Maßgabe der Honorarordnung gemäß Anlage 1.

§ 47 Honorarabzüge und Honorareinbehalt

(1) Die Kasse 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 von der Kasse eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch die paritätische Schiedskommission beantragt, so ist der strittige Honoraranteil dem Vertragsarzt als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der von der paritätischen Schiedskommission rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honoraranweisung von der Kasse einbehalten werden.

§ 48

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) Die Kasse wird der Kammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

(4) Die Vertragsparteien verpflichten sich umgehend, tunlichst zeitgleich, einander über Umstände unter Austausch der jeweiligen Dokumente/Schriftstücke wechselseitig zu informieren:

- a) Sperre der Ordination gemäß § 56 ÄrzteG
- b) vorläufiges Berufsverbot gemäß § 62 ÄrzteG sowie sonstige Berufsverbote auf Grund von Disziplinarerkenntnissen gemäß § 138 ff ÄrzteG
- c) Streichungen aus der Ärzteliste
- d) Anzeigen an die Staatsanwaltschaft
- e) Kündigungen von Einzelverträgen bzw. Mitteilungen über das Erlöschen von Einzelverträgen
- f) strafgerichtliche Verurteilungen

(5) Die Versicherungsträger haben alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen sowie die Ärztekammer für Wien in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso haben die Ärztekammer für Wien sowie der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was die Versicherungsträger und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(6) Der Vertragsarzt wird die Kasse über missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen durch Anspruchsberechtigte informieren. Dasselbe gilt, wenn ein in seiner Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das die Heilung oder Besserung seines Zustandes erschwert oder verzögert.

§ 49

Zusammenarbeit des Vertragsarztes mit dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst

(1) Die Versicherungsträger werden gegenüber dem Vertragsarzt in allen medizinischen Angelegenheiten durch den Chef(Kontroll)arzt der Kasse vertreten. Der Chef(Kontroll)arzt und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Die Eigenverantwortlichkeit des Vertragsarztes bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Chef(Kontroll)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

§ 50

Streitigkeiten zwischen den Parteien des Einzelvertrages

(1) Streitigkeiten zwischen den Parteien des Einzelvertrages sollen einvernehmlich beigelegt werden. Kommt eine Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, so können die gesetzlich vorgesehenen Schiedsinstanzen angerufen werden.

(2) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechs-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für die Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung bei der Kasse. Wenn der Vertragsarzt die Bestimmungen des § 34 nicht beachtet, ist eine Beanstandung durch die Versicherungsträger nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung bei der Kasse zulässig.

(3) Erfolgt eine Kündigung des Einzelvertrages so ist diese dem Vertragsarzt eingeschrieben zuzustellen und in der Rechtsmittelbelehrung der Vertragsarzt auf die 14 tägige Einspruchsfrist gemäß ASVG hinzuweisen.

§ 51

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 § 50 – dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 51 a

Provisionsverbot

Analog zu § 53 Ärztegesetz ist es unzulässig, dass der Vertragsarzt Vergütungen für die Zu- oder Überweisung an ihn oder durch ihn sich oder einem anderen versprechen, geben, nehmen oder zusichern lässt. Ein Zuwiderhandeln gegen diese Bestimmung stellt eine schwerwiegende Vertragsverletzung dar.“

§ 52

Übergangsbestimmung

(1) Vertragsärzte, die zum Stichtag 31. Dezember 2010 mit der Kasse einen Einzelvertrag gemäß § 342 ASVG abgeschlossen hatten, gelten mit dem Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages als Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages.

(2) Eine Neuausfertigung der Einzelverträge erfolgt nicht.

§ 53

Gültigkeit

(1) Dieser Gesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhalten einer dreimonatigen Kündigungsfrist mittels eingeschriebenen Briefes aufgekündigt werden.

(2) Wird der zwischen den Vertragsparteien vereinbarte jeweils geltende Gesamtvertrag für Gruppenpraxen von einer der Vertragsparteien gekündigt, verkürzt sich die Kündigungsfrist gemäß Abs. 1 von drei auf zwei Monate.

§ 54 Verlautbarung

(1) Dieser Gesamtvertrag samt Anlagen sowie allfällige Nachträge zu diesem Gesamtvertrag werden von der Kammer und dem Hauptverband im Internet veröffentlicht.

(2) Alle Abänderungen dieses Gesamtvertrages bedürfen der Schriftform.

§ 55 Wirksamkeitsbeginn

(1) Dieser gemäß § 342 ASVG abgeschlossene Gesamtvertrag tritt mit 1. Jänner 2011 in Kraft und ersetzt den zum 1. Jänner 2004 gemäß § 342 ASVG abgeschlossenen Gesamtvertrag.

(2) Grundlage der vertraglichen Beziehungen zwischen dem Vertragsarzt und den Versicherungsträgern ist ab 1. Jänner 2011 dieser Gesamtvertrag.

(3) Der gegenständliche Gesamtvertrag wird unter der aufschiebenden Bedingung geschlossen, dass die Vertragsparteien zeitgleich einen Gesamtvertrag für Gruppenpraxen gemäß § 342a ASVG abschließen.

Wien, am 14. Dezember 2010

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Ärztammer für Wien

Der Kurienobmann der
niedergelassenen Ärzte:

Der Präsident:

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitenden Angestellte:

Die Obfrau:

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Der leitende Angestellte: Der Obmann:

Betriebskrankenkasse Austria Tabak
Der leitende Angestellte: Der Obmann:

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
Der leitende Angestellte: Der Obmann:

Betriebskrankenkasse Mondi
Der leitende Angestellte: Der Obmann:

Sozialversicherungsanstalt der Bauern
Der leitende Angestellte: Der Obmann:

Anlage 1 – Honorarordnung

Anlage 2 – Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Ärzten für Allgemeinmedizin
und Fachärzten

Anlage 3 – Mustereinzelnvertrag

Anlage 4 – Barrierefreie Ordinationen

Anlage 5 – Behandlungsfälle der in einem EU-Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder der Schweiz

Anlage 6 – Ärztekundendienst

Anlage 7 – Teilung des Vertrages

H O N O R A R O R D N U N G

I.

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

I. Abschnitt

RECHNUNGSLEGUNG

Quartalsabrechnung der Vertragsärzte

Artikel I

- (1) Die Rechnungslegung hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages (insbesondere §§ 45 und 46) zu erfolgen.
- (2) Die Vertragsärzte sind zur elektronischen Rechnungslegung auf Grund der jeweils geltenden Regelung verpflichtet. Unter elektronischer Rechnungslegung versteht man die Übermittlung der Abrechnungsdaten mittels Datenträger oder Datenfernübertragung.
- (3) Die Verpflichtung zur elektronischen Rechnungslegung gilt hinsichtlich aller Leistungen, die auf Grund eines mit der Kasse abgeschlossenen kurativen Einzelvertrages (incl. MKP-Leistungen) oder eines Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrages erbracht werden.
- (4) Bei der elektronischen Rechnungslegung hat der Vertragsarzt die auf Grund der jeweils aktuellen Regelungen (vgl. Abs. 2) verbindlichen Vorgaben (etwa in Bezug auf die Verwendung eines vorgegebenen Datensatzes bzw. die Belegung von dessen Feldern) zu erfüllen.
- (5) Die Rechnungslegung erfolgt quartalsweise. Die Abrechnung muss jeweils bis zum 15. des auf das Ende eines Quartals folgenden Monats bei der gemeinsamen Ärzterrechnungsstelle der Wiener Krankenversicherungsträger (=Kasse) einlangen. Bei postalischer Übermittlung oder Übermittlung per Datenfernübertragung (DFÜ) bzw. Abgabe in einer Bezirkstelle ist der Übermittlungszeitraum zu berücksichtigen.
- (6) Die Kasse hat dem Vertragsarzt den Eingang der elektronisch eingereichten Abrechnungen nach dem jeweiligen Stand der technischen Möglichkeiten zu bestätigen. Entspricht der der Kasse übermittelte Datenträger nicht dem gemäß den Richtlinien des Hauptverbandes verbindlichen Datensatzaufbau für Vertragspartner (DVP), wird die Kasse den Vertragsarzt binnen einer Frist von drei Arbeitstagen davon verständigen und unter Angabe der detaillierten Gründe zur Übermittlung einer korrigierten Version auffordern.
- (7) Jeweils am 25. des ersten Monats nach Quartalsende ist der Kammer von der Kasse eine Liste jener Vertragsärzte zu übermitteln, welche zu diesem Zeitpunkt keine oder keine den einheitlichen Grundsätzen entsprechende Abrechnung eingereicht haben.

Artikel II

II. Abschnitt

HONORIERUNG

Artikel I

- (1) Die Honorierung der von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A).
- (2) Die Honorierung der von allgemeinen Vertragsfachärzten erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B).
- (3) Die Fallpauschale gebührt nicht, wenn ein Vertragsarzt für Allgemeinmedizin im Randgebiet mit Sonderbewilligung für physikalische Therapie (Abs. 8) physikalische Behandlungen auf Grund der Verordnungen eines anderen Vertragsarztes durchführt.
- (4) Sonderleistungen können nur für eigene Patienten verrechnet werden.
- (5) Die im Sonderleistungstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin verzeichneten Leistungen können nur von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die im Sonderleistungstarif für allgemeine Vertragsfachärzte verzeichneten Leistungen nur von allgemeinen Vertragsfachärzten verrechnet werden.
- (6) Die in den Abschnitten I und II (Ordinationen und Visiten bzw. allgemeine Sonderleistungen) des Sonderleistungstarifes für allgemeine Vertragsfachärzte verzeichneten Leistungen können von allen Vertragsfachärzten verrechnet werden. Die im Abschnitt III (Sonderleistungen aus Fachgebieten) verzeichneten Leistungen werden nur den Ärzten, die der entsprechenden im Untertitel bezeichneten Fachgruppe angehören, honoriert.
- (7) Sind im Sonderleistungstarif für die Verrechenbarkeit zusätzlich besondere Voraussetzungen (zB ausdrückliche Ermächtigung, Nachweis besonderer Ausbildung u. Ä.) festgelegt, werden die Leistungen nur jenen Vertrags(fach)ärzten honoriert, die diese Voraussetzungen erfüllen.
- (8) Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung physikalischer Therapie ermächtigt wurden, werden die erbrachten Leistungen der physikalischen Therapie nach dem Tarif für physikalisch-medizinische Behandlungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A/4) honoriert.
- (9) Als Honorar für die im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22 vom vertretenden Vertragsarzt in einem Quartal erbrachten Leistungen werden 100 % der in den Tarifen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B) festgelegten Fallpauschale ausbezahlt; für Sonderleistungen gebührt überdies die Vergütung nach dem Sonderleistungstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B).

Artikel II

Die Honorierung der von Vertragsärzten für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation (Anlage C).

Artikel III

Die Honorierung der von Vertragsfachärzten für Radiologie erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Radiologie (Anlage D).

Artikel IV

Die Honorierung der von Vertragsfachärzten für med. u. chem. Labordiagnostik erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte med. u. chem. Labordiagnostik (Anlage E).

Artikel V

Die Honorierung der von Vertragsfachärzten für Pathologie erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Pathologie (Anlage F).

3. Abschnitt

HONORARAUSZAHLUNG

Auszahlung der Honorare der Vertragsärzte

(1) Am letzten Tag des ersten Monats nach Quartalsende erhält der Vertragsarzt für das betreffende Quartal eine Akontozahlung in der Höhe von 50 % des Bruttohonorars, welches in dem dem jeweiligen Quartal des Vorjahres entsprechenden Quartal von der Kasse an den Vertragsarzt ausbezahlt worden ist. Der Begriff Bruttohonorar bezeichnet die dem Vertragsarzt gebührende Honorarsumme exklusive GSBG vor Abzug der von der Kammer bekannt gegebenen Abzüge für Kammerumlage und Wohlfahrtsfonds.

(2) Am letzten Tag des zweiten Monats nach Quartalsende erhält der Vertragsarzt für das betreffende Quartal eine Akontozahlung in der Höhe von 25 % des Bruttohonorars, welches in dem dem jeweiligen Quartal des Vorjahres entsprechenden Quartal von der Kasse an den Vertragsarzt ausbezahlt worden ist. Der Begriff Bruttohonorar bezeichnet die dem Vertragsarzt gebührende Honorarsumme exklusive GSBG vor Abzug der von der Kammer bekannt gegebenen Abzüge für Kammerumlage und Wohlfahrtsfonds.

(3) Der Anspruch auf die Akontozahlungen gemäß Abs. 1 und 2 besteht unabhängig davon, ob der Vertragsarzt der Kasse die Abrechnung für das betreffende Quartal zeitgerecht (siehe Artikel I Abs. 5) übermittelt hat.

(4) Kann der Akontierung kein Vergleichsquartal des Vorjahres zu Grunde gelegt werden, erhält der Vertragsarzt am letzten Tag des ersten Monats eines Quartals von der Kasse jenen Betrag, der 50 %, am letzten Tag des zweiten Monats eines Quartals jenen Betrag, der 25 % des im Vergleichsquartal des Vorjahres in der entsprechenden Fachgruppe als Durchschnittsbruttohonorar ausbezahlt worden ist als Akontozahlung überwiesen.

(5) Die Endabrechnung durch die Kasse erfolgt spätestens am letzten Tag des dritten Monats nach Ablauf des jeweiligen Quartals. Mit der Endabrechnung erhält der Vertragsarzt von der Kasse eine detaillierte Abrechnung und die Restzahlung für das jeweilige Quartal. Der Begriff Restzahlung bezeichnet jenen Betrag, der sich nach Reduktion des für das betreffende Quartal gebührenden Bruttohonorars (inklusive des Honorars für Vertretungsfälle) um die gemäß Abs. 1 bzw. Abs 2 geleisteten Akontozahlungen sowie allfällige sonstige Forderungen (zB Drittschuldneransprüche, Beitragsrückstände) und exklusive GSBG ergibt.

(6) Der Anspruch auf die zweite Akontozahlung und die Restzahlung gemäß Abs. 4 ruht, wenn bis zum 15. des zweiten auf das Quartalsende folgenden Monats keine ordnungsgemäße Rechnungslegung durch den Vertragsarzt erfolgt ist. Ebenso ruht der Anspruch auf Akontozahlungen im Sinne von Abs. 1 für das Folgequartal. Legt der Vertragsarzt im folgenden Quartal ordnungsgemäß Rechnung, lebt der Anspruch auf Akontierung wieder auf und er erhält die Akontozahlung und die Restzahlung für das Honorar des Vorquartals entsprechend dem Rhythmus der Anweisungstermine des jeweils gerade laufenden Abrechnungsquartals. Legt er nicht ordnungsgemäß Rechnung, erfolgt auch im Folgequartal keine Zahlung.

(7) Die Zeitpunkte für den Abzug jener Honoraranteile, die die Kasse im Namen der Kammer aufgrund geltender rechtlicher Vorgaben einzubehalten und an diese zu überweisen hat, werden zwischen Kammer und Kasse vereinbart.

(8) Übermittelt der Vertragsarzt bis zum 15. des zweiten auf das Quartalsende folgenden Monats keine Abrechnung, erfolgt ein Abzug in Höhe von 2 % des im betreffenden Abrechnungsquartal gebührenden Bruttohonorars.

(9) Die Kasse wird der Kammer zum Termin der Endabrechnung jenes Quartals für welches keine ordnungsgemäße Rechnungslegung erfolgt ist, die Namen der Ärzte bekannt geben, bei denen der Anspruch auf Akontierung ruht.

(10) Hat der Vertragsarzt der Kasse für mindestens drei aufeinander folgende Quartale nicht ordnungsgemäß Rechnung gelegt, ist er mittels eingeschriebenen Briefes, von dem eine Abschrift an die Kammer zu richten ist, von der Kasse zur Rechnungslegung binnen einer Frist von vier Wochen ab Erhalt des Schreibens aufzufordern. Verstreicht diese Frist ungenützt, haftet die Kammer der Kasse für von dieser bereits geleistete Akontozahlungen. Der aushaftende Betrag ist der Kasse von der Kammer innerhalb von drei Wochen zu überweisen. Mit dem Datum des Einlangens des Betrages bei der Kasse geht die Forderung auf die Kammer über.

(11) Bei nicht termingerechter Überweisung (vgl. Abs. 1) der Akontozahlungen bzw. der Restzahlung durch die Kasse sind von dieser für den jeweils aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen in Höhe von 5 % p.a. zu bezahlen, die dem Vertragsarzt bei der nächstfolgenden Abrechnung anzuweisen sind.

**Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin
und Vertragsfachärzten
gemäß § 6 Abs. 1 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011**

Präambel

- (1) Die Vertragsparteien kommen überein, die Auswahl von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten für die Invertragnahme bei den in § 2 Gesamtvertrag angeführten Versicherungsträgern nach den im Folgenden genannten Kriterien vorzunehmen.
- (2) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.
- (3) Die Zahl der Stellen sowie deren regionale Verteilung werden im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse festgelegt und unter Berücksichtigung des Bedarfes gegebenenfalls korrigiert. Dementsprechend werden nach gemeinsamer Durchführung von Bedarfsprüfungen (z.B. Prüfung von Frequenzen, Umsatz, anonymen Erhebungen bezüglich Wartezeiten, Anhörung der betroffenen Kollegen) und nach Maßgabe der Bevölkerungsentwicklung neue Stellen errichtet sowie bestehende Stellen nachbesetzt oder aufgelassen.
- (4) Eingaben, die als „Ansuchen um die Invertragnahme“ und jene, die als „Ansuchen um die Vormerkung für die Invertragnahme“ bezeichnet werden (im Folgenden beide als „Ansuchen um die Invertragnahme“ bezeichnet), sind gleichzuhalten. Bei der Bearbeitung besteht kein Unterschied.

Abschnitt I.

§ 1

Antragstellung

- (1) Ansuchen um die Invertragnahme sind schriftlich (tunlichst mit dem von der Kammer aufgelegten Formblatt, allenfalls per Brief, Fax, E-Mail) an die Kammer zu richten.
- (2) Mündliche (telefonische) Antragstellungen sind nicht möglich.
- (3) Das Tagesdatum des Eingangsstempels ist auf dem Antrag zu vermerken.
- (4) Ansuchen um Invertragnahme, die bei der Kasse einlangen, sind von dieser umgehend an die Kammer weiterzuleiten.
- (5) Das Einlangen des Antrages bei der Kasse ist dem Einlangen bei der Kammer gleichzusetzen. Abs. 2 gilt sinngemäß.

Abschnitt II.

§ 2

Interessentenlisten

(1) Die Kammer führt eine Liste (Interessentenliste), in der sämtliche Ärzte eingetragen werden, die ein Ansuchen um Invertragnahme gestellt haben. Im Rahmen der Kammer wird eine Interessentenliste für Ärzte für Allgemeinmedizin, sowie Interessentenlisten für Fachärzte geführt, wobei für jedes Sonderfach eine eigene Interessentenliste gesondert geführt wird.

(2) Die Eintragungen in die Interessentenlisten sind fortlaufend zu nummerieren.

(3) Die Interessentenliste enthält folgende Angaben:

- a) Name und Arztnummer des Interessenten,
- b) Datum der Eintragung in die Interessentenliste
- c) Reihungsnummer

(4) Maßgeblich für die Reihenfolge der Eintragung in die Interessentenliste ist das Datum des Einlangens des entsprechenden Ansuchens bei der Kammer bzw. der Kasse.

§ 3

Eintragung in die Interessentenliste

(1) Voraussetzung für die Eintragung in die Interessentenliste ist der Nachweis der Berufsberechtigung als niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt eines Sonderfaches in Österreich. Die erforderlichen Unterlagen sind bei der Antragstellung vorzulegen. Verfügt ein Arzt über mehrere Berufsberechtigungen, so hat er zu bezeichnen, in welche Interessentenliste(n) er eingetragen werden will.

(2) Die Eintragung in die Interessentenlisten kann frühestens mit dem Datum der Ausstellung des entsprechenden Diploms erfolgen.

(3) Jede Interessentenliste ist öffentlich, wobei auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) nur die Arztnummer des Arztes veröffentlicht wird. Jeder Interessent, der um Vormerkung in der Interessentenliste ansucht, wird von der Kammer darüber informiert, dass die Interessentenliste im Internet publiziert wird und er dieser Publikation seine Zustimmung erteilen muss. Erklärt er sich mit der Publizierung seiner Daten in dieser Form nicht einverstanden, so kann keine Eintragung erfolgen. Wird die erteilte Einwilligung nach erfolgter Eintragung zurückgezogen, ist der Betreffende von der Kammer aus der Interessentenliste zu streichen.

(4) Personen, die als Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte Einzelverträge mit einer Gebietskrankenkasse (ausgenommen Tätigkeiten im Rahmen von Job-Sharing) bzw. ein vergleichbares Vertragsverhältnis im Ausland abgeschlossen haben, können nicht in die Interessentenliste aufgenommen werden.

(5) Die Kammer kann für die Führung der Interessentenliste von den Interessenten einen Verwaltungskostenbeitrag verlangen. Die Nichtentrichtung dieses Beitrages führt zur Streichung aus der Interessentenliste.

§ 4

Streichung aus der Interessentenliste

(1) Eine Streichung aus der Interessentenliste erfolgt

- a) wenn der Interessent selbst dies schriftlich verlangt mit dem Datum des Einlangens seines Antrages bei der Kammer oder der Kasse.
- b) im Falle des Todes des Interessenten mit dem Zeitpunkt des Todes.
- c) wenn der Interessent bei einem Wohlfahrtsfonds oder einer Pensionsversicherung einen Antrag auf dauernde Invaliditätsversorgung bzw. Altersversorgung oder Erwerbsunfähigkeits- bzw. Alterspension einbringt mit dem Zeitpunkt des Einlangens des Antrages beim Wohlfahrtsfonds oder der Pensionsversicherung.
- d) wenn der Interessent als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt einen Einzelvertrag oder als Gesellschafter einer Gruppenpraxis einen Gruppenpraxiseinzelvertrag mit einer Gebietskrankenkasse abschließt oder ein vergleichbares Vertragsverhältnis im Ausland ausübt mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertragsverhältnisses.
- e) im Falle einer Verurteilung des Interessenten im Sinne des § 343 Abs. 2 Z. 4 bis 6 ASVG.
- f) bei Nichtentrichtung des Verwaltungsbeitrages gemäß § 3 Abs. 5.

(2) Im Falle der Streichung aus den oben angeführten Gründen erfolgt eine Löschung aller bisher gemäß I.3. der Reihungskriterien erworbener Punkte.

§ 5

Wiedereintragung in die Interessentenliste

(1) Die Wiedereintragung in die Interessentenliste ist auf Antrag möglich. §§ 2 und 3 gelten sinngemäß.

(2) Bei einer Streichung gemäß § 4 Abs. 1 lit. d ist eine Wiedereintragung in die Interessentenliste erst nach dem Ende der Tätigkeit als Vertragsarzt oder als Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis möglich. Abhängig von der regionalen und fachbezogenen Versorgungssituation kann im Invertragnahmeausschuss festgelegt werden, dass bei bestimmten Ausschreibungen, die vom Invertragnahmeausschuss ausdrücklich definiert werden, die Zeit einer Tätigkeit als Vertragsarzt oder Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis einer Gebietskrankenkasse oder einem vergleichbaren Vertragsverhältnis im Ausland, Punkte gemäß I.3 der Reihungskriterien angerechnet werden. Dies wird bei den betreffenden Ausschreibungen von Kammer und Kasse auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) veröffentlicht.

(3) Bei einer Streichung gemäß § 4 lit. e) ist eine Wiedereintragung in die Interessentenliste erst nach Ablauf der jeweiligen gesetzlichen Tilgungsfrist möglich.

(4) War der Bewerber bereits einmal Inhaber eines Kassenvertrages und wurde ihm der Vertrag gemäß § 343 Abs. 4 ASVG rechtskräftig gekündigt, kann eine Wiedereintragung in die Interessentenliste erst nach Ablauf von fünf Jahren ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Vertragsverhältnisses erfolgen.

(5) War der Bewerber bereits einmal Inhaber eines Gesellschafteranteiles einer Vertragsgruppenpraxis, aus welcher er ausgeschieden ist, so hat er das Recht, einmalig, mit dem ursprünglichen Datum seiner Eintragung, in die Interessentenliste wieder aufgenommen zu werden, wobei ausschließlich jene Punkte wieder aufleben, die bis zum Eintritt in die Vertragsgruppenpraxis bereits erworben wurden.

§ 6

Veröffentlichung

- (1) Die Interessentenliste wird im Internet auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) publiziert und regelmäßig aktualisiert.
- (2) Die Kammer wird der Kasse auf Verlangen über die Gründe allfälliger Veränderungen der Liste Auskunft geben und Einsicht in die diesbezüglichen Akte gewähren.

Abschnitt III.

§ 7

Ausschreibung

- (1) Stellen werden im Einvernehmen von Kasse und Kammer im Internet auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) publiziert. Zusätzlich wird im Presseorgan der Kammer ein allgemeiner Hinweis auf die verlaublichen Ausschreibungen aufgenommen.
- (2) Wird eine bestehende Stelle ausgeschrieben, so ist dies in der Ausschreibung anzugeben. Die Ausschreibung hat Angaben zur Lage der ausgeschriebenen Stelle innerhalb der örtlichen Zuständigkeit der Kasse (den Bezirk bzw. die Versorgungsregion, entsprechende Straßenzüge oder Teilgebiete von Bezirken), die vom Bewerber zu erfüllenden fachlichen Qualifikationen sowie allfällige sonstige spezifische Erfordernisse bzw. Schwerpunkte wie zum Beispiel Additivfächer oder Spezialisierungen der ÖÄK zu enthalten. Die Bewerbungsfrist ist in der Ausschreibung anzuführen, muss jedoch mindestens 14 Tage betragen. Bei Ausschreibung einer bestehenden Planstelle wird der Vertrag des Planstelleninhabers mit dem Zeitpunkt der Invertragnahme des Kassenplanstellennachfolgers befristet.
- (3) Wird eine neue Stelle ausgeschrieben, so ist dies in der Ausschreibung anzugeben. Eine neue Stelle liegt dann vor, wenn keine Planstellennachfolge (§ 12 ff) vorliegt, bei der die Ordinationsräumlichkeiten und/oder der Patientenstock der Ordination übernommen werden kann. Die Ausschreibung hat Angaben zur Lage der Stelle innerhalb der örtlichen Zuständigkeit der Kasse (insbesondere den Bezirk bzw. die Versorgungsregion), die vom Bewerber zu erfüllenden fachlichen Qualifikationen sowie allfällige sonstige spezifische Erfordernisse bzw. Schwerpunkte (z.B. Additivfächer oder Spezialisierungen der ÖÄK) zu enthalten. Die Bewerbungsfrist ist in der Ausschreibung anzuführen, muss jedoch mindestens 14 Tage betragen.
- (4) Liegen berücksichtigungswürdige Gründe vor, kann die Ausschreibung im Einvernehmen zwischen der Kasse und der Kammer widerrufen werden.

§ 8

Bewerbungen

- (1) Bewerbungen haben stets von einzelnen Ärzten zu erfolgen.
- (2) Bewerbungen sind an die Kammer zu richten. Der Bewerbung sind sämtliche für die Bewerbung notwendigen Unterlagen beizulegen.
- (3) Bewerber, die noch nicht in der Interessentenliste eingetragen sind, haben außerdem die Erfüllung der in Abschnitt II. § 3 Abs. 1 genannten Voraussetzungen nachzuweisen. Sofern diese vor-

liegen, erfolgt die Eintragung in die Interessentenliste automatisch mit dem Zeitpunkt des Einlangens der Bewerbung. Abschnitt II. § 3 Abs. 3 gilt sinngemäß.

(4) Bewirbt sich ein Bewerber um mehrere ausgeschriebene Stellen für Gruppen- und/oder Einzelpraxen, unabhängig vom Zeitpunkt der Ausschreibung, so hat er bei den Bewerbungen anzugeben, für welche Stelle ein bevorzugtes Interesse gegeben ist (Priorität). Ein Bewerber kann nur für jene Stelle erstgereiht werden, die von ihm als Priorität angegeben wurde. Für alle anderen ausgeschriebenen Stellen, um die er sich beworben hat, kann er bestenfalls zweitgereiht werden.

(5) Ergibt es sich durch den Verzicht eines bei einer anderen Stelle erstgereihten Bewerbers, dass er auch für diese von ihm nicht als Priorität angegebene Stelle zum Erstgereihten aufrückt, ist er von der Kammer darüber unverzüglich in Kenntnis zu setzen und aufzufordern, binnen einer Woche schriftlich bekannt zu geben, für welches der Vergabeverfahren die Bewerbung aufrecht bleibt. In diesem Fall bedeutet die Abgabe einer Priorität die Beendigung der Bewerbung für das jeweils andere Vergabeverfahren. Gibt der Bewerber innerhalb dieser Frist keine neue Priorität ab, so wird er nur in jenem Vergabeverfahren, in welchem er selbst eine Priorität angegeben hat, weiter als Bewerber geführt.

(6) Ergibt es sich, dass ein Bewerber bereits bei einer Planstelle erstgereiht ist, so ist eine weitere Erstreichung solange unmöglich, bis er von dieser Planstelle schriftlich zurückgetreten ist.

(7) Hat der Bewerber keine Priorität bekannt gegeben, können Kammer und Kasse ersatzweise eine Priorität festlegen. Der Bewerber ist darüber in Kenntnis zu setzen. Abs. 4 und 5 gelten sinngemäß.

(8) Eine abgegebene oder ersatzweise festgelegte Priorität kann während des laufenden Vergabeverfahrens nur im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse abgeändert werden. Eine neue Priorität kann erst abgegeben werden, wenn das Verfahren nach dieser Vereinbarung hinsichtlich der Besetzung der Stelle, für die eine Priorität abgegeben oder festgelegt wurde, beendet ist.

§ 9

Reihung der Bewerber

(1) Die Kammer prüft die bis zum Ende der Bewerbungsfrist eingelangten Bewerbungsunterlagen und führt eine Reihung der Bewerber durch.

(2) Die Reihung der Bewerbungen erfolgt nach dem unter Berücksichtigung der Verordnung des Bundesministerin für Gesundheit und Frauen in der jeweils geltenden Fassung erstellten Punkteschema gemäß der Anlage zu dieser Vereinbarung.

(3) Die Kammer wird der Kasse die Reihung aller Bewerber sowie die Berechnung der Punkte pro Bewerber innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Ablauf der Bewerbungsfrist bekannt geben und alle Bewerbungsunterlagen der Bewerber mit den höchsten Punktezahlen übermitteln. Auf Verlangen werden der Kasse auch die Bewerbungsunterlagen aller anderen Bewerber übermittelt.

(4) Die Kasse überprüft die von der Kammer vorgenommene Reihung. Die definitive Festlegung der Reihung trifft der Invertragnahmeausschuss (§ 13).

(5) Bewerber haben nach der Beschlussfassung des Invertragnahmeausschusses und nach Veröffentlichung der Reihungen das Recht in ihre eigenen Bewerbungsunterlagen sowie in die Bewerbungsunterlagen der Mitbewerber um die konkrete Stelle in der Kammer Einsicht zu nehmen. Die Kasse ist vor der Einsichtnahme zu verständigen. Die Herstellung von Abschriften (Kopien, Photographien, etc.) durch die Kammer sind als solche zu kennzeichnen. Der Bewerber ist dabei von der

Kammer darauf hinzuweisen, dass diese Unterlagen ausschließlich im Zusammenhang mit diesem Bewerbungsverfahren verwendet werden dürfen. Das Mitnehmen der Originalunterlagen ist ausnahmslos nicht gestattet. Zieht ein Bewerber seine Bewerbung zurück, so ist eine Einsichtnahme in die Bewerbungsunterlagen der ehemaligen Mitbewerber um die konkrete Stelle nicht zulässig.

(6) Die Kasse und die Kammer können gemeinsam die Invertragnahme des Erstgereihten mit Begründung ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, dass der mit dem Einzelvertrag verbundene Versorgungsauftrag durch diesen Bewerber nicht erfüllt werden kann oder wenn gerichtliche Verurteilungen gegen den Erstgereihten im In- oder Ausland vorliegen.

§ 10

Bewertung/Hearing

(1) Haben zwei oder mehrere Bewerber dieselbe Punkteanzahl erreicht, so gilt jener Bewerber als erstgereiht, dessen Punkteanzahl bei der Beurteilung der fachlichen Qualifikation (Anlage I Z. 1 und 2) am höchsten ist. Ist der Punktestand der Bewerber auch unter Berücksichtigung der für die fachliche Qualifikation erreichten Punkte gleich, so ist die Entscheidung über die Vergabe der Stelle auf Grund eines Hearings gemäß den Bestimmungen der Reihungskriterienverordnung zu treffen.

(2) Die Teilnehmer des Hearings sind alle nach Abs. 1 betroffenen Bewerber sowie die gleiche Anzahl von Vertretern der Kammer und der Kasse.

(3) Sobald Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse besteht, ist der Erstgereichte zu informieren. Die von den Bewerbern jeweils erreichte Punkteanzahl wird auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) veröffentlicht.

Abschnitt IV.

§ 11

Neue Stellen

Handelt es sich bei der ausgeschriebenen Stelle um eine neu geschaffene, so wird der erstgereichte Bewerber aufgefordert, innerhalb der in der Ausschreibung bezeichneten Region Ordinationsräumlichkeiten zu suchen. Kann er innerhalb von drei Monaten keine mögliche Praxisadresse bekanntgeben, so rückt der nächstgereichte Bewerber nach. In begründeten Fällen ist eine Fristverlängerung möglich.

§ 12

Stellennachfolge

(1) Handelt es sich bei der ausgeschriebenen Stelle um eine, die zuvor von einem Vertragsarzt der Kasse besetzt war, so wird der gemäß Abschnitt III. erstgereichte Bewerber von der Kammer im eigenen Namen und im Namen der Kasse über das Ergebnis informiert und eingeladen, binnen drei Monaten einen Standort für Ordinationsräumlichkeiten innerhalb eines näheren Umkreises zur ausgeschriebenen Planstelle und unter Berücksichtigung der örtlichen Versorgungssituation vorzuschlagen. Der in Aussicht genommene Ordinationsstandort ist durch den Invertragnahmeausschuss zu genehmigen. Der nähere Umkreis ist dabei von Kammer und Kasse unter der Berück-

sichtigung der Versorgungssituation zu beurteilen, wodurch es im Einzelfall auch zu Bezirks- und Regionenüberschreitung kommen kann.

(2) Sofern nichts anderes vereinbart ist, endet der Vertrag des Planstelleninhabers mit jenem Datum, mit dem der Vertrag des Planstellennachfolgers in Kraft tritt.

(3) Nennt der erstgereichte Bewerber binnen drei Monaten vom Zeitpunkt der Information gemäß Abs. 1 keine entsprechende mögliche Ordinationsadresse im Sinne von Abs. 1, kommt der nächstgereichte Bewerber zum Zug. In begründeten wichtigen Ausnahmefällen kann die Dreimonatsfrist für den erstgereichten Bewerber auf dessen Antrag durch den Invertragnahmeausschuss verlängert werden.

(4) Der Einzelvertrag tritt erst in Kraft, wenn alle für den Betrieb der Ordination und ihrer Einrichtungen erforderlichen behördlichen Bewilligungen vorliegen.

(5) Nach erfolgter Reihung ist ein Verzicht auf die Stelle binnen drei Monaten mittels schriftlicher Erklärung möglich. Diese ist auf dem Weg über die Kammer an die Kasse zu richten. In diesem Fall wird der Bewerber nicht aus der Interessentenliste gestrichen. Erfolgt der Verzicht nach Ablauf dieser Frist oder wird der dafür vorgesehene Weg nicht eingehalten, wird der Bewerber aus der Interessentenliste gelöscht. Im Falle eines Verzichtes des erstgereichten Bewerbers rückt der nächstgereichte Bewerber in dessen Position nach.

(6) Ist die betreffende Planstelle nach Ablauf eines Jahres ab Ausschreibung nicht durch Abschluss eines neuen Vertrages besetzt worden, kann die Ausschreibung im Einvernehmen zwischen der Kasse und der Kammer widerrufen werden.

(7) Der Fristenlauf für die in diesen Paragraphen bezeichneten Fristen beginnt jeweils mit der bezughabenden schriftlichen Mitteilung durch die Kammer. Maßgeblich ist jeweils das Datum des Einlangens des Schreibens beim Adressaten.

(8) Lehnt ein erstgereichter Bewerber die Übernahme von Planstellen dreimal ab wird er für die Dauer von 18 Monaten ab dem Zeitpunkt der schriftlichen Information über die dritte Erstreichung für alle Ausschreibungen, für die er sich in diesem Zeitraum bewirbt, automatisch und unabhängig von der Punktzahl als Letzter gereiht. Keine Ablehnung liegt vor, wenn ein Bewerber im Fall einer mehrfachen Erstreichung seine Priorität gemäß § 8 Abs. 5, Abs. 6, Abs. 7 oder Abs. 8 festlegt bzw. abändert.

Abschnitt V.

§ 13

Invertragnahmeausschuss

(1) Der Invertragnahmeausschuss setzt sich aus je zwei stimmberechtigten Vertretern der Kammer und der Kasse zusammen und trifft seine Entscheidungen einstimmig.

(2) Der Invertragnahmeausschuss tritt jedenfalls einmal pro Quartal zusammen; sofern dies erforderlich erscheint, kann sowohl die Kammer als auch die Kasse seine Einberufung auch zwischenzeitlich verlangen.

(3) Die Beschlussfassung erfolgt grundsätzlich im Rahmen einer Sitzung; im Anlass kann auch ein Umlaufbeschluss gefasst werden.

ANLAGE

zur Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten (ausgenommen Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Zahnärzte) gemäß § 6 Abs. 1 Gesamtvertrag

I.

Reihungskriterien

Die Reihung der Bewerber erfolgt nach folgenden Kriterien:

1. Berufserfahrung ab Erlangung des ius practicandi als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt.
 - 1.1 Berufserfahrung als angestellter und/oder freiberuflicher Arzt. Eine Tätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin bei gleichzeitiger Meldung auf eine Ausbildungsstelle im Hauptfach eines Sonderfaches wird für die Berufserfahrung als angestellter Arzt nicht angerechnet.
Bewertung nach Punkten:
0,25 Punkte pro Monat, max. 9 Punkte
 - 1.2 Berufserfahrung niedergelassener Arzt
Insbesondere fallen unter diesen Punkt die Berufserfahrung als Teilhaber eines geteilten Vertrages (Jobsharing) gemäß § 8 Gesamtvertrag, die Tätigkeit als Wahlarzt und die Tätigkeit als Vertragsarzt oder Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis einer Gebietskrankenkasse.
Bewertung nach Punkten:
0,5 Punkte pro Monat, max. 5 Punkte
 - 1.3 Berufserfahrung als Praxisvertreter in Ordinationen mit Verträgen mit Gebietskrankenkassen
Bewertung nach Punkten:
1 Punkt pro 15 Vertretungstage, max. 16 Punkte. Vertretungstage in der ausgeschriebenen Planstelle werden mit 1 Punkt pro 10 Vertretungstage berechnet.
Insgesamt können maximal 16 Punkte erworben werden. Die geeigneten Nachweise sind gemäß den Bestimmungen aus Abschnitt II zu erbringen.
 - 1.4 Berufserfahrung im Ärztefunkdienst bzw. in analogen Notarztsystemen.
Die Anrechnung erfolgt nur bei Bewerbungen um eine Vertragsarztstelle für Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendheilkunde.
Bewertung nach Punkten:
0,125 Punkte pro Dienst im Ärztefunkdienst oder einem analogen Notarztsystem, max. 5 Punkte

Nach den unter Abschnitt I. Punkt 1 Ziff. 1.1. bis 1.4. genannten Kriterien können insgesamt maximal 35 Punkte erworben werden

2. Fachliche Qualifikation

2.1 Allgemeine fachliche Qualifikation

2.1.1 Auf Grund folgender gelisteter Diplome/Ausbildungen bzw. von der ÖÄK verliehener Diplome:

Bewertung nach Punkten:

Fortbildungsdiplom – 4 Punkte (nur ein Diplom anrechenbar)

Diplom Substitutionsbehandlung – 3 Punkte

Lehrgang „Die Arztpraxis – ein erfolgreiches Unternehmen“ – 2 Punkte

Notarzdiplom – 2 Punkte

PSY I Diplom – 1 Punkt

PSY II Diplom – 2 Punkte

PSY III Diplom – 3 Punkte

Diplom für manuelle Medizin – 1 Punkt

Diplom für Neuraltherapie – 1 Punkt

Diplom für Arbeitsmedizin – 1 Punkt

Diplom für Ernährungsmedizin – 1 Punkt

Diplom für Kurortemedizin – 1 Punkt

Diplom für Geriatrie – 1 Punkt

Diplom für Sportmedizin – 1 Punkt

Diplom Umweltmedizin – 1 Punkt

Diplom Palliativmedizin – 1 Punkt

Schularztdiplom – 1 Punkt

Diplom für Genetik – 1 Punkt

Diplom für Sexualmedizin – 1 Punkt

Diplom für spezielle Schmerztherapie – 1 Punkt

Diplom für Akupunktur – 1 Punkt

Physikatskurs – 1 Punkt

EEG-Zertifikat – 1 Punkt

ÖÄK Zertifikat ärztliche Wundbehandlung – 1 Punkt

Verrechnungsberechtigung Sonographie – 1 Punkt

Ius Practicandi bei Bewerbungen um eine Facharztstelle – 2 Punkte

Facharztdiplom bei Bewerbungen um eine Stelle für Allgemeinmedizin – 2 Punkte

Alle übrigen Diplome der ÖÄK – 0,5 Punkte pro Diplom

2.1.2 Auf Grund von Additivfächern und/oder Spezialisierungen der ÖÄK:

Bewertung nach Punkten:

8 Punkte pro Additivfach oder Spezialisierung

2.1.3 Habilitation an einer medizinischen Universität im jeweils ausgeschriebenen Fachbereich

Bewertung nach Punkten:

2 Punkte

2.1.4 Auf Grund neuer Sonderfächer:

Ab dem Zeitpunkt der rechtsverbindlichen Anerkennung eines bestehenden Additivfaches als Sonderfach

Bewertung nach Punkten:

0,5 Punkte je Sonderfach

2.2 Der Nachweis eines in der Ausschreibung angegebenen fachlich medizinischen Schwerpunktes durch entsprechende Diplome, Zusatzfächer etc.

Bewertung nach Punkten:

7 Punkte

Insgesamt können durch die Punkte 2.1.1 bis 2.1.4 und 2.2 maximal 15 Punkte erworben werden.

3. „Wartezeit“ auf der Interessentenliste

Die „Wartezeit“ beginnt mit dem Datum der Eintragung in die fachspezifische Interessentenliste der Kammer oder mit der ersten ordnungsgemäßen Bewerbung für ausgeschriebene

Vertragsarztstellen nach Erlangung der Berufsberechtigung als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt.

Während eines aufrechten Einzelvertragsverhältnisses zu einer Gebietskrankenkasse, auch als Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis einer Gebietskrankenkasse, sowie bei einem vergleichbaren Vertragsverhältnis im Ausland, können aus dem Titel Wartezeit keine Punkte erworben werden. Ausgenommen sind Fälle gemäß § 5 Abs 2.

Bewertung nach Punkten:

0,25 Punkte pro Monat, max. 10 Punkte in den Fachgebieten Radiologie, Medizinische und Chemische Labordiagnostik und Pathologie. In allen anderen max. 16 Punkte.

4. Anrechnungszeiten für Mutterschutz, Elternkarenz, Präsenz- und Zivildienst
Zurückgelegte Mutterschutzzeiten nach dem Mutterschutzgesetz, zurückgelegte Elternkarenzzeiten nach dem Karenzgeldgesetz und Zeiten, für die Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld oder gleichartige Leistungen für Bewerber aus anderen EU-Mitgliedsstaaten bzw. EWR-Staaten bestand sowie Präsenz-, oder Zivildienstzeiten nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen werden angerechnet, sofern aus dem Titel Berufserfahrung Punkt 1 das Punktemaximum von 30 Punkten, bzw. bei Vertragsarztstellen für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde 35 Punkten nicht erreicht ist. Das Punktemaximum von 30 Punkten sowie 35 Punkten bei Vertragsarztstellen für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde kann auch mit Anrechnungszeiten für Mutterschutz, Elternkarenz, Präsenz- und Zivildienst insgesamt nicht überschritten werden.

Dies gilt für jene Zeiträume, die nach dem Zeitpunkt der Promotion liegen, sofern während dieser Zeit keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Nachweise, die gemäß II. Abs. 5 die Zeiten des Mutterschutzes, der Elternkarenz sowie den Bezug von Kinderbetreuungsgeld oder einer gleichartigen Leistung belegen, sind der Bewerbung beizulegen.

Bewertung nach Punkten:

0,2 Punkte pro Monat; maximal 3,6 Punkte pro Kind; insgesamt max. 5 Punkte

5. Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe – durch das weibliche Geschlecht zusätzlich vermittelbare besondere Vertrauenswürdigkeit. Dies findet keine Anwendung, wenn zum Zeitpunkt der Ausschreibung des Einzelvertrages der Anteil der Vertragsärztinnen inkl. Gesellschafterinnen von Vertragsgruppenpraxen im Sonderfach „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ im regionalen Versorgungsgebiet 50 % oder mehr beträgt.

Bewertung nach Punkten:

10 % der in dieser Richtlinie festgelegten maximal erreichbaren Punkte

II. Nachweise

(1) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.1 und 1.2 werden ausschließlich die Ärzteliste bzw. schriftliche Bestätigungen aus dem Ausland herangezogen. Als Nachweis der Tätigkeit in einer ausländischen Einrichtung bzw. für eine im Ausland tätige Organisation (z.B. Ärzte ohne Grenzen) gilt ein von dieser Einrichtung (Organisation) ausgestelltes Bestätigungsschreiben; dieses muss genaue Angaben über Dauer und Art der Tätigkeit enthalten. Als Nachweis für die Berufserfahrung als Vertretungsarzt oder hauptberuflich tätiger Wahlarzt im Ausland ist eine Bestätigung (allenfalls in einer beglaubigten Übersetzung) der zuständigen offiziellen Berufsvertretung des jeweiligen Landes vorzulegen, die genaue Angaben über Dauer und Art der Tätigkeit enthalten muss.

(2) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.3 wird eine vom vertretenen Arzt bestätigte Vertretung auf dem von der Kammer aufgelegten Formular sowie gemeldete Vertretungen bei Witwenquartalen herangezogen. Die Nachweise sind unmittelbar nach erbrachter Vertretung bzw. bis längstens 15. März des folgenden Kalenderjahres in der Kammer vorzulegen und werden abgestempelt bzw. abgezeichnet. Die Nachweise sind entweder per eingeschriebenen Brief, per Te-

lefax, per E-Mail oder persönlich bei der Kammer fristgerecht einzubringen. Nachträglich einlangende Nachweise werden bei Bewerbungen nicht berücksichtigt. Die Bestätigungen werden in der Kammer nicht archiviert und sind gemäß IV. Absatz 3 im Zuge einer Bewerbung immer dem Bewerbungsformular beizulegen.

(2a) Absatz 2 gilt für sämtliche Vertretungen, die ab dem 1. Jänner 2018 erbracht werden. Vertretungen, die zwischen dem 1. Jänner 2017 und dem 31. Dezember 2017 erbracht wurden, mussten entsprechend der bisher gültigen Regelung bis 15. Jänner 2018 vorgelegt werden.

(3) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.4 werden ausschließlich schriftliche Bestätigungen des Ärzte-Funkdienstes bzw. Honorarlisten des Ärzte-Funkdienstes bzw. des analogen Notarztsystems bzw. sonstige Dienstbestätigungen herangezogen.

(4) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 2 werden ausschließlich die von der Österreichischen Ärztekammer ausgestellten Diplome oder sonst angeführten Nachweise herangezogen.

(5) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 4 werden Bestätigungen der Sozialversicherung (bzw. entsprechender Institutionen der EU-Mitgliedsstaaten bzw. EWR-Staaten) über Karenz- oder Kindergeldbezug sowie Bestätigungen über Präsenz-, Ausbildungs- und Zivildienst herangezogen.

III. Stichtage

(1) Stichtag für die Berechnung der Punkte ist der letzte Tag der Bewerbungsfrist.

(2) Berufserfahrungen nach I. werden nur angerechnet, sofern die Erfahrungen vor dem letzten Tag der Bewerbungsfrist liegen. Erfolgt die Berechnung nach Monaten, so sind bei I. Ziff. 1.2 sowie Ziff. 4 nur volle Kalendermonate zur Berechnung heranzuziehen.

(3) Bei der Berechnung der Punkte nach I. Ziff. 3 werden grundsätzlich volle Kalendermonate herangezogen. Verbleibende Tage werden als Resttage aliquotiert, indem sie durch 30 dividiert werden.

IV. Sonstiges

(1) Bewirbt sich ein Arzt mehrmals, sind reihungsrelevante Unterlagen, die weiterhin Gültigkeit haben, nicht nochmals einzureichen, sondern werden automatisch zur Bewertung herangezogen.

(2) Alle für die Bewerbung relevanten Unterlagen müssen bis zum Ende der Bewerbungsfrist in der Kammer eingelangt sein. Später einlangende Unterlagen werden bei der Errechnung der Punkte nicht berücksichtigt.

(3) Bewerbungsrelevante Unterlagen können ausschließlich anlässlich einer Ausschreibung und nur während der Bewerbungsfrist eingereicht werden. Das Risiko, dass seine Unterlagen vollständig und rechtzeitig in der Kammer eintreffen, trägt der Bewerber.

Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen Frau/Herrn

Dr. med.

(im Folgenden Vertragsarzt genannt) und der Wiener Gebietskrankenkasse auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1.1.2011 abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird vom Vertragsarzt zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als Arzt für _____ ausgeübt.

Berufssitz W I E N

Ordinationsstätte

Ordinationszeit

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der vertragsärztlichen Tätigkeit wird im Einvernehmen mit der Kammer besonders vereinbart:

§ 4

Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem Gesamtvertrag, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Einzelvertrag.

§ 5

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Kammer beschlossenen und dem Versicherungsträger bekanntgegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses § 50 des Gesamtvertrages als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem _____.

Wien,

Für die

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:

Die Obfrau:

Unterschrift des Vertragsarztes:

REGELUNG EINES BEHINDERTENGERECHTEN UND BARRIEREFREIER ZUGANGES ZUR ORDINATION

Gliederung (gemäß ÖNORM B 1600)

| Text | Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar | Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar im Einzelfall | Einhaltung ÖNORM B 1600 nicht relevant |
|--|---------------------------------------|--|---|
| 2 Außenanlagen <u>Anmerkung:</u> Notwendigkeit ist ein stufenloser Zugang zum Ambulatorium vom Parkplatz (Behinderten-, „Rettungsparkplatz“) bzw. vom Gehsteig. | | | |
| 2.1 Gehsteige, Gehwege und Radwege | | Bestimmungen für Gehsteige und Gehwege sind relevant, sofern von dort Zugang zum Objekt, in dem das Ambulatorium untergebracht ist, erfolgt. | Radwege |
| 2.2 Fußgängerübergänge | | | X |
| 2.3 Rampen | X | | |
| 2.4 Stellplätze für PKW von behinderten Personen <u>Anmerkung:</u> Anzahl je nach Bedarf in unmittelbarer Nähe zum behindertengerechten Zugang – möglichst dem Haupteingang | X | | |
| 2.5 Fernsprechstellen, Notrufeinrichtungen | | | X wenn notwendige Telefonate durch das Sekretariat des Ambulatoriums erledigt werden |
| 3 Gebäude | | | |
| 3.1 Eingänge, Türen | X | | |
| 3.2 Horizontale Verbindungswege | X | | |
| 3.3 Vertikale Verbindungswege | X | | |
| 3.4 Sanitärräume <u>Anmerkung:</u> gemeint sind WC-Räume | X gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4 | | |
| 3.5 Spezielle bauliche Ausführungen | | | |

| | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| 3.5.1 Anordnung von Rollstuhlpfätzen <u>Anmerkung:</u> Rollstuhlpfätze im Warteraum | Mindestens zwei Plätze | | |
| 3.5.2 Anordnung von behindertengerechten Unterkunftseinheiten in Beherbergungsbetrieben und Heimen | | | X |
| 3.5.3 Schalter, Durchgänge <u>Anmerkung:</u> Rezeption | X Induktionsschleife zusätzlich | | |
| 3.5.4 Anordnung von behindertengerechten Umkleidekabinen | | X wenn das Ambulatorium über Umkleidekabinen verfügt mindestens eine behindertengerecht | |
| -, von Duschen und Bädern | | nach Bedarf gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4 | |
| 3.5.5 Allgemein zugängliche Nutzräume | | nach Bedarf | |
| 3.5.6 Freibereich | | | X |
| 3.5.7 Technische Ausstattung, Materialien <u>Anmerkung:</u> z. B. Gegensprechanlage, Bodenbelag, Lichtschalter | X | | |
| 3.5.8 Orientierung | X | | |
| 4 Kennzeichnung | X | | |

Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse (Kasse) und der Ärztekammer für Wien (Kammer) zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 betreffend die Behandlung von nicht in Österreich sozialversicherten Personen, die ärztliche Leistungen mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) in Anspruch nehmen

Präambel

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, dass für die Behandlungsfälle der in einem EU-Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Patienten, deren Anspruch mit gültiger Europäischer Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung nachgewiesen wird, die folgenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen.

(2) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

I.

Die Behandlung der in einem EU-Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Patienten, die ihren Anspruch mit gültiger Europäischer Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung nachweisen, erfolgt entsprechend der europarechtlichen Bestimmungen durch Vertragsärzte der Kasse im Ausmaß des Notwendigen als Sachleistung.

II.

Patienten, die mittels EKVK Sachleistungen in Anspruch nehmen wollen, haben bei der Inanspruchnahme eine gültige EKVK und einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. In der Ordination wird geprüft, ob die Karte formal gültig ist (Gültigkeitsdauer auf der Karte) und mit der Identität des Patienten auf dem amtlichen Lichtbildausweis (zB Reisepass, Personalausweis etc.) übereinstimmt und soweit dies dem Vertragsarzt möglich und zumutbar ist, ob die Einreise des Patienten nach Österreich nicht ausschließlich zur Krankenbehandlung erfolgte und die Behandlung in Relation zur Dauer des Aufenthaltes in Österreich notwendig ist. Kann die Identität nicht mittels Lichtbildausweis nachgewiesen werden, gelten die Patienten als Privatpatienten.

III.

Um die Abrechnung der Leistungen zu gewährleisten ist eine Kopie der EKVK anzufertigen, so dass alle Daten der EKVK leserlich sind. Auf der Kopie werden der Ordinationsstempel und das Datum des Behandlungsbeginnes angebracht. Sollte die vom Patienten vorgelegte EKVK auf Grund des Zustandes der Karte nicht leserlich sein, kann sie auch nicht als Anspruchsnachweis akzeptiert werden. In diesem Fall kann der Behandlungsfall privat verrechnet werden, bzw. obliegt es dem Patienten vom zuständigen Krankenversicherungsträger eine Ersatzbescheinigung ausstellen zu lassen.

Wenn vom Vertragsarzt gewünscht wird, das Patientenerklärungsformular weiterzuverwenden, wird dieses wie bisher von der Kasse zur Verfügung gestellt.

IV.

Die Kopie der EKVK oder das vollständig ausgefüllte Patientenerklärungsformular ist an die Kasse, nach Möglichkeit innerhalb von drei Tagen, per Post an die Leistungsabteilung/Gruppe EVS, oder per Fax (Fax-Nr. 60 122/2449 oder 3529) oder zusammen mit den Krankmeldungen an die Bezirksstelle zu übermitteln.

V.

Wenn für weiterführende Behandlungen Folgebelege notwendig sind, so sind die üblichen Formulare zu verwenden, wobei der Patient darauf hinzuweisen ist, dass bei allen anderen Leistungserbringern für die Abrechnung deren Leistung ebenfalls eine Kopie der EKVK notwendig ist. Natürlich ist es auch möglich, dass dem Folgebeleg eine Kopie der EKVK beigelegt wird. Der Leistungserbringer hat diese Daten dann bei der Abrechnung der Folgebehandlung der Kasse zu übermitteln.

VI.

Bei der Ausstellung von Folgebelegen sind der Name des Patienten, Geburtsdatum und die persönliche Kennnummer sowie das Kürzel EKVK, bei der Ausstellung von Rezepten anstatt des Kürzels EKVK der zweistellige Staatencode anzuführen. Zudem sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass bei allen Leistungserbringern die EKVK und ein amtlicher Lichtbildausweis vorzulegen sind.

VII.

Die Abrechnung der Leistungen für die EKVK-Patienten hat gemäß dem Datensatzaufbau des Hauptverbandes zu erfolgen, wobei folgende Daten zwingend in den Abrechnungsdatensatz aufzunehmen sind:

- Vor- und Zuname und Geburtsdatum des Patienten (Satzart 01)
- ISO-Staatencode (Versichertenkategorie)
- Ausländische persönliche Kennnummer des Patienten (Satzart 06)
- Kennnummer der EKVK (Satzart 06)
- Institutioncode und Akronym des ausländischen Versicherungsträgers (Satzart 06)

VIII.

Erfolgt eine Zuweisung zu einer Folgebehandlung ohne Arztkontakt (Pathologie, eventuell medizinisch-chemische Labordiagnostik) so ist der Zuweisung vom zuweisenden Arzt bzw. von der zuweisenden Vertragsgruppenpraxis eine Kopie der EKVK beizulegen.

IX.

EKVK-Patienten sind gemeinsam mit der Abrechnung der Versicherten der §2-Kassen zur Abrechnung einzureichen. Bei der Honorarabrechnung sind Papierbelege (Überweisungen) beizulegen. Die Kasse wird bei den EKVK-Fällen, die mit allen erforderlichen Daten elektronisch abgerechnet werden, eine technische Lösung anstreben, die es ermöglicht, auf die Übermittlung von Papierbelegen zu verzichten.

X.

Wenn die in dieser Vereinbarung festgelegte Vorgangsweise vom Vertragsarzt eingehalten wird, verpflichtet sich die Kasse die Leistungen des Vertragsarztes zu den jeweiligen Tarifen der Honorarordnung der Kasse als Sachleistung zu vergüten. Diese Abrechnungsgarantie gilt auch dann, wenn sich nachträglich herausstellen sollte, dass doch kein Anspruch gegenüber dem ausländischen Krankenversicherungsträger bestanden hat, vom Vertragsarzt aber alle oben beschriebenen Obliegenheiten eingehalten wurden.

XI.

Sollte im Einzelfall nachträglich vom ausländischen Krankenversicherungsträger eine Prüfung gefordert werden, wird die Wiener Gebietskrankenkasse durch die Dokumentation des Vertragsarztes unterstützt.

Ärzte-Funkdienst

§ 1 Allgemeines

Der Ärzte-Funkdienst hat die dringende ärztliche Hilfeleistung an Wochenenden und an Feiertagen sowie während der Wochentagsnächte sicherzustellen.

§ 2 Teilnahme am Ärztefunkdienst

(1) Vertragsärzte sind zur Teilnahme am Ärzte-Funkdienst verpflichtet.

(2) Die Kammer kann zur Tätigkeit im Ärztefunkdienst auch andere zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechnigte Ärzte heranziehen. In diesem Falle hat sie vorzusorgen, dass diese alle sich aus den gesamtvertraglichen Regelungen für Vertragsärzte gegenüber den Versicherungsträgern und deren Anspruchsberechnigten ergebenden Verpflichtungen einhalten.

(3) Soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist, gelten hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeiten für alle am Ärzte-Funkdienst teilnehmenden Ärzte die Bestimmungen dieses Gesamtvertrages.

§ 3 Einsatzzeiten und Dienste

(1) Der Dienst am Wochenende beginnt am Freitag um 19 Uhr und endet am Montag um 7 Uhr. Der Dienst am Feiertag läuft von 19 Uhr des dem Feiertag vorangehenden Tages bis 7 Uhr des dem Feiertag folgenden Tages. Der Dienst zu Weihnachten beginnt am 24. Dezember um 7 Uhr und endet am 27. Dezember um 7 Uhr. Zum Jahreswechsel ist vom 31. Dezember 7 Uhr bis 2. Jänner 7 Uhr Bereitschaftsdienst. In den Werktagsnächten von Montag bis Donnerstag beginnt der Dienst jeweils um 19 Uhr und endet um 7 Uhr.

(2) Die zum Ärzte-Funkdienst eingeteilten Ärzte versehen den Dienst als

1. Ordinationsdienst-Ärzte (d.s. Ärzte, die den Dienst in ihren Ordinationen oder an einem fixen Ordinationsstützpunkt durchführen),
2. Funkdienst-Ärzte (d.s. Ärzte, die mit Funkwagen Hausbesuche durchführen),
3. selbstfahrende Ärzte (d.s. Ärzte, die mit ihrem eigenen Fahrzeug Hausbesuche durchführen),
4. Funkselffahrer (d. s. selbstfahrende Ärzte, deren Fahrzeug mit einem eigenen Funkgerät ausgerüstet ist),
5. Telefondienst-Ärzte (d.s. Ärzte, die von einer Telefon- und Funkzentrale aus den Einsatz der übrigen zum Ärzte-Funkdienst eingeteilten Ärzte lenken).

§ 4 Organisation

(1) Die Errichtung und die Durchführung des Ärzte-Funkdienstes erfolgt durch die Kammer. Die Kammer ist berechtigt, mit der Organisation und administrativen Durchführung des Ärzte-Funkdienstes auch Dritte zu betrauen.

(2) Zur Sicherstellung des ordnungsgemäßen Ablaufes obliegt der Kammer insbesondere

1. die Auswahl und die Einteilung der Ärzte;
2. die Beistellung von Funkwagen einschließlich der notwendigen Ausrüstung für die Funkdienst-Ärzte;
3. die Durchführung aller administrativen Arbeiten im Zusammenhang mit dem Ärzte-Funkdienst (zB Erstellung der Dienstlisten, Zusammenstellung der Berufungs- und Einsatzaufzeichnungen, Anforderung des pro-ordinatione-Bedarfes, Bestellung der notwendigen Drucksorten);
4. die Rechnungslegung und die Berichterstattung an den Ständigen Ausschuss.

§ 5 Pflichten der Funkdienst-Ärzte

(1) Die am Ärzte-Funkdienst teilnehmenden Ärzte sind dazu verpflichtet, die von der Kammer im Zusammenhang mit dem Ärzte-Funkdienst erlassenen Anordnungen genauestens einzuhalten.

(2) Funkdienst-Ärzte, selbstfahrende Ärzte und Funkselffahrer sind dazu verpflichtet, die Einsatzaufträge der Telefondienst-Ärzte ohne Aufschub auszuführen.

(3) Notwendige ärztliche Hilfeleistungen dürfen im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes nicht abgelehnt werden.

(4) Alle zum Ärzte-Funkdienst als Funkdienst-Ärzte, selbstfahrende Ärzte oder Funkselffahrer eingeteilten Ärzte sind - ungeachtet ihrer Zugehörigkeit zu einer Fachrichtung - gleichermaßen dazu verpflichtet, Krankenbesuche im Sinne der Bestimmungen dieses Gesamtvertrages durchzuführen und bei festgestellter Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen auszustellen.

(5) Die Dienst habenden Ärzte haben Aufzeichnungen über ihre Tätigkeit während des Dienstes zu führen.

(6) Die Dienst habenden Ärzte sind im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes zur ärztlichen Hilfeleistung auch für Anspruchsberechtigte anderer als der in § 2 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 aufgelisteten Versicherungsträger verpflichtet, sofern diese sich am von Kammer und Kasse eingerichteten Ärzte-Funkdienst beteiligen. Anspruchsberechtigte der betreffenden Versicherungsträger sind hinsichtlich der ärztlichen Hilfe im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes den Anspruchsberechtigten der § 2-Versicherungsträger gleichgestellt

§ 6 Pro Ordinatione

Die Beistellung des pro-ordinatione-Bedarfes für den Ärzte-Funkdienst erfolgt durch die Kasse in entsprechender Anwendung der Bestimmungen von § 35 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.

§ 7 Privatpatienten

(1) Die dringende ärztliche Hilfeleistung für Anspruchsberechtigte durch Dienst habende Ärzte während des Ärzte-Funkdienstes erfolgt auf Rechnung des leistungszuständigen Versicherungsträgers.

(2) Die Dienst habenden Ärzte sind – ausgenommen Abs. 3, 4 und 5 - nicht berechtigt, für ihre Tätigkeit während des Dienstes von den Anspruchsberechtigten die e-card entgegenzunehmen bzw. die Ausstellung eines e-card-Ersatzbeleges oder Zahlungen zu verlangen.

(3) Für die Behandlung von Privatpatienten (gemäß § 25 Gesamtvertrag) durch die Dienst habenden Ärzte sind Privathonorare einzuheben; von diesen sind Unkostenbeiträge, deren Höhe vom ständigen Ausschuss festzusetzen ist, an die Kammer abzuführen. Diese Beiträge sind für Zwecke des Ärzte-Funkdienstes zu verwenden.

(4) Ist die Einhebung von Privathonorar anlässlich der Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes nicht möglich, haben die Ärzte jedenfalls die Einhebung des Unkostenbeitrages der Kammer zu übertragen.

(5) Als Privatpatienten gelten auch

1. Anspruchsberechtigte, denen die ärztliche Hilfe nicht als Sachleistung gewährt wird;
2. Anspruchsberechtigte eines beigetretenen Versicherungsträgers, wenn und solange zwischen diesem und der Kammer ein vertragsloser Zustand besteht;
3. Anspruchsberechtigte, die den Ärzte-Funkdienst nach Feststellung des Ständigen Ausschusses ungerechtfertigt in Anspruch genommen haben.

§ 8 Schadenersatz

(1) Der Dienst habende Arzt haftet für den aus einer schuldhaften Verletzung seiner Pflichten entstandenen Schaden (§§ 1293 ff ABGB).

(2) Unbeschadet der Bestimmung von Abs. 1 können bei groben Verstößen der dem Dienst habenden Arzt obliegenden Pflichten Abzüge vom gebührenden Pauschalhonorar (§ 10) vorgenommen werden.

(3) Die Entscheidung über Ersatzansprüche nach Abs. 1 und Abzüge nach Abs. 2 obliegt dem Ständigen Ausschuss. Ein Beschluss des Ständigen Ausschusses hierüber ist ein bindender Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff der Zivilprozessordnung.

(4) Abzüge nach Abs. 2 sind für Zwecke des Ärzte-Funkdienstes zu verwenden.

§ 9 Rechnungslegung

(1) Die Kammer wird der Kasse die monatlichen Nachweisungen über die Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes bis spätestens 15. des nachfolgenden Monats übermitteln.

(2) Nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres wird die Kammer der Kasse eine Aufstellung über die Einnahmen und die Ausgaben für den Ärzte-Funkdienst übergeben.

§ 10 Honorierung

- (1) Der Dienst habende Arzt erhält für seine Tätigkeit ein Pauschalhonorar oder ein Grundhonorar zuzüglich eines Visitenhonorars, dessen Höhe vom Ständigen Ausschuss festgesetzt wird. Damit sind alle vom Dienst habenden Arzt während des Ärzte-Funkdienstes an Anspruchsberechtigten erbrachte Leistungen abgegolten.
- (2) Die Kosten des Ärzte-Funkdienstes werden mit einem auf Basis des von Kammer und Kasse erstellten Jahresvoranschlags mit Beschluss des Ständigen Ausschusses festzusetzenden Jahrespauschalbetrag abgegolten.
- (3) Mit diesem Betrag sind sämtliche sich aus dem Ärzte-Funkdienst ergebenden Verpflichtungen aller am Ärzte-Funkdienst beteiligten Versicherungsträger einschließlich der beigetretenen Kassen gegenüber der Kammer und den Dienst habenden Ärzten erfüllt.
- (4) Die Überweisung des nach Abs. 2 festgesetzten Betrages an die Kammer erfolgt durch die Kasse. Die näheren Zahlungsmodalitäten werden gesondert zwischen der Kasse und der Kammer vereinbart.

§ 11 Ständiger Ausschuss

- (1) Die Behandlung aller den Ärzte-Funkdienst betreffenden Angelegenheiten obliegt dem Ständigen Ausschuss.
- (2) Der Ständige Ausschuss besteht aus je fünf Vertretern der Kammer und der Versicherungsträger sowie einem Vertreter der Gemeinde Wien; für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen.
- (3) Der Ständige Ausschuss fasst seine Beschlüsse einstimmig. Kommt ein Beschluss des Ständigen Ausschusses nicht zu Stande, sind über Verlangen der Kammer oder der Versicherungsträger unverzüglich Verhandlungen zwischen diesen aufzunehmen.
- (4) Der Ständige Ausschusses hat jedenfalls folgende Aufgaben wahrzunehmen:
1. Die Beschlussfassung über einen auf Basis der von Kammer und Kasse vorgelegten Jahresvoranschläge ermittelten vorläufigen Jahrespauschalbetrag zur Abdeckung der Kosten des Ärztefunkdienstes.
 2. Die Beschlussfassung über den auf Basis der von Kammer und Kasse vorgelegten Jahresabrechnungen (Bilanzen) ermittelten endgültigen Jahrespauschalbetrag.
 3. Die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Ärzte-Funkdienstes.
 4. Die Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der für den Ärzte-Funkdienst zur Verfügung stehenden Mittel.
 5. Die Festsetzung der Honorare für die Dienst habenden Ärzte.
 6. Die Festsetzung des Unkostenbeitrages, der für die Behandlung von Privatpatienten im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes vom Privathonorar an die Kammer abzuführen ist.
 7. Die Entscheidung über Maßnahmen bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes.
 8. Die Festsetzung von Form und Inhalt der verwendeten Formulare.
- (5) Zur genauen Regelung der Durchführung der ihm obliegenden Agenden (Procedere für Ladung zu Sitzungen, etc.) hat der Ständige Ausschuss eine Geschäftsordnung zu beschließen.

§ 12
Betritt anderer Versicherungsträger

(1) Andere als die in § 2 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 genannten Versicherungsträger können sich durch Abgabe einer entsprechenden Erklärung am Ärzte-Funkdienst beteiligen.

(2) Die auf die vom Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 erfassten Versicherungsträger und die dem gemäß Abs. 1 beigetretenen Versicherungsträger entfallenden Anteile am Jahrespauschalbetrag werden in einer gesonderten Vereinbarung festgelegt.

Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse (Kasse) und der Ärztekammer für Wien (Kammer) gemäß § 8 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.

Präambel

(1) Die Möglichkeit der Teilung von Vertragsarztstellen dient dem Ziel, die Versorgung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Wunsches der Vertragsärztinnen/-ärzte nach neuen flexiblen Arbeitszeitmodellen aufrecht zu erhalten.

(2) Die Teilung einer Vertragsarztstelle bedingt keine Vermehrung der Anzahl der Planstellen; ebenso wenig soll eine Erweiterung der Versorgungskapazitäten damit bewirkt werden.

§ 1

Persönliche Voraussetzungen

(1) Die Vereinbarung gilt für alle Ärztinnen/Ärzte, die mit der Kasse einen Einzelvertrag im Sinne von § 8 Gesamtvertrag abgeschlossen haben, mit Ausnahme folgender Fachgruppen

- Vertragsfachärztinnen/-ärzte für physikalische Medizin und allg. Rehabilitation
- Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Radiologie
- Vertragsfachärztinnen/-ärzte medizinische und chemische Labordiagnostik
- Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Pathologie.

(2) Ebenfalls von der Vereinbarung ausgenommen sind alle übrigen Vertragsärztinnen/-ärzte, die nicht den unter Abs. 1 aufgelisteten Fachsparten angehören, sofern die Anzahl der von der betreffenden Vertragsärztin/vom betreffenden Vertragsarzt in dem der Antragstellung vorausgegangenen Abrechnungsjahr das 1,8-fache der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe überschritten oder das 0,5-fache derselben unterschritten hat.

(3) Die Teilung einer Vertragsarztstelle ist nur für Ärztinnen/Ärzte, die derselben Fachgruppe angehören, möglich.

§ 2

Antragstellung

(1) Der Antrag auf Teilung einer Vertragsarztstelle ist von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt schriftlich an die Ärztekammer für Wien zu richten.

(2) Der Antrag hat jedenfalls folgende Angaben zu enthalten:

- Name und Adresse der Antragstellerin/des Antragstellers
- Name der gewünschten TeilhaberIn/des gewünschten Teilhabers
- Gewünschte Dauer der Vertragsteilung

(3) Die Kammer wird den Antrag prüfen und diesen mit einer Stellungnahme so rasch wie möglich an die Kasse weiterleiten.

(4) § 5 Abs. 1 Gesamtvertrag gilt sinngemäß

§ 3

Dauer der Teilung

(1) Die Dauer der Teilung einer Vertragsarztstelle kann beim Erstantrag sieben Jahre nicht übersteigen und soll im Regelfall nicht unter einem Jahr liegen.

(2) Eine einmalige Verlängerung der Teilung für maximal weitere sieben Jahre ist möglich. Wird der geteilte Vertrag durch den Tod der TeilungspartnerIn/des Teilungspartners, das Vorliegen von Erlöschenstatbeständen gemäß § 343 Abs. 2 ASVG in Bezug auf die TeilungspartnerIn/den Teilungspartner, der gemeinsamen Erklärung der Beendigung oder sonstiger wichtiger Gründe gemäß § 7 Abs. 3 beendet und wird eine neuerliche Teilung beantragt, ist die Dauer des vorhergehenden geteilten Vertrags anzurechnen.

(3) Für den Antrag auf Verlängerung gelten die Bestimmungen von § 2 sinngemäß.

§ 4

Person der Teilhaberin/des Teilhabers

- (1) Die Auswahl der Teilungspartnerin/des Teilungspartners erfolgt durch die Inhaberin/den Inhaber des Einzelvertrages. Reihungsrichtlinien sowie sonstige Vereinbarungen zwischen der Kammer und der Kasse zur Auswahl von Vertragsärztinnen/-ärzten finden keine Anwendung.
- (2) Die Kammer und die Kasse können gemeinsam die von der Inhaberin/den vom Inhaber des Einzelvertrags gewählte Teilungspartnerin/gewählten Teilungspartner mit Begründung ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, dass der mit dem geteilten Einzelvertrag verbundene Versorgungsauftrag durch diese Partnerin/diesen Partner nicht erfüllt werden kann, wenn strafgerichtliche Verurteilungen gegen sie/ihn im In- oder Ausland oder sonstige wichtige Gründe vorliegen.
- (3) Die Teilungspartnerin/der Teilungspartner ist dazu berechtigt, neben ihrer/seiner Teilnahme an der gegenständlichen Vertragsteilung eine Wahlarztordination an einem anderen Standort zu betreiben.

§ 5

Rechtswirkungen der Teilung

- (1) Die Teilung der Vertragsarztstelle bedingt den Abschluss eines auf beide Vertragsinhaberinnen/-inhaber lautenden Einzelvertrages zwischen den betroffenen Ärztinnen/Ärzten (Vertragsinhaber/Vertragsinhaber und Teilungspartnerin/Teilungspartner) und der Kasse.
- (2) Ein gemäß dieser Vereinbarung geteilter Einzelvertrag ist, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, einem Einzelvertrag gemäß § 7 des Gesamtvertrages gleichzuhalten.
- (3) Beide Vertragsinhaberinnen/-inhaber sind gleichermaßen zur Einhaltung der Vertragsbestimmungen verpflichtet.
- (4) Im Rahmen eines geteilten Vertrags haben die Mindestöffnungszeiten gemäß § 14 Abs. 3 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 für die Dauer des geteilten Vertrags verpflichtend erfüllt zu werden.
- (5) Die gleichzeitige Tätigkeit beider Vertragsinhaberinnen/-inhaber in der Ordination ist zulässig.

(6) Beide Vertragsinhaberinnen/-inhaber sind zu einer persönlichen Vertretung gemäß den im Gesamtvertrag vereinbarten Vertretungsbestimmungen berechtigt.

(7) Die bisherige Einzelvertragsärztin/der bisherige Einzelvertragsarzt ist zu einer Arbeitsverrichtung im Ausmaß von zumindest 50 % der Ordinationsöffnungszeiten verpflichtet. Die Teilungspartnerin/der Teilungspartner kann die Vertragspartnerin/den Vertragspartner in begründeten Ausnahmefällen vertreten. Diese richten sich nach den in §§ 19 bis 22 des Gesamtvertrages geregelten Fällen.

§ 6

Ruhen des Einzelvertrages

(1) Der Einzelvertrag der Antragstellerin/des Antragstellers ruht für die Dauer der Teilung und lebt mit deren Beendigung aus Gründen von Zeitablauf, Ausscheiden der Teilungspartnerin/des Teilungspartners, bei gemeinsamer Erklärung der Beendigung sowie aus Gründen des § 7 Abs. 3 wieder auf.

(2) Bei Beendigung der Teilung entsteht kein Anspruch der Teilhaberin/des Teilhabers auf Abschluss eines eigenen Einzelvertrages.

§ 7

Beendigungsgründe

(1) Die Teilung der Vertragsarztstelle endet durch Erlöschen

- mit Zeitablauf
- mit dem Tod eines der beiden Partnerinnen/Partner
- bei Vorliegen der Erlöschenstatbestände des § 343 Abs. 2 ASVG in Bezug auf einen der beiden Partnerinnen/Partner
- bei Eintritt eines Erlöschenstatbestandes gemäß § 343 Abs. 3 ASVG in Bezug auf eine/n der beiden Partnerinnen/Partner sowie bei Kündigung des Kassenvertrages gemäß § 343 Abs. 4 ASVG

(2) Die Teilung der Vertragsarztstelle endet weiters durch eine von beiden Vertragsinhaberinnen/-inhabern unterfertigte Erklärung die Vertragsteilung beenden zu wollen, welche unter Einhaltung einer dreiwöchigen Frist zum Ende des Quartals an die Kasse zu übermitteln ist.

(3) Darüber hinaus ist eine Kündigung der Job-Sharing-Vereinbarung durch Kammer und Kasse bei Vorliegen sonstiger wichtiger Gründe gemäß § 4 Abs. 2 unter Einhaltung einer dreiwöchigen Frist zum Ende des Quartals möglich. Die Vornahme der Kündigung erfolgt durch den Invertragnahmeausschuss.

§ 8

Rechnungslegung

- (1) Die Vertragsinhaberinnen/-inhaber legen gemeinsam Rechnung.
- (2) Die Überweisung des Honorars durch die Kasse erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung auf ein bekanntzugebendes Konto.

§ 9

Honorierung

(1) Die Honorierung der von den Vertragsinhaberinnen/-inhabern im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen erfolgt, soweit im Folgenden nichts anderes festgelegt wird, gemäß den Bestimmungen der für die jeweilige Fachgruppe geltenden Honorarordnung.

(2) Auf Basis der Abrechnungen der letzten vier Quartale der bisherigen Einzelvertragsinhaberin/des bisherigen Einzelvertragsinhabers vor der Teilung des Vertrages wird für jeden geteilten Einzelvertrag ein individueller, für die Dauer des geteilten Vertrags geltender Honorarsummenmesspunkt ermittelt. Zur Berechnung des Honorarsummenmesspunkts werden ausschließlich kurative Leistungen herangezogen. Liegt der individuelle Honorarsummenmesspunkt unter dem von der Fachgruppe liegenden Durchschnitt des abgerechneten kurativen Honorars wird als individueller Honorarsummenmesspunkt der Fachgruppenschnitt des abgerechneten kurativen Honorars festgelegt. Der individuelle Honorarsummenmesspunkt wird jährlich per 1. Juli entsprechend der Entwicklung des Fachgruppenschnitts des abgerechneten kurativen Honorars des vergangenen Leistungsjahres 1. Jänner bis 31. Dezember wertgesichert, sobald mindestens vier Quartale abgerechnet wurden.

(3) Übersteigt die abgerechnete kurative Honorarsumme eines Quartals den Honorarsummenmesspunkt um 15 %, wird der Überschreibungsbetrag, der über 15 % des Honorarsummenmesspunktes liegt, um 35 % gekürzt.

(4) Übersteigt die abgerechnete kurative Honorarsumme eines Quartals den Honorarsummenmesspunkt um 25 %, wird der Überschreibungsbetrag, der über 25 % des Honorarsummenmesspunktes liegt, um 65 % gekürzt. Jener Überschreibungsbetrag, der den Honorarsummenmesspunkt um 15 bis 25 % übersteigt, wird gemäß Abs. 3 um 35 % gekürzt.

(5) Für die in den Abs. 3 und 4 festgelegte Kürzung gilt als Betrachtungszeitraum jeweils ein Jahr, wobei sich das Jahr aus den vier Quartalen ab Eintritt der Job-Sharing-Regelung mit der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner bildet. Innerhalb dieses Betrachtungszeitraums werden die abgerechneten kurativen Honorarsummen der Vertragspartnerin/des Vertragspartners addiert. In jenem Quartal des Betrachtungsjahrs in dem die Summe der abgerechneten Honorare den Jahreswert des Honorarsummenmesspunktes überschritten wird, wird die Degression wirksam und der entsprechende Abzug erfolgt.

(6) Bei einer Überschreitung des Honorarsummenmesspunkts um weniger als 15 % erfolgt keine Kürzung des gemäß Abs. 1 errechneten Honorars.

(7) Die Abzüge gemäß Abs. 3 und 4 werden im Zuge der Abrechnung des jeweiligen Überschreibungsquartals vorgenommen.

Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse (Kasse) und der Ärztekammer für Wien (Kammer) gemäß § 8 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.

Präambel

(1) Die Möglichkeit der Teilung von Vertragsarztstellen nach dem vorliegenden Modell dient dem Ziel, die Versorgung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Wunsches der Vertragsärztinnen/-ärzte nach neuen flexiblen Arbeitszeitmodellen aufrecht zu erhalten bzw. zu verbessern.

(2) Die Teilung einer Vertragsarztstelle bedingt keine Vermehrung der Anzahl der Planstellen; ebenso wenig soll eine Erweiterung der Versorgungskapazitäten damit bewirkt werden.

§ 1

Persönliche Voraussetzungen

(1) Die Vereinbarung gilt für alle Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, die mit der Kasse einen Einzelvertrag im Sinne von § 8 Gesamtvertrag abgeschlossen haben.

(2) Die Teilung einer Vertragsarztstelle ist nur für Ärztinnen/Ärzte, die derselben Fachgruppe angehören, möglich.

§ 2

Antragstellung

(1) Der Antrag auf Teilung einer Vertragsarztstelle ist von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt schriftlich an die Ärztekammer für Wien zu richten.

(2) Der Antrag hat jedenfalls folgende Angaben zu enthalten:

- Name und Adresse der Antragstellerin/des Antragstellers

- Name der gewünschten Teilhaberin/des gewünschten Teilhabers
- Gewünschte Dauer der Vertragsteilung

(3) Die Kammer wird den Antrag prüfen und diesen mit einer Stellungnahme so rasch wie möglich an die Kasse weiterleiten.

(4) § 5 Abs. 1 Gesamtvertrag gilt sinngemäß.

§ 3

Dauer der Teilung

(1) Die Dauer der Teilung einer Vertragsarztstelle kann beim Erstantrag sieben Jahre nicht übersteigen und soll im Regelfall nicht unter einem Jahr liegen.

(2) Eine einmalige Verlängerung der Teilung für maximal weitere sieben Jahre ist möglich. Wird der geteilte Vertrag durch den Tod der Teilungspartnerin/des Teilungspartners, das Vorliegen von Erlöschenstatbeständen gemäß § 343 Abs. 2 ASVG in Bezug auf die Teilungspartnerin/den Teilungspartner, der gemeinsamen Erklärung der Beendigung oder sonstiger wichtiger Gründe gemäß § 7 Abs. 3 beendet und wird eine neuerliche Teilung beantragt, ist die Dauer des vorhergehenden geteilten Vertrags anzurechnen.

(3) Für den Antrag auf Verlängerung gelten die Bestimmungen von § 2 sinngemäß.

(4) Ein Wechsel der Person der Teilhaberin/des Teilhabers ist quartalsweise möglich.

§ 4

Person des Teilhaberin/des Teilhabers

(1) Die Auswahl der Teilungspartnerin/des Teilungspartners erfolgt durch die Inhaberin/den Inhaber des Einzelvertrages. Reihungsrichtlinien sowie sonstige Vereinbarungen zwischen der Kammer und der Kasse zur Auswahl von Vertragsärztinnen/-ärzten finden keine Anwendung.

(2) Die Kammer und die Kasse können gemeinsam die von der Inhaberin/den vom Inhaber des Einzelvertrages gewählte Teilungspartnerin/gewählten Teilungspartner mit Begründung ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, dass der mit dem geteilten Einzelvertrag verbundene Ver-

sorgungsauftrag durch diese Partnerin/diesen Partner nicht erfüllt werden kann, wenn strafgerichtliche Verurteilungen gegen sie/ihn im In- oder Ausland oder sonstige wichtige Gründe vorliegen.

(3) Die Teilungspartnerin/der Teilungspartner ist dazu berechtigt, neben ihrer/seiner Teilnahme an der gegenständlichen Vertragsteilung eine Wahlarztordination an einem anderen Standort zu betreiben.

§ 5

Rechtswirkungen der Teilung

(1) Die Teilung der Vertragsarztstelle bedingt den Abschluss eines auf beide Vertragsinhaberinnen/-inhaber lautenden Einzelvertrages zwischen den betroffenen Ärztinnen/Ärzten (Vertragsinhaber/Vertragsinhaber und Teilungspartnerin/Teilungspartner) und der Kasse.

(2) Ein gemäß dieser Vereinbarung geteilter Einzelvertrag ist, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, einem Einzelvertrag gemäß § 7 des Gesamtvertrages gleichzuhalten.

(3) Beide Vertragsinhaberinnen/-inhaber sind gleichermaßen zur Einhaltung der Vertragsbestimmungen verpflichtet.

(4) Im Rahmen eines geteilten Vertrags haben die Mindestöffnungszeiten gemäß § 14 Abs. 3 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 für die Dauer des geteilten Vertrags verpflichtend erfüllt zu werden. Eine Ausnahme von der Verpflichtung gemäß Absatz 4 besteht, wenn die/der die Teilung beantragende Ärztin/beantragende Arzt zum Zeitpunkt der Antragstellung das 65. Lebensjahr bereits abgeschlossen hat. Gibt die Inhaber/der Inhaber des dieser Vereinbarung zugrunde liegendem Einzelvertrages die unwiderrufliche Erklärung ab, den Vertrag innerhalb eines Zeitraumes von längstens drei Jahren nach Abgabe dieser Erklärung zu kündigen, ist eine Anpassung der Ordinationszeiten gemäß Absatz 4 während des auf die zwischen der Abgabe der Erklärung und dem Vertragsende liegende Zeitspanne liegenden Zeitraumes nicht erforderlich.

(5) Die gleichzeitige Tätigkeit beider Vertragsinhaberinnen/-inhaber in der Ordination ist zulässig.

(6) Beide Vertragsinhaberinnen/-inhaber sind zu einer persönlichen Vertretung gemäß den im Gesamtvertrag vereinbarten Vertretungsbestimmungen berechtigt.

(7) Die bisherige Einzelvertragsärztin/der bisherige Einzelvertragsarzt ist zu einer Arbeitsverrichtung im Ausmaß von zumindest 50 % der Ordinationsöffnungszeiten verpflichtet. Die Teilungspart-

nerin/der Teilungspartner kann die Vertragspartnerin/den Vertragspartner in begründeten Ausnahmefällen vertreten. Diese richten sich nach den in §§ 19 bis 22 des Gesamtvertrages geregelten Fällen.

§ 6

Ruhen des Einzelvertrages

(1) Der Einzelvertrag der Antragstellerin/des Antragstellers ruht für die Dauer der Teilung und lebt mit deren Beendigung aus Gründen von Zeitablauf, Ausscheiden der Teilungspartnerin/des Teilungspartners, bei gemeinsamer Erklärung der Beendigung sowie aus Gründen des § 7 Abs. 3 wieder auf.

(2) Bei Beendigung der Teilung entsteht kein Anspruch der Teilhaberin/des Teilhabers auf Abschluss eines eigenen Einzelvertrages.

§ 7

Beendigungsgründe

(1) Die Teilung der Vertragsarztstelle endet durch Erlöschen

- mit Zeitablauf
- mit dem Tod eines der beiden Partnerinnen/Partner
- bei Vorliegen der Erlöschenstatbestände des § 343 Abs. 2 ASVG in Bezug auf einen der beiden Partnerinnen/Partner
- bei Eintritt eines Erlöschenstatbestandes gemäß § 343 Abs. 3 ASVG in Bezug auf eine/n der beiden Partnerinnen/Partner sowie bei Kündigung des Kassenvertrages gemäß § 343 Abs. 4 ASVG

(2) Die Teilung der Vertragsarztstelle endet weiters durch eine von beiden Vertragsinhaberinnen/-inhabern unterfertigte Erklärung die Vertragsteilung beenden zu wollen, welche unter Einhaltung einer dreiwöchigen Frist zum Ende des Quartals an die Kasse zu übermitteln ist.

(3) Darüber hinaus ist eine Kündigung der Job-Sharing-Vereinbarung durch Kammer und Kasse bei Vorliegen sonstiger wichtiger Gründe gemäß § 4 Abs. 2 unter Einhaltung einer dreiwöchigen Frist zum Ende des Quartals möglich. Die Vornahme der Kündigung erfolgt durch den Invertragnahmeausschuss.

§ 8

Rechnungslegung

- (1) Die Vertragsinhaberinnen/-inhaber legen gemeinsam Rechnung.
- (2) Die Überweisung des Honorars durch die Kasse erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung auf ein bekanntzugebendes Konto.

§ 9

Honorierung

- (1) Die Honorierung der von den Vertragsinhaberinnen/Vertragsinhabern im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen erfolgt, soweit im Folgenden nichts anderes festgelegt wird, gemäß den Bestimmungen der für die jeweilige Fachgruppe geltenden Honorarordnung.
- (2) Auf Basis der Abrechnungen der letzten vier Quartale der bisherigen Einzelvertragsinhaberin/des bisherigen Einzelvertragsinhabers vor der Teilung des Vertrags wird für jeden geteilten Einzelvertrag ein individueller, für die Dauer des geteilten Vertrags geltender Honorarsummenmesspunkt ermittelt. Zur Berechnung des Honorarsummenmesspunkts werden ausschließlich kurative Leistungen herangezogen. Liegt der Wert der Abrechnungssumme der letzten vier Quartal vor Eintritt der Vertragsteilung unter dem von der Fachgruppe liegenden Durchschnitt des abgerechneten kurativen Honorars des gleichen Zeitraumes, wird der um 50 % erhöhte Fachgruppenschnitt als individueller Honorarsummenmesspunkt festgelegt. Liegt der Wert der Abrechnungssumme der letzten vier Quartal vor Eintritt der Vertragsteilung über dem Fachgruppenschnitt, wird der um 50 % erhöhte Wert der Honorarsummen der letzten vier Quartal vor Eintritt der Vertragsteilung als individueller Honorarsummenmesspunkt herangezogen. Der individuelle Honorarsummenmesspunkt wird jährlich per 1. Juli entsprechend der Entwicklung des Fachgruppenschnitts des abgerechneten kurativen Honorars des vergangenen Leistungsjahres 1. Jänner bis 31. Dezember wertgesichert, sobald mindestens vier Quartale abgerechnet wurden.
- (3) Übersteigt die abgerechnete kurative Honorarsumme eines Quartals den Honorarsummenmesspunkt um 15 %, wird der Überschreibungsbetrag, der über 15 % des Honorarsummenmesspunktes liegt, um 35 % gekürzt.
- (4) Übersteigt die abgerechnete kurative Honorarsumme eines Quartals den Honorarsummenmesspunkt um 25 %, wird der Überschreibungsbetrag, der über 25 % des Honorarsummenmess-

punktes liegt, um 65 % gekürzt. Jener Überschreibungsbetrag, der den Honorarsummenmesspunkt um 15 bis 25 % übersteigt, wird gemäß Abs. 3 um 35 % gekürzt

(5) Bei einer Überschreitung des Honorarsummenmesspunkts um weniger als 15 % erfolgt keine Kürzung des gemäß Abs. 2 errechneten Honorars.

(6) Für die in den Abs. 3 und 4 festgelegte Kürzung gilt als Betrachtungszeitraum jeweils ein Jahr, wobei sich das Jahr aus den vier Quartalen ab Eintritt der JobSsharing-Regelung mit der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner bildet. Innerhalb dieses Betrachtungszeitraums werden die abgerechneten kurativen Honorarsummen der Vertragspartnerin/des Vertragspartners addiert. In jenem Quartal des Betrachtungsjahrs in dem die Summe der abgerechneten Honorare den Jahreswert des Honorarsummenmesspunktes überschritten wird, wird die Degression wirksam

(7) Die Abzüge gemäß Abs. 3 und 4 werden im Zuge der Abrechnung des jeweiligen Überschreitungsquartals vorgenommen.

Gesamtvertragliche Vereinbarung

abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge HV genannt) im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (in der Folge BKNÄ genannt) im eigenen Namen und im Namen aller Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern gemäß §§ 342ff ASVG.

Diese Vereinbarung ergänzt die Verpflichtungen der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gemäß der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 16. Dezember 2004 über die Verwendung der e-card in der derzeit geltenden Fassung, sowie gemäß der diesbezüglichen Vereinbarungen der kurativen Gesamtverträge. Die zuständigen Krankenversicherungsträger und die zuständigen Ärztekammern verpflichten sich, ihre kurativen Gesamtverträge entsprechend dieser Vereinbarung anzupassen.

Soweit in der Folge personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf eine bestimmte Person ist die jeweilige geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

Präambel

Ziel der Vereinbarung ist die gemeinsame (Weiter-)Entwicklung des e-card Systems zur Verbesserung der Servicequalität für die Versicherten und zur Vereinfachung der Prozesse in den Ordinationen und in den Sozialversicherungsträgern.

Die eKOS-Applikation verfolgt den Zweck, die Zusammenarbeit zwischen Leistungsverordnern und Leistungserbringern zu unterstützen und in der Kommunikation mit den Krankenversicherungsträgern effizienter zu gestalten. Papierprozesse sollen weitestgehend durch elektronische Abläufe ersetzt werden, um Bürokratie abzubauen. Regelungen über die Abrechenbarkeit von Leistungen werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

Einführung von e-Services 2018 und 2019

§ 1 Elektronisches Kommunikations Service eKOS (e-Zuweisung, e-Überweisung, e-Verordnung)

- (1) Bei der eKOS-Applikation handelt es sich um die elektronische Erfassung, Übermittlung und Bearbeitung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen, wobei die zugrundeliegenden Leistungen unterschiedlich nach den jeweiligen Regelungen der Krankenversicherungsträger einer

Bewilligungspflicht durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst unterliegen können. eKOS wird auf Basis eines einvernehmlich festgelegten Rollout Planes für das Jahr 2018 eingeführt und gemeinsam weiterentwickelt.

- (2) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit kurativem Einzelvertrag zu einer GKK sind jedenfalls verpflichtet, ab 01.01.2019 bei jeder Überweisung, Zuweisung und Verordnung, die eine der in Abs. 3 angeführten Leistungsarten betrifft, die eKOS-Applikation zu verwenden. Die Verpflichtung umfasst nicht die Ausstellung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen bei Hausbesuchen bzw. Hausbesuchen in Heimen, sofern keine (mobile) Ausstattung vorhanden ist. Ausgenommen von der verpflichtenden Verwendung sind Vertragsärzte, die zum 01.01.2019 das 68. Lebensjahr bereits vollendet oder den Einzelvertrag bis 31.12.2018 gekündigt haben werden.
- (3) Als Leistungsarten umfasst die Verwendungspflicht folgende Untersuchungen bzw. Therapien: MR, CT, Knochendichtemessung, Humangenetische Untersuchungen, Nuklearmedizinische Untersuchungen, klinisch-psychologische Diagnostik, Röntgen, Sonographie, Röntgentherapie.
- (4) Die weitere Verpflichtung zur Verwendung der eKOS-Applikation von zusätzlichen ärztlichen Fachgruppen als Zuweisungsempfänger und Leistungserbringer bedarf des Einvernehmens zwischen den Vertragsparteien.
- (5) Die eKOS-Applikation ist unabhängig davon anzuwenden, ob eine Leistungsart bei einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst zu bewilligen ist oder nicht. Die Regelungen über die Bewilligungspflicht von Leistungen werden durch die gegenständliche Vereinbarung nicht berührt.
- (6) Die eKOS-Applikation ändert nicht die Zuständigkeit der Patienten für die allfällige Einholung der Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes.
- (7) Der HV leistet für die verpflichtende flächendeckende Verwendung eine pauschale Vergütung in Höhe von € 2,1 Mio., zahlbar mit 01.09.2019. Die Verteilung an Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen erfolgt, ab 1.10.2019 sobald die Verpflichtung der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gemäß § 1 Abs. 2 eintritt, durch die ÖÄK.
- (8) Die Vertragsparteien setzen sich dafür ein, dass eKOS ab 01.10.2019 flächendeckend und verpflichtend verwendet wird. Daher ist erstmalig mit 01.10.2019 die Voraussetzung gemäß §13 Abs. 1 3. Zusatzprotokoll VU-GV zur Erhöhung der Tarife der VU auf € 91,- gegeben.
- (9) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit einem kurativen Einzelvertrag zu einer Gebietskrankenkasse, die eKOS integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von € 4,- pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat bis einschließlich Dezember 2022, frühestens aber erst ab 01.01.2019. Der Zuschuss gemäß § 2 Abs. 2 ist davon unberührt.
- (10) Zur Auszahlung wird folgende Vorgangsweise vereinbart: Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der üblichen jeweiligen GKK Honorarabrechnung über eine

eigene Verrechnungsposition. Deren Abrechnung durch den Vertragspartner setzt das weitere Bestehen seiner Anspruchsberechtigung und die Zustimmung zur Überprüfung der integrierten Verwendung durch den Hauptverband voraus.

§ 2 e-Medikation

- (1) Die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen zur Verwendung von e-Medikation ergeben sich aus §§ 13 Abs 2 und 3 iVm § 16a Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTelG 2012) iVm der ELGA-Verordnungsnovelle 2017, BGBl. II Nr. 380/2017). Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass nach Ende des Rollouts eine flächendeckende Verwendung der e-Medikation durch zumindest 80 Prozent der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen im Bereich der Allgemeinmedizin und der allgemeinen Fachärzte gegeben ist.
- (2) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit einem kurativen Einzelvertrag zu einer Gebietskrankenkasse (ausgenommen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit Ordinationsstandort in Vorarlberg), die e-Medikation integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von € 20,-- pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat (nicht jedoch vor dem Zeitpunkt der tatsächlichen Verpflichtung lt. Rollout-Plan der Region) bis einschließlich Dezember 2022. Der Zuschuss gemäß § 1 Abs. 9 ist davon unberührt.
- (3) Zur Auszahlung wird folgende Vorgangsweise vereinbart: Mit dem Antrag zur Bundesförderung für die Anschubfinanzierung kann gleichzeitig der in Abs. 2 beschriebene Zuschuss bei der jeweiligen GKK beantragt werden. Dieser muss die Zustimmung des Antragstellers enthalten, dass die integrierte Verwendung seitens des Betreibers stichprobenartig überprüft wird. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der üblichen jeweiligen GKK Honorarabrechnung über eine eigene Verrechnungsposition. Deren Abrechnung durch den Vertragspartner setzt das weitere Bestehen seiner Anspruchsberechtigung und die Zustimmung zur Überprüfung der integrierten Verwendung durch den zuständigen Betreiber gemäß § 16a GTelG 2012 voraus.

§ 3 Einführung „Foto auf der e-card“ von 2019 -2023

Die Ärztekammern sowie die Ärzte und Gruppenpraxen werden die flächendeckende Ausstattung durch zielgerichtete Information der Patienten unterstützen.

§ 4 Gemeinsame Einführung

Die BKNÄ und die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern werden die oben vereinbarten Projekte bei der Einführung durch Informationen an die Mitglieder aktiv und positiv unterstützen.

Einführung weiterer e-Services

§ 5 Generelles Vorgehen vor Einführung (Kosten/Nutzen-Prozedere)

- (1) HV und BKNÄ vereinbaren, bis 30.06.2018 ein gemeinsames Prozedere zu erarbeiten und zu vereinbaren, damit eine kooperative Einführung von e-Services (insb. e-Rezept, e-Transportschein, e-Impfpass und e-Mutter-Kind-Pass) im Zeitraum 2018-2022 vorgenommen werden kann.
- (2) Folgende Schritte zur Einführung werden dabei als Weg festgelegt:
 - HV und BKNÄ ermitteln und definieren Kriterien zur Nutzen/Kostenverteilung der betroffenen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen unter Einbindung der Softwarehersteller.
 - Ermittlung der „Standard“-Kosten/Nutzen für betroffenen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen (sowohl einmalig als auch laufend).
 - Bewertung erfolgt durch Bewertungsteam von HV und BKNÄ.
 - Bei Nichteinigung innerhalb von drei Monaten ab Beginn der Kosten/Nutzen-Evaluierung werden von HV und BKNÄ einvernehmlich zwei Experten bestellt. Beide Seiten akzeptieren das Gutachten.
 - Das Ergebnis stellt einen Teil der Verhandlungsgrundlagen und allfälliger Kostenabgeltungen für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen dar.

§ 6 Geplante Einführung von e-Rezept

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Rollout von e-Rezept nach Maßgabe des Prozederes nach § 5 gestaffelt im Jahr 2020 erfolgen soll. Gemeinsames Ziel ist es, dass e-Rezept von Vertragsärzten, Vertragsgruppenpraxen und Wahlärzten mit Rezeptrecht ab Ausstattung, spätestens jedoch ab 01.01.2021, verwendet wird.

§ 7 Geplante Einführung von e-Transportschein

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Rollout von e-Transportschein nach Maßgabe des Prozederes nach § 5 gestaffelt im Jahr 2021 erfolgen soll. Gemeinsames Ziel ist es, dass e-Transportschein von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen ab Ausstattung, spätestens jedoch ab 01.01.2022, verwendet wird.

Modernisierung der Infrastruktur

§ 8 GIN-Zugangsnetz: Zusammenlegung von SV-Kanal und MWD-Kanal im Jahr 2018 und Erhöhung der Bandbreite auf 2MBit/s¹

- (1) Der Aufpreis für die Kanalzusammenlegung beträgt € 3,-- netto zzgl. USt pro Monat pro GIN-Zugangsnetzanschluss ab 01.01.2018. Der HV wird mit den GIN-Zugangsnetz Providern im Wege der GIN-Zugangsnetz-Providerverträge vereinbaren, dass der Betrag nur jenen Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen in Rechnung gestellt wird, die über eine Zuzahlung durch den HV gestützt werden.
- (2) Der Aufpreis für die Bandbreitenerhöhung beträgt € 1,-- netto zzgl. USt pro Monat pro GIN-Zugangsnetzanschluss ab 01.01.2018. Der HV wird mit den GIN-Zugangsnetz Providern im Weg der GIN-Zugangsnetz-Providerverträge vereinbaren, dass der Betrag nur jenen Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen in Rechnung gestellt wird, bei denen die Bandbreitenerhöhung vorgenommen wird. Das schließt jene aus, bei denen eine Bandbreitenerhöhung nicht herstellbar ist oder deren GIN-Zugangsnetzanschluss zum 01.01.2018 bereits eine höhere Bandbreite hat.
- (3) Die unter Abs. 1 und Abs. 2 anfallenden Kosten je GIN-Zugangsnetzanschluss für 12 Monate á max. € 4,-- netto zzgl. USt werden von der ÖÄK übernommen.
- (4) HV und BKNÄ streben eine weitere deutliche Erhöhung der Bandbreiten an und werden dazu im Jahr 2018 ein gemeinsames Verhandlungsteam einrichten.

§ 9 Ersatz der physischen GINA durch ein Service (GINA-as-a-Service) – schrittweise Einführung ab 2021

- (1) Der HV verpflichtet sich ab 2021 den Ersatz der physischen GINA durch ein Service (GINA-as-a-Service) schrittweise durchzuführen. Der dadurch entstehende Wegfall der Hardwarekosten reduziert jedenfalls die Kosten des GIN-Zugangsnetzes für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen ab 01.01.2022 in der Höhe des Aufpreises gemäß § 8 Abs. 1. Wird diese Preisreduktion per 01.01.2022 nicht erreicht wird, der Hauptverband diese Kosten in Höhe von maximal € 3,-- netto zzgl. USt für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen übernehmen. Sollten andere Preissteigerungen anfallen, werden diese nicht vom HV übernommen. Eine gemeinsame Lösung mit den Providern wird gesucht.
- (2) Mit dem Wegfall der physischen GINA entfällt gleichzeitig die Möglichkeit, über diese Offline Konsultationen zu erfassen, sowie die Stand-alone Anbindungsmöglichkeit.

¹ Sofern technisch möglich

Schlussbestimmung

§ 10 Vertragsdauer

- (1) Diese Vereinbarung wird für eine Laufzeit von fünf Jahren geschlossen und endet spätestens am 31.12.2022. Von dieser Vereinbarung abweichende Vereinbarungen auf Ebene der Krankenversicherungsträger und Landesärztekammern sind nur mit Zustimmung der Vertragsparteien zulässig.
- (2) HV und BKNÄ kommen überein, im Jahr 2021 Gespräche über eine Fortführung dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung oder einzelner Bestandteile sowie einer Valorisierung zu führen, mit dem Ziel, die laufenden Zahlungen auf Basis dieser Vereinbarungen in eine zusätzliche Modernisierung der Leistungskataloge für Telekonsultationen überzuführen.

Wien, am **05. Juni 2018**

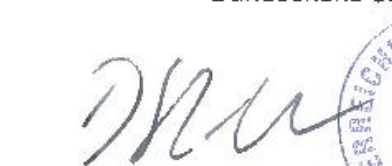
Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger


Dr. Alexander Blach
Verbandsvorsitzender





DI Volker Schörghofer

Für die Österreichische Ärztekammer
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte


VP MR Dr. Johannes Steinhart
BKNÄ-Obmann




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

Bezirksbündel für die Urlaubseinteilung gemäß § 21 Abs. 2 des
Gesamtvertrags vom 1. Jänner 2011

| | |
|------------------|------------|
| Gruppe 1 | 1. Bezirk |
| | 4. Bezirk |
| | 5. Bezirk |
| | 6. Bezirk |
| | 7. Bezirk |
| | 8. Bezirk |
| | 9. Bezirk |
| | |
| Gruppe 2 | 2. Bezirk |
| | 20. Bezirk |
| | |
| Gruppe 3 | 3. Bezirk |
| | 11. Bezirk |
| | |
| Gruppe 4 | 10. Bezirk |
| | |
| Gruppe 5 | 12. Bezirk |
| | 23. Bezirk |
| | |
| Gruppe 6 | 13. Bezirk |
| | 14. Bezirk |
| | |
| Gruppe 7 | 15. Bezirk |
| | 16. Bezirk |
| | |
| Gruppe 8 | 17. Bezirk |
| | 18. Bezirk |
| | 19. Bezirk |
| | |
| Gruppe 9 | 21. Bezirk |
| | |
| Gruppe 10 | 22. Bezirk |