

GESAMTVERTRAG
für die Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

abgeschlossen zwischen der
ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL
und dem
**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVER-
SICHERUNGSTRÄGER**

für die
Tiroler Gebietskrankenkasse
Sozialversicherungsanstalt der Bauern
mit Wirksamkeitsbeginn 1. Jänner 1985
(Stand 01/2019)

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	2
ABKÜRZUNGSSCHLÜSSEL	5
GELTUNGSBEREICH	7
A. GESAMTVERTRAG	8
§ 1 GRUNDLAGEN	8
§ 2 GELTUNGSBEREICH	8
§ 3 FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE	8
§ 4 AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSARZTSTELLEN	9
§ 5 AUSWAHL DER VERTRAGSÄRZTE	9
§ 6 EINZELVERTRAGSVERHÄLTNIS	9
§ 7 ABSCHLUSS DES EINZELVERTRAGES	10
§ 8 WECHSEL DER ORDINATIONSTÄTTE	10
§ 9 STELLVERTRETUNG	10
§ 10 ÄRZTLICHE BEHANDLUNG	11
§ 11 BEHANDLUNG IN DER ORDINATION	11
§ 12 KRANKENBESUCH	13
§ 13 INANSPRUCHNAHME VON VERTRAGSFACHÄRZTEN	13
§ 14 GENEHMIGUNGSPFLICHT ÄRZTLICHER LEISTUNGEN	14
§ 15 NACHWEIS DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG	14
§ 16 WOCHENEND- UND FEIERTAGSDIENST	14
§ 17 KONSILIUM	14
§ 18 BEHANDLUNG VON BETREUUNGSFÄLLEN	15
§ 19 ABLEHNUNG EINER BEHANDLUNG	15
§ 20 ANSTALTPFLEGE	15
§ 21 VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN	16
§ 22 MASSNAHMEN ZUR FESTIGUNG DER GESUNDHEIT	16
§ 23 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT	17
§ 24 MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT	17
§ 25 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERSICHERUNGSTRÄGER	17
§ 26 MUTTERSCHAFT	18
§ 27 AUSKUNFTSERTEILUNG	18
§ 28 KRANKENAUFZEICHNUNGEN	18
§ 29 ADMINISTRATIVE MITARBEIT	18
§ 30 HONORIERUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT	19
§ 31 RECHNUNGSLEGUNG	19
§ 32 HONORARABZÜGE UND HONORAREINBEHALT	19
§ 33 TOD DES VERTRAGSARZTES	20
§ 34 GEGENSEITIGE UNTERSTÜTZUNGSPFLICHT	20
§ 35 ZUSAMMENARBEIT DER VERTRAGSÄRZTE MIT DEM CHEF-(KONTROLL-)ÄRZTLICHEN DIENST	20
§ 36 VORBEHANDLUNG VON STREITIGKEITEN IM SCHLICHTUNGS-AUSSCHUSS	21
§ 37 VERFAHREN BEI STREITIGKEITEN	21
§ 38 AUFLÖSUNG DES EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISSES	21
§ 39 AUSSCHREIBUNG VON FREIEN FACHARZTSTELLEN IN DEN AMBULATORIEN DES VERSICHERUNGSTRÄGERS ..	22
§ 40 GEMEINSAME DURCHFÜHRUNG DES GESAMTVERTRAGES SEITENS DER VERSICHERUNGSTRÄGER	22
§ 41 SONDERREGELUNG FÜR DIE VERTRAGSZAHNÄRZTE	22
§ 42 ÜBERNAHME DER BISHERIGEN VERTRAGSÄRZTE	22
§ 43 GÜLTIGKEITSDAUER	23
§ 44 VERLAUTBARUNG	23
B. HONORARORDNUNG	24
1. HONORARTARIFE	25

1.1.	PUNKTEWERTE	25
1.2.	AUSFÜHRLICHE DIAGNOSTISCH-THERAPEUTISCHE AUSSPRACHE	25
1.3.	TARIFE FÜR OP-LEISTUNGEN.....	26
1.4.	BEREITSCHAFTSDIENSTZULAGEN.....	26
1.5.	WEGEGELD UND WEGEGELDPAUSCHALE	26
1.6.	HONORAR DER SONDERLEISTUNGSPOSITIONEN NACH DEM MUTTER-KIND-PASS	27
1.7.	RÖNTGENUNKOSTEN	28
1.8.	UNKOSTEN FÜR RÖNTGENTHERAPIE	29
	Tabelle zu den Unkostentarifen für Röntgen-, Nah- und Kontaktbestrahlung	30
1.9.	SONOGRAFIE TARIFE.....	31
2.	ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	32
2.1.	RECHNUNGSLEGUNG	32
2.2.	ABZÜGE UND HONORARÜBERWEISUNGEN	33
2.3.	ERSATZ-KRANKENKASSENSCHECKS	34
2.4.	VERTRETUNGEN, ÜBERWEISUNGEN ZWISCHEN VERTRAGSÄRZTEN	35
3.	BESONDERE BESTIMMUNGEN	37
3.1.	HONORIERUNG, PUNKTEGRUPPEN, PUNKTEWERTE, FALLBEGRENZUNGEN, FALLZAHLLIMITE UND FIXIERTE JAHRESGESAMTHONORARSUMMEN.....	37
3.2.	GRUNDLEISTUNGEN	44
3.3.	WOCHENEND- UND FEIERTAGSDIENST	51
3.4.	WEGEGEBÜHREN.....	51
3.5.	LEISTUNGEN NACH DEM MUTTER-KIND-PASS.....	54
3.6.	VORSORGEUNTERSUCHUNG	58
3.7.	MEDIZINISCHE HAUSKRANKENPFLEGE	60
3.8.	SONDERLEISTUNGEN.....	61
4.	SONDERLEISTUNGSKATALOG.....	63
4.1.	MEDIZINISCH-DIAGNOSTISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN DURCH ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE	66
4.2.	ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN.....	68
4.3.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE.....	70
4.4.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE	73
4.5.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE.....	78
4.6.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER HALS-, NASEN- UND OHRENKRANKHEITEN	80
4.7.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN SOWIE UROLOGIE.....	82
4.8.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN DER INNEREN MEDIZIN UND KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE	85
4.9.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER LUNGENHEILKUNDE	91
4.10.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET FÜR NEUROLOGIE / PSYCHIATRIE	92
4.11.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIET DER PHYSIKALISCHEN MEDIZIN	94
4.12.	NOTFALL-EKG FÜR DEN ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN.....	95
4.13.	OPERATIONSGRUPPENKATALOG	96
4.14.	HONORARTARIFE FÜR OP-LEISTUNGEN	98
4.15.	SONOGRAFIEKATALOG	99
4.16.	ULTRASCHALLDIAGNOSTIK	100
4.17.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER RÖNTGENOLOGIE	105
4.18.	RÖNTGENDIAGNOSTIK	106
4.19.	UNKOSTENTARIF FÜR RÖNTGENDIAGNOSTIK	109
4.20.	RÖNTGENTHERAPIE	111

4.21.	SONDERBESTIMMUNGEN FÜR DIE KURATIVE MAMMOGRAPHIE	115
4.22.	KATALOG DER VERTRAGSLEISTUNGEN FÜR MED.-DIAGN. LABORATORIEN	118
5.	GELTENDMACHUNG VON HÄRTEFÄLLEN ÜBER DEN SCHLICHTUNGS-AUSSCHUSS DER § 2-KASSEN	
	127	
ANHANG 1: STELLENPLAN DER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE		130
ANHANG 2: RICHTLINIEN FÜR DIE AUSWAHL DER § 2-VERTRAGSÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN,		
VERTRAGSFACHÄRZTE UND VERTRAGS-GRUPPENPRAXEN		141
	I. Geltungsbereich.....	141
	II. Sprachliche Gleichbehandlung.....	141
	III. Voraussetzungen für Ausschreibungen.....	141
	IV. Bewerbungsvoraussetzungen.....	141
	V. Vergabe des ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrages.....	144
	VI. Punkteschema für die Zuerkennung eines § 2-Einzelvertrages.....	144
	VII. Bewerber mit gleich hoher Punkteanzahl.....	149
	VIII. Ablehnung der Invertragnahme.....	150
	IX. Vertrags-Gruppenpraxen.....	150
	X. Entscheidungsveröffentlichung.....	151
ANHANG 2A: RICHTLINIEN FÜR DIE AUSWAHL DER § 2-VERTRAGSZAHNÄRZTE		152
	I. Geltungsbereich.....	152
	II. Sprachliche Gleichbehandlung.....	152
	III. Voraussetzungen für Ausschreibungen.....	152
	IV. Bewerbungsvoraussetzungen.....	152
	V. Vergabe der ausgeschriebenen Kassenplanstelle.....	154
	VI. Punkteschema für die Zuerkennung eines § 2-Kassenvertrages.....	154
	VII. Bewerber mit gleich hoher Punkteanzahl.....	157
	VIII. Ablehnung der Invertragnahme.....	157
	IX. Entscheidungsveröffentlichung.....	157
ANHANG 3: EINZELVERTRAG - ANHANG ZUM GESAMTVERTRAG VOM 1.1.1985.....		158
ANHANG 4: „KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“		160
ANLAGE 1	„KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“: TECHNISCHE QUALITÄTSSICHERUNG IM ÖSTERREICHISCHEN BRUSTKREBSFRÜHERKENNUNGSPROGRAMM.....	160
ANLAGE 2	„KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“: ÖÄK – ZERTIFIKAT MAMMADIAGNOSTIK.....	165
ANLAGE 3	„KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“: INDIKATIONEN FÜR KURATIVE MAMMOGRAPHIE	169
ANLAGE 4	„KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“: 079 – DATENFLUSSDOKUMENTATION, VERSION 0.19	173

ABKÜRZUNGSSCHLÜSSEL

AL	Arzt für Allgemeinmedizin	MC	Medizinische u. chemische Labordiagnostik
AU	Augenheilkunde und Optometrie	R	Medizinische Radiologie-Diagnostik
C	Chirurgie	N	Neurologie
D	Haut- und Geschlechtskrankheiten	P	Psychiatrie
G	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	NP	Neurologie und Psychiatrie
HO	Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	PN	Psychiatrie und Neurologie
I	Innere Medizin	O	Orthopädie u. orthopädische Chirurgie
K	Kinder- und Jugendheilkunde	UC	Unfallchirurgie
L	Lungenkrankheiten	UR	Urologie

Verzeichnis der durch die vorliegende Kompilation erfassten Vereinbarungen:

Gesamtvertrag vom Juli 1971 samt Anhang

1.	Zusatzvereinbarung vom Juni	1970 für das Jahr 1970
2.	Zusatzvereinbarung vom Juli	1972 für das Jahr 1972
3.	Zusatzvereinbarung vom August	1973 für das Jahr 1973
4.	Zusatzvereinbarung vom Juli	1974 für das Jahr 1974
5.	Zusatzvereinbarung vom November	1975 für das Jahr 1975 + 1/1976
6.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	1976 für 2/3/4/1976 + 1/1977
7.	Zusatzvereinbarung vom Oktober	1977 für 2/3/4/1977 + 1/2/3/1978
8.	Zusatzvereinbarung vom Mai	1979 für 4/1978 + 1/2/3/1979
9.	Zusatzvereinbarung vom August	1980 für 4/1979 + 1/2/3/4/1980
10.	Zusatzvereinbarung vom April	1982 für 1981 ab 1.7.1981 = 3/4/1981
11.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	1982 ab 1.1.1982 bis 31.12.1982
12.	Zusatzvereinbarung vom März	1983 ab 1.1.1983
13.	Zusatzvereinbarung vom September	1984 für 1984/1985 bzw. 1986
14.	Zusatzvereinbarung vom März	1985 ab 1.4.1985
15.	Zusatzvereinbarung vom Juni	1985 ab 1.7.1985
16.	Zusatzvereinbarung vom August	1987 ab 1.1.1986
17.	Zusatzvereinbarung vom März	1988 ab 1.4.1988
18.	Zusatzvereinbarung vom August	1990 ab 1.1.1990
19.	Zusatzvereinbarung vom Feber	1992 ab 1.1.1991
20.	Zusatzvereinbarung vom Juni	1993 ab 1.1.1993
21.	Zusatzvereinbarung vom April	1995 ab 1.1.1995
22.	Zusatzvereinbarung vom November	1997 ab 1.1.1996
23.	Zusatzvereinbarung vom Juni	1998 ab 1.7.1998
24.	Zusatzvereinbarung vom Feber	2000 ab 1.1.1999
25.	Zusatzvereinbarung vom Mai	2000 ab 1.1.2000

26.	Zusatzvereinbarung vom Juni	2001 ab 1.1.2001
27.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	2002 ab 1.1.2002
28.	Zusatzvereinbarung vom Jänner	2003 ab 1.1.2003
29.	Zusatzvereinbarung vom November	2003 ab 1.1.2003
30.	Zusatzvereinbarung vom April	2005 ab 1.1.2004
31.	Zusatzvereinbarung vom März	2006 ab 1.1.2005
32.	Zusatzvereinbarung vom September	2006 ab 1.1.2006
33.	Zusatzvereinbarung vom Feber	2009 ab 1.1.2009
34.	Zusatzvereinbarung vom Jänner	2010 ab 5.7.2010
35.	Zusatzvereinbarung vom Oktober	2010 ab 31.12.2010
36.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	2010 ab 1.1.2010
37.	Zusatzvereinbarung vom Juli	2011 ab 1.4.2011
38.	Zusatzvereinbarung vom Oktober	2012 ab 1.1.2012
39.	Zusatzvereinbarung vom Juni	2013 ab 1.10.2013
40.	Zusatzvereinbarung vom Juni	2014 ab 1.1.2014
41.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	2015 ab 1.1.2016
42.	Zusatzvereinbarung vom Juli	2018 ab 1.7.2018
43.	Zusatzvereinbarung vom Jänner	2019 ab 1.1.2019

GELTUNGSBEREICH

Die Behandlungspflicht erstreckt sich auf die Versicherten der nachstehend angeführten Krankenversicherungsträger und auf Betreuungsfälle nach § 18 des Gesamtvertrages.

Soweit es sich um die Behandlung von Versicherten dieser Kasse aus anderen Bundesländern handelt (Betreuungsfälle nach § 18 des Gesamtvertrages), werden sie als Fremdkassenfälle bezeichnet.

Behandlungen von Versicherten der Betriebskrankenkasse der Austria Tabak und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern deren Wirkungsbereich sich über das ganze Bundesgebiet erstreckt, gelten nicht als Fremdkassenfälle.

§ 2-Kassen:

Tiroler Gebietskrankenkasse
Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Fremdkassen:

Wiener Gebietskrankenkasse
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Burgenländische Gebietskrankenkasse
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Kärntner Gebietskrankenkasse
Salzburger Gebietskrankenkasse
Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
Betriebskrankenkasse der Mondi Business Paper
Betriebskrankenkasse der voestalpine Bahnsysteme
Betriebskrankenkasse Zeltweg
Betriebskrankenkasse Kapfenberg

A. GESAMTVERTRAG

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

Stand 1.1.2019

§ 1 GRUNDLAGEN

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG), BGBl. 189, sowie gemäß § 38 Abs.2 Ziff. 8 des ÄG 1984, BGBl. 373/1984 in der jeweils geltenden Fassung zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden kurz unter der Bezeichnung "Anspruchsberechtigte" zusammengefasst) abgeschlossen.

(2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits und die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

§ 2 GELTUNGSBEREICH

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

1. Tiroler Gebietskrankenkasse
 2. Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- (im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt)

§ 3 FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE

(1) Die Zahl der Planstellen und ihre örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in einem Anhang zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt (Anhang 1).

(2) Bei der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein.

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

§ 4 AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSARZTSTELLEN

- (1) Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen mit der Kammer vom Versicherungsträger in der nächsten Nummer der Mitteilungen der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren.
- (2) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.
- (3) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die Tiroler Gebietskrankenkasse als federführender § 2-Krankenversicherungsträger ein Exemplar der Ausschreibung für Vertragsarztstellen rechtzeitig zugesandt erhält.

§ 5 AUSWAHL DER VERTRAGSÄRZTE

- (1) Die Kammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme binnen drei Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an den Versicherungsträger weiter und erstattet einen begründeten Vorschlag. Ist der Versicherungsträger mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat er einen begründeten Gegenvorschlag binnen vier Wochen nach Einlangen des Vorschlages der Kammer zu stellen. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Versicherungsträger. Kommt innerhalb von zwei Wochen ein Einvernehmen nicht zu Stande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.
- (2) Die Vertragsparteien können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren:
 - a) Die Auswahl der § 2-Vertragsärzte wird durch die Richtlinien im Anhang 2 geregelt.
 - b) Sprengel-, Gemeinde- oder Stadtärzte erwerben durch die Ernennung (Anstellung) noch kein Recht auf die Ausübung der Kassenpraxis. Sie müssen, wenn sie nach ihrer Ernennung (Anstellung) zur Kassenpraxis zugelassen werden wollen, um die Berechtigung zur Ausübung der Kassenpraxis ansuchen. Sie können im Rahmen des Stellenplanes in Vertrag genommen werden, wenn sie die allgemeinen Voraussetzungen für Vertragsärzte erfüllen und die Notwendigkeit für die Zulassung zur Kassenpraxis im Sinne der Bestimmungen des § 3 Abs.2 des Gesamtvertrages gegeben ist.
- (3) Bis zur Besetzung einer freien Vertragsarztstelle kann im Falle eines dringenden Bedarfes im Einvernehmen mit der Kammer ein befristeter Einzelvertrag abgeschlossen werden.
- (4) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte eines der im § 2 genannten Versicherungsträgers dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte dieser Versicherungsträger sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte und dergleichen) dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihrer Versicherungsträger sein. Dies gilt auch für nicht angestellte Kontrollärzte. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 6 EINZELVERTRAGSVERHÄLTNIS

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet (Anhang 3).
- (2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle auf Grund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.

- (3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Angestelltenverhältnis.
- (4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird vom Versicherungsträger der Kammer übermittelt.
- (5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und der zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.
- (6) Bei Eingehen eines Angestelltenverhältnisses, welches eine hauptberufliche Tätigkeit beinhaltet, erlischt der Einzelvertrag innerhalb eines Jahres.

§ 7 ABSCHLUSS DES EINZELVERTRAGES

- (1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und dem Versicherungsträger ist der in der Anlage beigefügte Muster-Einzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages können mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit der Kammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.
- (2) Der Versicherungsträger hat dem Arzt den Einzelvertrag unverzüglich nach termingerechter Praxiseröffnung (§ 5 Abs.1) oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.
- (3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem im Einzelvertrag vereinbarten Tag.
- (4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen der Vertragsparteien ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden.

§ 8 WECHSEL DER ORDINATIONSSTÄTTE

- (1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt der Kammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die paritätische Schiedskommission.
- (2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs.1 erhoben wurde oder die paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat.

§ 9 STELLVERTRETUNG

- (1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Mit Zustimmung des Versicherungsträgers kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenden zugemutet werden kann. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 13 ÄG.
- (2) Sofern die Vertretung länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der Kammer und dem Versicherungsträger bekannt zu

geben; dauert die Vertretung länger als drei Monate, so kann die Kammer oder der Versicherungsträger gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird der Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die Kammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

§ 10 ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

(1) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt dem Vertragsarzt nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Diese ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen des Versicherungsträgers vom Arzt zu begründen.

(3) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung des Versicherungsträgers nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet.

(5) Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb des Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers, welcher den behandelnden Arzt vorher anzuhören hat, vornehmen.

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

§ 11 BEHANDLUNG IN DER ORDINATION

(1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen. Getrennte Wartezimmer (und unterschiedliche Ordinationszeiten) für Kassen- und Privatpatienten sowie die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten sind unzulässig.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse bis 30.9.2001

(2) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Ordinationszeiten, sofern dieser dagegen keinen Einspruch erhebt. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag die paritätische Schiedskommission.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 1.10.2001

(2) Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen grundsätzlich mindestens 20 Wochenstunden. Unterschreitungen der 20 Wochenstunden sind nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger bekannt zu geben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von 2 Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 1.1.2004

(2) Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen grundsätzlich mindestens 20 Wochenstunden, aufgeteilt auf 5 Wochentage, wobei die Ordination an mindestens zwei Nachmittagen geöffnet sein muss. Ist die Ordination am Samstag geöffnet, so kann die Öffnungszeit für einen anderen Werktag oder für einen Nachmittag entfallen. Unterschreitungen der 20 Wochenstunden sind nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger schriftlich bekannt zu geben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von 2 Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 1.7.2014

(2) Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen grundsätzlich mindestens 20 Wochenstunden, aufgeteilt auf 5 Wochentage, wobei die Ordination an mindestens zwei Nachmittagen geöffnet sein muss. Eine Nachmittagsordination beginnt frühestens um 13:00 Uhr und dauert mindestens zwei Stunden. Ist die Ordination am Samstag geöffnet, so kann die Öffnungszeit für einen anderen Werktag oder für einen Nachmittag entfallen. Unterschreitungen der 20 Wochenstunden sind nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger schriftlich bekannt zu geben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von 2 Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 1.1.2017

(2) Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen grundsätzlich mindestens 22 Wochenstunden, aufgeteilt auf 5 Wochentage, wobei die Ordination an mindestens zwei Nachmittagen geöffnet sein muss. Eine Nachmittagsordination beginnt frühestens um 13:00 Uhr und dauert mindestens zwei Stunden. Ist die Ordination am Samstag geöffnet, so kann die Öffnungszeit für einen anderen Werktag oder für einen Nachmittag entfallen. Unterschreitungen der 22 Wochenstunden sind nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger schriftlich bekannt zu geben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von 2 Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

(3) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie zB Erster-Hilfe-Leistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeit ärztliche Hilfe zu leisten.

(4) Die Ordinationstätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 12 KRANKENBESUCH

(1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit sobald als möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche nach Möglichkeit bis 9:00 Uhr beim Arzt anzumelden.

(2) Für den praktischen Arzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächsterreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Ärzte für Allgemeinmedizin als nächsterreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohner ist der Arzt für Allgemeinmedizin in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von 1 km - gerechnet von seiner Ordinationsstätte - zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächsterreichbarer Vertragsarzt in Anspruch genommen wird.

(3) Für den Vertragsfacharzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgefähig ist und am Niederlassungsort des Vertragsfacharztes oder innerhalb eines Umkreises von 5 km - gerechnet von der Ordinationsstätte - wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt als nächsterreichbarer Vertragsfacharzt berufen wird.

(4) Für die Landeshauptstadt sowie für bestimmte Gemeinden kann im Anhang zu diesem Gesamtvertrag zwischen den Vertragsparteien eine Sonderregelung über die Verpflichtung des Vertragsarztes zu Krankenbesuchen vereinbart werden.

(5) Ein zu einem Krankenbesuch nicht verpflichteter Vertragsarzt ist berechtigt, dem Versicherungsträger den Krankenbesuch einschließlich Wegegebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes angefallen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren kann der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.

(6) Die Vertragsparteien können im Anhang zu diesem Gesamtvertrag weitere Bestimmungen über die Verpflichtung zu Krankenbesuchen vereinbaren.

§ 13 INANSPRUCHNAHME VON VERTRAGSFACHÄRZTEN

(1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Der Vertragsfacharzt soll Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin überweisen. Diesem ist hierbei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(3) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die ihm zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages rückzuüberweisen.

§ 14 GENEHMIGUNGSPFLICHT ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

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

§ 15 NACHWEIS DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG

- (1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Hilfe ihre Berechtigung in der vom Versicherungsträger vorgeschriebenen Form (zB eCard, Behandlungsschein) unaufgefordert nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.
- (2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches die Anspruchsberechtigung nachgewiesen wurde.
- (3) Erkrankte, die sich nicht im Sinne des Abs.1 als Anspruchsberechtigte ausweisen, dürfen grundsätzlich für Rechnung des Versicherungsträgers auch dann nicht behandelt werden, wenn sie dem Vertragsarzt von früheren Behandlungen als Anspruchsberechtigte bekannt sind.
- (4) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Erkrankte, die ihre Anspruchsberechtigung glaubhaft machen, bei der ersten Ordination (Krankenbesuch) für Rechnung des Versicherungsträgers zu behandeln und hierbei einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag rückzuerstatten. Kann der Erkrankte den verlangten Erlag nicht leisten und ist die ärztliche Behandlung unabweislich, ist der Vertragsarzt berechtigt, vom Versicherungsträger die Ausstellung eines Ersatz-Krankenkassenschecks zu verlangen. Der Ersatz-Krankenkassenscheck gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Die näheren Bestimmungen über die Ausstellung des Ersatz-Krankenkassenschecks vereinbaren die Vertragsparteien. Ersatz-Krankenkassenschecks sind vom Vertragsarzt unter Verwendung des von den Kassen einvernehmlich mit der Kammer aufgelegten Formulars auszufüllen und dem Krankenversicherungsträger zur Bestätigung der Anspruchsberechtigung des Versicherten einzusenden. Die Krankenversicherungsträger haben diesen Ersatz-Krankenkassenscheck innerhalb von 8 Tagen mit dem Vermerk des Anspruchsrechtes rückzusenden.

§ 16 WOCHENEND- UND FEIERTAGSDIENST

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

§ 17 KONSILIUM

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

§ 18 BEHANDLUNG VON BETREUUNGSFÄLLEN

(1) Soweit der Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem der Arzt im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Verbrechenopfergesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.

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

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

§ 19 ABLEHNUNG EINER BEHANDLUNG

Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen des Versicherungsträgers diesem den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 20 ANSTALTSPFLEGE

(1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt der Vertragsarzt die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Wenn ärztliche Behandlung, nicht aber Anstaltspflege notwendig ist, jedoch die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege fehlt, so ist im Antrag darauf besonders hinzuweisen.

(2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), ist ein Antrag auf Anstaltspflege nicht zu stellen.

(3) Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.

(4) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in den medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z.B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers ist in jedem Fall vom Vertragsarzt zu bescheinigen.

§ 21 VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN

- (1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.
- (2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten. Dazu steht den Vertragsärzten ein Ökotool über die Arztsoftware oder eine Webversion zur Verfügung. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, dieses Instrument, bei der Verordnung ihrer Heilmittel zu verwenden. Vertragsärzte mit Arztsoftware sollen das Ökotool soweit technisch möglich und ökonomisch sinnvoll in diese integrieren. Bei medizinischer Vertretbarkeit und unter Berücksichtigung einer gesicherten Mitarbeit des Patienten soll der Vertragsarzt möglichst die im Rahmen der Vorgaben der Richtlinien für die ökonomische Verschreibeweise kostengünstigste Arzneyspezialität verschreiben.
- (3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzen die Vertragspartnernummer und der in Blockschrift beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.
- (4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung des Versicherungsträgers nicht verschrieben werden.
- (5) Der für die Untersuchung und Behandlung des Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien ist vom Vertragsarzt beim Versicherungsträger anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigelegt. Die Art des Bezuges wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (6) Beabsichtigt der Chef-(Kontroll-)arzt, eine vom Vertragsarzt abgelehnte genehmigungspflichtige Spezialität zu bewilligen, so ist diesem vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften des Abs.1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 36 Anwendung.

§ 22 MASSNAHMEN ZUR FESTIGUNG DER GESUNDHEIT

- (1) Die Maßnahmen des Krankenversicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Rehabilitations-, Kur-, Landaufenthalte u.dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Der Vertragsarzt hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihm dafür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Der Antrag ist zu begründen. Medizinisch nicht begründete Wünsche der Anspruchsberechtigten soll schon der Vertragsarzt abweisen.
- (2) Beabsichtigt der Versicherungsträger, Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewährleisten, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

§ 23 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT

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

§ 24 MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT

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

§ 25 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERSICHERUNGSTRÄGER

- (1) Der Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hierzu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorien u.dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzuhalten. In diesem

Fall ist der behandelnde Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.

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

(3) Beabsichtigt der Chef-(Kontroll-)arzt, einen Versicherten, der durch den behandelnden Vertragsarzt nicht in den Krankenstand genommen wurde, arbeitsunfähig zu erklären, so ist dem behandelnden Vertragsarzt vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

§ 26 MUTTERSCHAFT

Der Vertragsarzt ist zur Betreuung (Beratung, Untersuchung und allenfalls Behandlung) der schwangeren Anspruchsberechtigten und zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft und nach den Bestimmungen des Familienlastenausgleichsgesetzes (Mutter-Kind-Pass) verpflichtet.

§ 27 AUSKUNFTSERTEILUNG

(1) Der Vertragsarzt ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten des Versicherungsträgers verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nichtmedizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung des Erkrankten handelt, sind diese Auskünfte auch den gehörig ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten des Versicherungsträgers zu geben. Zur Auskunftserteilung ist der Vertragsarzt jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben des Versicherungsträgers notwendig ist.

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

§ 28 KRANKENAUFZEICHNUNGEN

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

§ 29 ADMINISTRATIVE MITARBEIT

(1) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

(2) Die Muster der für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbart.

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke und jeweils eine Vertragsarztstempelkarte werden dem Vertragsarzt vom Versicherungsträger kostenlos zur Verfügung gestellt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit seiner Unterschrift und seiner Vertragsarztstempelkarte zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarte Bezeichnungen verwendet werden.

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

§ 30 HONORIERUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird durch die Honorarordnung geregelt; diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere:

a) die Grundsätze über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen;

b) das Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen;

c) die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und, soweit dies vorgesehen ist, in Eurobeträgen.

(2) Der Geldwert der einzelnen Punkte wird von den Vertragsparteien jeweils in einer Zusatzvereinbarung festgelegt und in der Honorarordnung verlautbart. Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Änderung der Tarife verlangen.

§ 31 RECHNUNGSLEGUNG

(1) Die Rechnungslegung durch den Vertragsarzt wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung verrechnet der Versicherungsträger nur mit dem vertretenden Vertragsarzt.

(2) Rechnet der Vertragsarzt ohne triftige Begründung später als einen Monat nach Ablauf des Einsendetermins ab, kann der Versicherungsträger die Honorarvorauszahlung bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Dieser Abrechnung wird jedoch jene Honorarordnung zu Grunde gelegt, welche für den betroffenen Leistungszeitraum Geltung hatte. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare vom Versicherungsträger nicht bezahlt.

§ 32 HONORARABZÜGE UND HONORAREINBEHALT

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

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

§ 33 TOD DES VERTRAGSARZTES

(1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die offenen Honoraransprüche gegen den Versicherungsträger stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgesetzten Erben zu.

(2) Der von der Witwe (Witwer, Kinder, Eltern oder andere) eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Vertragsparteien mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossenen Einzelvertrages berechtigt.

§ 34 GEGENSEITIGE UNTERSTÜTZUNGSPFLICHT

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei der Erfüllung der dem Landesärzteausschuss, der paritätischen Schiedskommission, und der Landesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

(3) Der Versicherungsträger wird der Kammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

(4) Der Versicherungsträger hat alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was den Versicherungsträger und dessen Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

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

§ 35 ZUSAMMENARBEIT DER VERTRAGSÄRZTE MIT DEM CHEF-(KONTROLL-)ÄRZTLICHEN DIENST

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

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

§ 36 VORBEHANDLUNG VON STREITIGKEITEN IM SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS

- (1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden durch den Chefarzt vertreten (§ 35). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.
- (2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.
- (3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 dem Versicherungsträger zu leisten hat.
- (4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.
- (5) Der Vertragsarzt und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.
- (6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechs-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträgers nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.

§ 37 VERFAHREN BEI STREITIGKEITEN

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

§ 38 AUFLÖSUNG DES EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISSES

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger kann - ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses und den Verzicht gemäß § 9 Abs. 2 - nur auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG aufgelöst werden.
- (2) Wurde das Vertragsverhältnis mit Wirksamkeitsbeginn ab 1.1.2010 abgeschlossen, erlischt dieses ohne Kündigung mit Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt das 70. Lebensjahr vollendet hat.

(3) Sofern das Vertragsverhältnis mit Wirksamkeitsbeginn vor dem 1.1.2010 abgeschlossen wurde und der Vertragsarzt vor dem 31.12.2009 das 65. Lebensjahr vollendet hat, endet dieses abweichend von Abs. 2 mit 31.12.2014, frühestens jedoch mit Vollendung des 15. Vertragsjahres.

(4) Im Fall einer drohenden vertragsärztlichen Untersorgung sind Ausnahmen von den Altersbegrenzungen gemäß Abs. 2 und 3 im Einvernehmen zwischen dem Versicherungsträger und der Kammer möglich.

§ 39 AUSSCHREIBUNG VON FREIEN FACHARZTSTELLEN IN DEN AMBULATORIEN DES VERSICHERUNGSTRÄGERS

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

§ 40 GEMEINSAME DURCHFÜHRUNG DES GESAMTVERTRAGES SEITENS DER VERSICHERUNGSTRÄGER

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Tiroler Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Tiroler Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere ist der Tiroler Gebietskrankenkasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, wird die Tiroler Gebietskrankenkasse bevollmächtigt.

(3) Wird die Vollmachtserteilung im Sinne der Abs.1 und 2 von einem Versicherungsträger abändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die sich daraus ergebenden Wirkungen gegenüber der Kammer und den Vertragsärzten treten erst mit Ablauf des zweiten Kalendervierteljahres ein, das auf die Mitteilung folgt.

§ 41 SONDERREGELUNG FÜR DIE VERTRAGSZAHNÄRZTE

(1) Die Durchführung der vertragsärztlichen Zahnbehandlung und des Zahnersatzes sowie der kieferorthopädischen Behandlung wird in einer Sonderregelung vereinbart, die von diesem Gesamtvertrag abweichende Bestimmungen enthalten kann.

(2) Dieser Gesamtvertrag tritt für die Vertragszahnärzte mit dem Abschluss der Sonderregelung in Kraft.

(3) Die Sonderregelung ist ein Bestandteil des Gesamtvertrages. Der Gesamtvertrag kann mit ausschließlicher Wirkung oder ohne Wirkung für die Vertragszahnärzte gekündigt werden (§ 43).

§ 42 ÜBERNAHME DER BISHERIGEN VERTRAGSÄRZTE

Alle Ärzte, die am Tag des Abschlusses dieses Gesamtvertrages in einem Vertragsverhältnis zu einem Versicherungsträger standen, werden ohne neuerlichen Antrag in das Vertragsverhältnis nach dem vorliegenden Gesamtvertrag im bisherigen Umfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit übernommen.

§ 43 GÜLTIGKEITSDAUER

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

(2) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

§ 44 VERLAUTBARUNG

Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden in den Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol oder auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol und der Homepage der Tiroler Gebietskrankenkasse veröffentlicht.

Innsbruck, im Jänner 1985

F.d.
Ärztekammer für Tirol

Der Obmann der Kurie
der niedergelassenen Ärzte:

(Dr. Momen Radi)

Der Präsident:

(Dr. Artur Wechselberger)

F.d.
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:

Der Generaldirektor–Stv.:

(Mag. Bernhard Wurzer)

Die Vorsitzende des Vorstandes:

(Mag.^a Rabmer-Koller)

F. d.
Tiroler Krankenversicherungsträger:
Tiroler Gebietskrankenkasse :

Der Direktor:

(Dr. Arno Melitopoulos)

Der Obmann:

(Werner Salzburger)