

Gebührenfrei gemäß
§ 109 ASVG

GESAMTVERTRAG

vom 1. April 2005

Abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte, (im Folgenden kurz Kammer genannt) für die jeweilige Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Burgenland, der Ärztekammer für Kärnten, der Ärztekammer für Niederösterreich, der Ärztekammer für Oberösterreich, der Ärztekammer für Salzburg, der Ärztekammer für Steiermark, der Ärztekammer für Tirol, der Ärztekammer für Vorarlberg und der Ärztekammer für Wien einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (im Folgenden VAEB genannt) andererseits.

GRUNDLAGEN

§ 1

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341ff und 609 Abs 5 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG), BGBl 189/1955 idgF sowie gemäß § 84 Abs 4 Z 2 iVm § 126 Abs 4 Z 2 ÄrzteG 1998, BGBl I 169/1998 idgF zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden unter der Bezeichnung „Anspruchsberechtigte“ zusammengefasst) abgeschlossen.

(2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern einerseits und die VAEB andererseits.

SPRACHLICHE GLEICHBEHANDLUNG

§ 2

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

FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE

§ 3

(1) Die örtliche Verteilung der Vertragsärzte wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen zuständiger Ärztekammer und VAEB festgesetzt.

(2) Bei der Vergabe von Einzelverträgen ist insbesondere auf folgende Kriterien Bedacht zu nehmen:

a) Bei Bestehen eines Einzelvertrages mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse ist jedenfalls auch ein VAEB-Einzelvertrag zu vergeben; Abweichungen sind im Einvernehmen zwischen der zuständigen Ärztekammer und der VAEB zulässig.

b) Die Vergabe von über den GKK-Stand hinausgehenden Einzelverträgen richtet sich nach dem jeweiligen konkreten Bedarf, der im Einvernehmen zwischen der zuständigen Ärztekammer und der VAEB festzustellen ist.

(3) Es ist weiters zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort der Versicherten die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder Vertragsgruppenpraxen oder einem Vertragsarzt und einer Vertragsgruppenpraxis freigestellt sein.

(4) Wird ein Einvernehmen über die örtliche Verteilung der Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission.

AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSARZTSTELLEN UND AUSWAHL DER VERTRAGSÄRZTE

§ 4

(1) Die freien Vertragsarztstellen werden von der zuständigen Landesärztekammer in deren Mitteilungen ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen zuständiger Ärztekammer und VAEB zu vereinbaren.

(2) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der zuständigen Ärztekammer einzureichen.

(3) Betreffend die Auswahl der Vertragsärzte gilt:

a) Bei der Auswahl der Vertragsärzte gelangen die im jeweiligen Bundesland im Verhältnis zwischen der örtlichen Gebietskrankenkasse und der zuständigen Landesärztekammer maßgeblichen - gem § 343 Abs 1 ASVG sowie gem der Reihungskriterien-Verordnung, BGBl II 487/2002 idgF, erstellten - Richtlinien in der jeweiligen Fassung zur Anwendung.

b) Diese Richtlinien können insbesondere auch Regelungen für den Fall enthalten, dass es zwischen dem erstgereihten Bewerber und dem bisherigen Ordinationsinhaber bzw. dem nach dem Todesfall Verfügungsberechtigten hinsichtlich der Übernahme der Ordination zu keiner Einigung kommt.

c) Dies gilt für alle Einzelverträge ohne Unterschied, ob die Auswahl für einen Einzelvertrag auch mit anderen Krankenversicherungsträgern, insbesondere der örtlichen GKK, oder nur mit der VAEB erfolgt.

d) Die VAEB erhält auf Verlangen die für das Auswahlverfahren maßgeblichen Unterlagen betreffend alle Vertragswerber.

e) Die Ausschreibung einer Vertragsarztstelle hat, sofern gleichzeitig auch ein Einzelvertrag mit der Gebietskrankenkasse vergeben wird, in Koordination mit dieser zu erfolgen.

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

(5) Angestellte Ambulatoriumsärzte und sonstige angestellte Ärzte der VAEB (Chefärzte, Vertrauensärzte und dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte der VAEB sein. Dies gilt auch für nicht angestellte Vertrauensärzte. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen der Kammer bzw. der zuständigen Ärztekammer und der VAEB zulässig.

(6) Wird von einem Vertragsarzt (A), der Einzelverträge mit der Gebietskrankenkasse und der VAEB hat, lediglich ein bestehender Einzelvertrag mit der Gebietskrankenkasse zurückgelegt und wird als Folge davon an einem anderen Ordinationsstandort eine weitere Vertragsarztstelle (B) samt Einzelverträgen mit der Gebietskrankenkasse und der VAEB geschaffen und mit einem anderen Vertragsarzt besetzt (also ein zusätzlicher VAEB-Einzelvertrag vergeben), so ist die VAEB-Vertragsarztstelle A nach Erlöschen des Einzelvertrages nicht mehr nachzubesetzen. Im Einvernehmen zwischen zuständiger Ärztekammer und VAEB kann im konkreten Fall etwas anderes vereinbart werden.

EINZELVERTRAGSVERHÄLTNIS

§ 5

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen der VAEB und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet.

(2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle aufgrund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

(3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.

(4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird der zuständigen Ärztekammer von der VAEB übermittelt.

(5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und den zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

ABSCHLUSS DES EINZELVERTRAGES

§ 6

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und der VAEB ist der in der Anlage beigefügte Muster-Einzelvertrag (**Anhang 1**) zugrunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen in § 3 des Einzelvertrages können mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(2) Die VAEB hat dem Arzt den Einzelvertrag innerhalb von 2 Wochen nach einvernehmlicher Auswahl oder nach Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.

(3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei der VAEB folgt.

(4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Ist der Einzelvertrag mit der Gebietskrankenkasse befristet abgeschlossen, so gilt dies - es sei denn, es wird etwas anderes vereinbart - auch für den VAEB-Einzelvertrag.

TEILUNG EINER VERTRAGSARZTSTELLE

§ 7

(1) Im Einvernehmen zwischen zuständiger Ärztekammer und VAEB kann eine Vertragsarztstelle mit zwei Ärzten für Allgemeinmedizin oder zwei Fachärzten des selben Sonderfaches besetzt werden.

(2) Im Falle einer Teilung der Vertragsarztstelle gemäß Abs 1 wird der Einzelvertrag gemäß § 5 zwischen den betroffenen Ärzten und der VAEB begründet.

(3) Alle Ärzte müssen die vertraglichen Verpflichtungen einhalten und gelten als Vertragsärzte im Sinne des ASVG und des Gesamtvertrages.

(4) Näheres über Art und Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit der Ärzte wird im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer im Rahmen von besonderen Vereinbarungen gemäß § 3 des Einzelvertrages geregelt.

(5) Sofern hinsichtlich der Teilung einer Vertragsarztstelle (§ 7) zwischen örtlicher Gebietskrankenkasse und zuständiger Ärztekammer etwas anderes vereinbart wurde, gilt dies auch für die VAEB; diesfalls gelangen die Regelungen der Abs 1-4 lediglich subsidiär zur Anwendung. Zwischen der zuständigen Ärztekammer und der VAEB kann in Bezug auf § 7 Abweichendes vereinbart werden.

ÜBERGABEPRAXIS

§ 8

(1) Zur Sicherstellung einer optimalen Versorgung und kontinuierlichen Betreuung der Anspruchsberechtigten sowie der faktischen und rechtlichen Sicherheit für die Vertragsärzte kann die Übergabe einer Praxis für maximal drei Jahre vorweggenommen werden.

(2) Ein interessierter Vertragsarzt hat seinen Wunsch nach einem Praxisnachfolger der zuständigen Landesärztekammer bekannt zu geben.

(3) Daraufhin erfolgt die Ausschreibung der Stelle gem. § 4 Abs 1 (ausdrücklich als Übergabep Praxis deklariert). In dieser Ausschreibung muss bereits der aufgrund eines objektiven Bewertungsverfahrens ermittelte Ordinationswert festgelegt sein. Darüberhinausgehende Zahlungen sind nichtig.

(4) Die Auswahl der Bewerber erfolgt gem. § 4 Abs 3. Dem Vertragsarzt wird der erstgereichte Bewerber bekannt gegeben, mit dem er nun eine Zusammenarbeit starten kann.

(5) Mit Beginn der Kooperation von Kassenarzt und potentiellm Nachfolger startet eine maximal 3-jährige Übergangsfrist, d.h. spätestens drei Jahre nach diesem Datum (eine frühere freiwillige Übergabe ist jederzeit möglich) geht der Kassenvertrag automatisch auf den Nachfolger über.

(6) Beide Ärzte müssen sich innerhalb von maximal einem Jahr entscheiden, ob sie die Kooperation fortsetzen wollen. Der potentielle Übernehmer hat bis zum Ende der Einjahres-Frist, die Möglichkeit, sich für andere Kassenstellen zu bewerben, danach ist aber auch er gebunden.

(7) Erfolgt innerhalb des ersten Jahres keine Beendigung der Kooperation, so geht der Kassenvertrag spätestens mit Ende des dritten Jahres ab Kooperationsbeginn auf den nunmehr fixen Nachfolger über.

(8) Kommt es innerhalb des ersten Jahres zu einer Beendigung der Kooperation, so kann der Vertragsarzt wiederum um Ausschreibung und Bekanntgabe eines potentiellen Nachfolgers ansuchen. Die Dreijahres-Frist wird sodann fortgesetzt und beginnt nicht neu zu laufen, sie wird zwischen Scheitern des ersten Versuches und Beginn der Kooperation mit dem zweiten Bewerber lediglich unterbrochen (dh. jeder Vertragsarzt hat maximal drei Jahre Übergabezeit). Nach einem Jahr gilt wiederum Bindung für beide Partner. Scheitert innerhalb der restlichen Zeit der Dreijahres-Frist auch diese Kooperation, so ist das Projekt Übergabep Praxis für den übergabewilligen Vertragsarzt endgültig gescheitert. Beendet jeweils der Übergeber von sich aus die Zusammenarbeit binnen der Einjahres-Frist, so hat er insgesamt lediglich zwei Versuche.

(9) Sofern hinsichtlich der Übergabep Praxis (§ 8) zwischen örtlicher Gebietskrankenkasse und zuständiger Ärztekammer etwas anderes vereinbart wurde, gilt dies auch für die VAEB; diesfalls gelangen die Regelungen der Abs 1-8 lediglich subsidiär zur Anwendung. Zwischen der zuständigen Ärztekammer und der VAEB kann in Bezug auf § 8 Abweichendes vereinbart werden.

WECHSEL DER ORDINATIONSSTÄTTE

§ 9

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist der zuständigen Ärztekammer und der VAEB vom Vertragsarzt mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von 2 Wochen von der zuständigen Ärztekammer und der VAEB kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zur Verlegung bei 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.

STELLVERTRETUNG

§ 10

(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 der VAEB kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenen zugemutet werden kann.

(2) Sofern die Vertretung (auch regelmäßig, tageweise) länger als sechs Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der zuständigen Ärztekammer und der VAEB bekannt zu geben; dauert die Vertretung länger als sechs Monate, so kann die zuständige Ärztekammer oder die VAEB gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird ein Einspruch im Einvernehmen zwischen der VAEB und der zuständigen Ärztekammer erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die zuständige Ärztekammer und die VAEB einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Vertretung.

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

§ 11

(1) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt dem Vertragsarzt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Die ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst oder seinen ordnungsgemäß bestellten Vertreter (§ 10) 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 aufgrund der ärztlichen Ausbildung und der

dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßiger Weise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der VAEB vom Arzt zu begründen.

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

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

(5) Der behandelnde Vertragsarzt für Allgemeinmedizin darf für einen Behandlungsfall innerhalb eines Abrechnungszeitraumes nur in besonderen Fällen und nur mit Zustimmung der VAEB gewechselt werden. Die Inanspruchnahme mehr als eines Vertragsfacharztes der gleichen Fachrichtung im Laufe eines Abrechnungszeitraumes ist ebenfalls nur in besonderen Fällen und nur mit Zustimmung der VAEB zulässig. Der behandelnde Arzt ist in allen Fällen vorher zur Äußerung aufzufordern.

(6) Für einen Behandlungsfall innerhalb eines Abrechnungszeitraumes ist die Inanspruchnahme mehrerer Vertragsärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte) nicht statthaft. Der behandelnde Vertragsarzt ist jedoch berechtigt, einen Vertragsarzt einer anderen Sparte beizuziehen oder ihm die weitere Behandlung zu übertragen, wenn er dies für medizinisch notwendig hält.

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

(8) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Anspruchsberechtigte über deren ausdrücklichen Wunsch privat zu behandeln und diese Leistungen mit den Anspruchsberechtigten direkt zu verrechnen.

(9) Mit der VAEB im Vertrag stehende Spitals- bzw. Amtsärzte dürfen Anspruchsberechtigte der VAEB nur in einer außerhalb der Krankenanstalt bzw. der Amträume gelegenen Privatordination auf Rechnung der VAEB behandeln. Ausnahmen hievon sind nur im Einvernehmen zwischen der VAEB und der zuständigen Ärztekammer zulässig.

(10) Ärztliche Leistungen, die in einer Krankenanstalt (Gebührenklasse) ohne freie Arztwahl erbracht wurden, dürfen ohne Unterschied der Gebührenklasse der VAEB nicht verrechnet werden. Ärzte, die in einer Krankenanstalt ohne freie Arztwahl oder in deren Abteilungen beschäftigt sind, sind ohne Unterschied des Anstellungsverhältnisses nicht befugt, die Behandlung solcher Patienten, die sich in solchen Anstalten befunden haben, im Zuge der selben Krankheit auch nach Entlassung aus dem Spital ohne Zustimmung der VAEB auf deren Rechnung fortzusetzen, es sei denn, dass es sich um Patienten handelt, die von ihnen selbst in das Krankenhaus eingewiesen oder von denen sie ohne Zuweisung in Anspruch genommen wurden.

BEHANDLUNGSPFLICHT

§ 12

(1) Wien:

a) In Wien wird die Behandlungsverpflichtung der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Wien im Wege einer Sprengelenteilung geregelt. Sie betrifft die Gemeindebezirke I – XXIII und ist dem von der VAEB herausgegebenen Ärzteverzeichnis zu entnehmen.

b)) In Wien besteht für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin eine Behandlungsverpflichtung nur für die in ihrem Sprengel wohnhaften Anspruchsberechtigten der VAEB. Im unverbauten Gebiet innerhalb der Sprengelenteilung besteht diese Behandlungsverpflichtung ohne Rücksicht auf die Sprengelgrenze nur für den nächsterreichbaren Vertragsarzt. Für die außerhalb der Sprengelenteilung niedergelassenen Vertragsärzte für Allgemeinmedizin besteht die Behandlungsverpflichtung ebenfalls nur für den nächsterreichbaren Vertragsarzt.

c) Zur ersten Hilfeleistung bei drohender Lebensgefahr ist jeder Vertragsarzt verpflichtet, in seinem Sprengel auch außerhalb seines Sprengels wohnhafte Anspruchsberechtigte der VAEB zum vertraglich festgesetzten Honorar einmalig zu behandeln.

d) Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin innerhalb des Gebietes mit Sprengelenteilung sind berechtigt, Anspruchsberechtigte der VAEB auch außerhalb ihres Sprengels vertragsmäßig zu behandeln. In diesem Falle darf jedoch vom Anspruchsberechtigten eine Aufzahlung für die Wegegebühr nicht eingehoben werden.

e) Die Behandlungspflicht für Vertragsfachärzte nach den Bestimmungen dieses Vertrages besteht ohne Rücksicht auf den Wohnsitz des Anspruchsberechtigten in der Sprechstunde und in den Privatkrankenhäusern mit freier Arztwahl. Zu Krankenbesuchen sind die Vertragsfachärzte im allgemeinen nicht verpflichtet. Hingegen hat der Vertragsfacharzt einer Berufung Folge zu leisten, wenn ein in seiner Behandlung stehender Patient bettlägerig wird oder wenn die Berufung durch einen Vertragsarzt erfolgt. Liegt zwischen der Ordination des Facharztes und der Wohnung des Anspruchsberechtigten bzw. einer Privatklinik mit freier Arztwahl mindestens ein Sprengel, so gebührt dem Facharzt für jeden Krankenbesuch der Sprengelzuschlag laut Honorarordnung.

(2) Übrige Bundesländer:

a) In Orten unter 5.000 Einwohnern besteht für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin für Krankenbesuche eine Behandlungsverpflichtung nur für den nächsterreichbaren Vertragsarzt. Als nächsterreichbarer zur Behandlung verpflichteter Vertragsarzt ist im allgemeinen der nächstordinierende anzusehen; in geschlossenen Orten gilt dies für alle Vertragsärzte. Ist der nächstordinierende Vertragsarzt an der Leistung der Vertragsarztthilfe durch Krankheit, Urlaub, Abwesenheit oder sonstige triftige Gründe verhindert, so geht die Verpflichtung zur Leistung der vertragsärztlichen Hilfe auf denjenigen Vertragsarzt über, der unter Berücksichtigung dieser Umstände für den Anspruchsberechtigten der sonst nächsterreichbare ist. Die Verhinderung des nächstordinierenden Arztes ist in diesem Falle vom behandelnden Arzt auf dem Patienten- bzw. Ersatzpatientenschein anzumerken.

b) In Orten mit über 5.000 Einwohnern, die unter lit. c vermerkte Sonderregelung ausgenommen, ist jeder Vertragsarzt für Allgemeinmedizin innerhalb eines vom Ordinationssitz aus zu denkenden Umkreises mit einem Halbmesser von einem Kilometer zu Krankenbesuchen bei den Anspruchsberechtigten der VAEB verpflichtet, die innerhalb dieses Umkreises wohnen. Für Anspruchsberechtigte außerhalb dieses Umkreises ist er zu Krankenbesuchen verpflichtet, sofern der Ordinationssitz eines anderen Vertragsarztes für Allgemeinmedizin nicht näher ist, als die Entfernung vom Ordinationssitz des Vertragsarztes zum Kranken beträgt.

c) In den nachstehend genannten Orten gilt für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin grundsätzlich die unter lit. b festgelegte Behandlungspflicht:

<u>Burgenland:</u>	Eisenstadt		Marchtrenk
			Ried
<u>Kärnten:</u>	Klagenfurt		Steyr
	Spittal a.d. Drau		Traun
	St. Veit a.d. Glan		Vöcklabruck
	Villach		
	Wolfsberg		
<u>Niederösterreich:</u>	Amstetten		Wels
	Bad Vöslau		
	Baden bei Wien	<u>Salzburg:</u>	Hallein
	Berndorf		Saalfelden
	Brunn/Gebirge		Salzburg
	Gloggnitz		
	Herzogenburg	<u>Steiermark:</u>	Bruck a.d. Mur
	Horn		Eisenerz
	Klosterneuburg		Fohnsdorf
	Korneuburg		Graz
	Krems a.d. Donau		Judenburg
	Langenzersdorf		Kapfenberg
	Maria Enzersdorf		Knittelfeld
	Mödling		Köflach
	Neunkirchen		Leoben
	Perchtoldsdorf		Mürzzuschlag
	Schwechat		Voitsberg
	Stockerau		
	St. Pölten	<u>Tirol:</u>	Hall i. T.
	Ternitz		Innsbruck
	Waidhofen/Ybbs		Kufstein
	Wr. Neustadt		Lienz
			Schwaz
			Wörgl
<u>Oberösterreich:</u>	Ansfelden		
	Attnang-Puchheim		
	Bad Ischl	<u>Vorarlberg:</u>	Bludenz
	Braunau		Bregenz
	Ebensee		Dornbirn
	Enns		Feldkirch
	Gmunden		Lustenau
	Linz		

In diesen Orten gilt für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bezüglich Entfernungszuschlag und Wegegebühren folgende Regelung:

aa) Bei Krankenbesuchen innerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes wird für den Krankenbesuch ein Entfernungszuschlag von vier Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet, doch darf der Vertragsarzt dem im einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebiet besuchten Anspruchsberechtigten, auch wenn er zur Behandlung verpflichtet ist, keine Wegegebühren in Rechnung stellen.

bb) Bei Krankenbesuchen außerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes hat der Vertragsarzt Anspruch auf die volle Wegegebühr; für Krankenbesuche außerhalb der Sprengelgrenzen hat der Vertragsarzt Anspruch auf jene Wegegebühren, die bei der Inanspruchnahme des nächst erreichbaren, zur Behandlung verpflichteten Vertragsarztes für Allgemeinmedizin der VAEB aufgelaufen wären, ausgenommen bei eigenen Patienten; dort ist die nach den tatsächlich gefahrenen Kilometern ermittelte Wegegebühr zu leisten.

d) In den Orten oder Städten, für die ein ärztlicher Sonntagsdienst eingeführt ist oder eingeführt wird, besteht für den diensthabenden Arzt im Sonntagsdienst uneingeschränkte Behandlungsverpflichtung. Die Verrechnung der Wegegebühren wird in der Honorarordnung geregelt.

e) Die Behandlungspflicht für Vertragsfachärzte besteht in der Sprechstunde und, soweit nicht im Folgenden eine andere Regelung vereinbart wird, in den Privatkrankenanstalten mit freier Arztwahl am Orte. Von der Behandlungspflicht für Vertragsfachärzte sind jene Anspruchsberechtigten der VAEB ausgenommen, die in einer Privatkrankenanstalt mit freier Arztwahl Anstaltspflege in einem Zimmer mit einem oder zwei Betten in Anspruch nehmen, es sei denn, dass sie wegen Platzmangels in einem solchen Zimmer Aufnahme finden oder dass sie nicht über eigenes Verlangen, sondern im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt aus medizinischen Gründen in einem Einbettzimmer untergebracht werden müssen. Hat der Anspruchsberechtigte eine private Zusatzversicherung auf Operationskosten oder auf sonstige ärztliche Leistungen abgeschlossen, so stellt es keine Vertragsverletzung dar, wenn der Vertragsfacharzt die sich daraus ergebenden Leistungen in Anspruch nimmt.

f) Zu Krankenbesuchen sind die Vertragsfachärzte im allgemeinen nicht verpflichtet. Hingegen hat der Vertragsfacharzt einer solchen Berufung Folge zu leisten, wenn ein von ihm behandelte, im selben Orte befindliche Patient bettlägerig wird oder wenn die Berufung durch einen Vertragsarzt erfolgt. In den unter lit. c genannten Orten gilt für die Vertragsfachärzte bezüglich Entfernungszuschlag und Wegegebühr folgende Regelung:

aa) Vertragsfachärzten, die zur Behandlung verpflichtet sind, werden Wegegebühren innerhalb eines Umkreises von 5 km, gerechnet vom Ordinationssitz aus, nach den Vorschriften des Punktes 6 lit. b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung vergütet. Können Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 6 lit. b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung nicht verrechnet werden, wird für jeden Krankenbesuch ein Entfernungszuschlag von vier Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.

bb) Den zur Behandlung nicht verpflichteten, jedoch berechtigten Vertragsfachärzten wird für jeden Krankenbesuch innerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes ein Entfernungszuschlag von vier Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.

cc) Bei Krankenbesuchen im selben Orte, jedoch außerhalb des einvernehmlich festgelegten, verbauten Ortsgebietes kann der zur Behandlung nicht verpflichtete, jedoch berechnete Vertragsfacharzt außer dem Entfernungszuschlag von vier Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht die Wegegebühren von der Grenze des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes an in Rechnung stellen, wobei ab der Grenze für die ersten 500 m die Wegegebühr für 1 km und für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden kann.

dd) Innerhalb des Ortes darf der Vertragsfacharzt dem Anspruchsberechtigten keine Wegegebühren in Rechnung stellen.

ee) Bei Krankenbesuchen außerhalb des Ortes können die Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 6 lit. b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung vom Vertragsfacharzt nur bei Berufung durch einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin oder durch einen Vertragsfacharzt eines anderen Fachgebietes verrechnet werden.

In allen übrigen unter lit. c nicht angeführten Orten finden auf die Vertragsfachärzte die sonstigen Wegegebührenbestimmungen des § 12 des Gesamtvertrages Anwendung.

g) Bei Berufung eines Facharztes durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt eines anderen Fachgebietes ist - ausgenommen die Sonderregelung gemäß § 12 Abs 2 lit f - in der Regel nur einer der nächstordinierenden Vertragsfachärzte auf Rechnung der VAEB beizuziehen. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung der VAEB. Wird auf Wunsch eines Anspruchsberechtigten ohne Genehmigung der VAEB ein entfernter ordinierender Facharzt zugezogen oder durch den Anspruchsberechtigten direkt in Anspruch genommen, so verrechnet der Vertragsfacharzt die Mehrkosten an Wegegebühren unmittelbar mit dem Anspruchsberechtigten.

(3) In allen Fällen, in denen Vertragsärzte zur Behandlung von Anspruchsberechtigten der VAEB nicht verpflichtet sind, sind sie zu deren vertragsmäßiger Behandlung nach den einschlägigen Bestimmungen der Honorarordnung berechtigt. Die VAEB leistet jedoch bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Arztes nur jene Wegegebühren, die bei Inanspruchnahme des nächsterreichbaren zur Behandlung verpflichteten Vertragsarztes für Allgemeinmedizin aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren, die durch die Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Vertragsarztes entstehen, verrechnet der Arzt unmittelbar mit dem Anspruchsberechtigten.

(4) Die Behandlung der Anspruchsberechtigten der VAEB in Ambulanzen von Krankenhäusern und von Privatkrankenanstalten durch die dort beschäftigten Vertragsfachärzte ist keine Behandlung im Sinne des Vertrages.

(5) An Sonn- und gesetzlich gebotenen Feiertagen sowie während der Nachtzeit dürfen Vertragsärzte auf Rechnung der VAEB nur in dringenden Fällen beansprucht werden. Liegt Dringlichkeit nicht vor, so ist dies vom Vertragsarzt in der Anmerkungsspalte der Anzeige gesondert zu vermerken.

(6) Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen der VAEB dieser den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

AUSSERHALB DES WOHN- ODER BESCHÄFTIGUNGSORTES ERKRANKTE

§ 13

Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten, die außerhalb ihres Wohn- oder Beschäftigungsortes erkranken, gelten die Bestimmungen wie für die Behandlung von ortsansässigen Anspruchsberechtigten.

NACHWEIS DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG

§ 14

(1) Jeder Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, dem Vertragsarzt vor Behandlungsbeginn seine Anspruchsberechtigung geeignet nachzuweisen, z.B. durch Vorweisen eines von der VAEB für ihn ausgestellten Patienten- bzw. Ersatzpatientenscheines, der Versicherungskarte oder der e-card. Im Falle einer erforderlichen Zuweisung kann ab dem Einsatz der e-card auch ein Ersatzpatientenschein verwendet werden.

(2) Der Vertragsarzt soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Patienten aufgrund der Versicherungskarte oder auf sonst geeignete Art und Weise (z.B. Reisepass, amtlicher Lichtbildausweis) prüfen.

(3) Patienten, die sich nicht als Anspruchsberechtigte der VAEB nach Abs 1 ausweisen, dürfen nicht auf Rechnung der VAEB behandelt werden, auch dann nicht, wenn sie dem Vertragsarzt von früher her als Anspruchsberechtigte bekannt sind. Der Vertragsarzt ist jedoch berechtigt, Patienten, die ihre Anspruchsberechtigung glaubhaft machen, bei der ersten Ordination (Krankenbesuch) in vertragliche Behandlung auf Rechnung der VAEB zu nehmen und für Verrechnungszwecke einen der den Vertragsärzten von der VAEB auf Verlangen kostenlos beigestellten Ersatzpatientenscheine zu verwenden.

(4) Die VAEB hat am Ende des Kalenderjahres 2004 den ehemaligen Anspruchsberechtigten der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues zum Nachweis der Anspruchsberechtigung Patientenscheingarnituren übermittelt. Die ehemaligen Anspruchsberechtigten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, die neue Patientenscheine grundsätzlich nicht übermittelt bekommen, können die Vertragsärzte noch mit den vormalig in Geltung stehenden Originalpatientenscheinen in Anspruch nehmen. Diese Vorgangsweise gilt jedenfalls für das Kalenderjahr 2005 und ist bis zum flächendeckenden Einsatz der e-card im gesamten Bundesgebiet anzuwenden.

(5) Die Bestimmungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte vom 16.12.2004 idgF, abgeschlossen zwischen Hauptverband und Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer, bleiben unberührt.

BEHANDLUNG IN DER ORDINATION

§ 15

(1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen. Die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten ist unzulässig.

(2) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit der VAEB vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die der VAEB bekannt gegebenen Ordinationszeiten, sofern diese dagegen binnen 14 Tagen ab Bekanntgabe durch den Vertragsarzt keinen Einspruch aus versorgungspolitischen Gründen erhebt. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung der vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an die VAEB ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

(3) Sofern ein Vertragsarzt auch einen Einzelvertrag mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse hat und dieser Regelungen hinsichtlich der Ordinationszeiten vorsieht, gelten sie auch für den Bereich der VAEB.

(4) Nur in medizinisch dringenden Fällen (Erste Hilfe) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

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

(6) In medizinisch dringenden Fällen (Erste Hilfe) darf für den Anspruchsberechtigten tunlichst keine Wartezeit entstehen. Ansonsten ist bei der Terminvergabe darauf zu achten, dass der nächste freie Termin angeboten wird.

(7) Die Honorarordnung kann vorsehen, dass bestimmte Leistungen von Vertragsärzten nur dann verrechnet werden dürfen, wenn die von Kammer und VAEB festgelegten Richtlinien erfüllt werden. Die zuständige Ärztekammer prüft die entsprechenden Nachweise der Vertragsärzte und teilt der VAEB die Verrechnungsberechtigten mit. Auf Verlangen der VAEB sind von der zuständigen Ärztekammer die entsprechenden Unterlagen zur Einsicht zur Verfügung zu stellen.

(8) Die Vertragspartner bekennen sich zu einer Qualitätsentwicklung, die die besonderen Lebensumstände bzw. Erkrankungen der Anspruchsberechtigten unter Einbeziehung der sozialen Rahmenbedingungen berücksichtigt.

KRANKENBESUCH

§ 16

(1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Un-

glücksfällen abgesehen, sind die Berufungen zu Krankenbesuchen grundsätzlich bis 9 Uhr vormittags anzumelden. Berufungen soll noch am selben Tag entsprochen werden.

(2) Ein Nachtbesuch darf nur dann verrechnet werden, wenn die Berufung nicht früher als eine Stunde vor Beginn der vertraglich vereinbarten Nachtbesuchszeit erfolgt ist.

(3) Erfolgt der Krankenbesuch nicht in der Wohnung des Patienten, so ist dies in der Anmerkungsspalte des Patienten- bzw. Ersatzpatientenscheines zu vermerken.

(4) Wird der Arzt zu einem Erkrankten gerufen, dessen Behandlung ebenso gut in der Sprechstunde hätte erfolgen können, so ist dies bei der Verrechnung des Krankenbesuches in der Anmerkungsspalte des Patienten- bzw. Ersatzpatientenscheines besonders zu vermerken.

INANSPRUCHNAHME VON VERTRAGSFACHÄRZTEN

§ 17

(1) Der Anspruchsberechtigte ist berechtigt, bei Erkrankungen fachärztliche Beratung bzw. Behandlung unmittelbar oder auf Zuweisung durch einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin, einen Vertragsfacharzt eines anderen Fachgebietes oder einer Vertragsgruppenpraxis in Anspruch zu nehmen.

(2) Bei Notwendigkeit einer Zuweisung hat diese grundsätzlich an einen Vertragsfacharzt bzw. an fachärztliche Vertragsgruppenpraxis zu erfolgen, sofern nicht der ausdrückliche Wunsch des Anspruchsberechtigten auf Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes bzw. einer fachärztliche Vertragsgruppenpraxis vorliegt. Die Zuweisung zum Facharzt/zur fachärztliche Vertragsgruppenpraxis hat schriftlich zu erfolgen, und zwar möglichst unter Benützung der den Vertragsärzten von der VAEB zur Verfügung gestellten Patienten- bzw. Ersatzpatientenscheine.

(3) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. einer allgemeinmedizinischen Vertragsgruppenpraxis zu überweisen. Dem Arzt für Allgemeinmedizin/der allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis ist dabei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(4) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die ihm zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt bzw. an die zuweisende Gruppenpraxis unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages zurück zu überweisen.

OPERATIONEN

§ 18

(1) Operationen und Behandlungen aller Art, die nicht zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen, beispielsweise kosmetische Operationen, wer-

den von der VAEB nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der VAEB vorliegt. Dies gilt auch für Operationen zum Zwecke der Sterilisierung.

(2) Bei Einleitung oder Durchführung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft ist unbeschadet der Bedachtnahme auf die geltenden gesetzlichen Bestimmungen die vorherige Kostenübernahmeverpflichtung der VAEB erforderlich.

OPERATIONEN UND BEHANDLUNGEN IN PRIVATKRANKENANSTALTEN UND IN HÖHEREN GEBÜHRENKLASSEN ÖFFENTLICHER KRANKENANSTALTEN

§ 19

(1) In den Privatkrankenanstalten mit freier Arztwahl bzw. Gebührenklassen solcher Anstalten wird den Anspruchsberechtigten neben der Vergütung der Verpflegskosten von der VAEB der operative ärztliche Beistand bzw. die ärztliche Behandlung, Krankenbesuche bzw. Ordinationen durch einen frei gewählten Vertragsarzt einschließlich der durch die Operation bedingten notwendigen ärztlichen Nachbehandlung in der Anstalt auf Rechnung der VAEB zur Verfügung gestellt. Postoperative Röntgen- und Radiumtherapie wird von der VAEB bis zur Höhe der hierfür geltenden Sätze vergütet.

(2) Behandlung und operative Eingriffe an Anspruchsberechtigten, die höhere Gebührenklassen in öffentlichen Krankenanstalten in Anspruch nehmen, sind nicht Gegenstand der vertraglichen Verrechnung.

SONN- UND FEIERTAGSDIENST; WOCHENTAGS-NACHTBEREITSCHAFTSDIENST

§ 20

(1) Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem von der zuständigen Ärztekammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist die VAEB von der Diensterteilung zu verständigen.

(2) Regelungen über einen Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst können zwischen zuständiger Ärztekammer und VAEB vereinbart werden.

(3) Der 24. und der 31. Dezember sind dem Sonn- und Feiertagsdienst gleichgestellt.

KONSILIUM

§ 21

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann der Vertragsarzt in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt bzw. die fachlich zuständige Vertragsgruppenpraxis zu einem Konsilium berufen.

GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE ÄRZTLICHE LEISTUNGEN

§ 22

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung der VAEB abhängig, so hat der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage an die VAEB auszuhändigen.

(2) Die VAEB darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in anstaltseigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

ANSTALTSPFLEGE UND BEFÖRDERUNGSKOSTEN

§ 23

(1) Eine Einweisung in eine Krankenanstalt hat nur dann zu erfolgen, wenn durch die Anstaltspflege die Wiederherstellung des Erkrankten voraussichtlich wesentlich gefördert wird. Es besteht keine Verpflichtung der VAEB zur Gewährung von Anstaltspflege in Fällen ausschließlicher Pflegebedürftigkeit oder solchen Fällen, die auch ambulatorisch oder in häuslicher Pflege behandelt werden können. Die Kosten der Mitnahme von Begleitpersonen werden von der VAEB nicht übernommen. Die Anspruchsberechtigten sind, sofern der ausdrückliche Wunsch des Patienten nicht entgegensteht, unter Bedachtnahme auf ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit in die allgemeine Gebührenklasse der öffentlichen oder in die mit der VAEB im Vertrag stehenden privaten Krankenanstalten einzuweisen.

(2) Die vorherige Zustimmung der VAEB ist für die Inanspruchnahme von Anstaltspflege bei Aufsuchen der allgemeinen Gebührenklasse öffentlicher Krankenanstalten oder der untersten Verpflegsklasse privater Vertragskrankenanstalten ohne freie Arztwahl nicht erforderlich. In allen übrigen Fällen ist die vorherige Zustimmung der VAEB vom Anspruchsberechtigten aufgrund eines schriftlichen ärztlichen Antrages einzuholen.

Ausgenommen sind dringliche Fälle, in denen die Zustimmung der VAEB jedoch binnen acht Tagen, von der Aufnahme in die Krankenanstalt gerechnet, nachzuholen ist. Um die Verlängerung der bewilligten Anstaltspflege muss, möglichst eine Woche vor Ablauf der bewilligten Dauer, in der Regel durch die Spitalsverwaltung, in Privatkrankenanstalten mit freier Arztwahl aufgrund eines ärztlichen Antrages bei der VAEB angesucht werden.

(3) Im Falle von Anstaltspflege werden von der VAEB auch die allfällig notwendigen Kosten der Beförderung in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt - Ausnahmen sind zu begründen - und allenfalls auch zurück übernommen.

(4) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z.B. Krankenwagen) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung der VAEB ist in jedem Fall vom Vertragsarzt kurz schriftlich zu begründen. Falls der Patient die Beförderung in eine weiter entfernte Krankenanstalt

wünscht, obwohl eine ärztliche Begründung hierfür nicht gegeben ist, ist dies vom Arzt auf dem Transportschein zu vermerken.

ERWEITERTE HEILBEHANDLUNG

§ 24

(1) Sämtliche Leistungen der erweiterten Heilbehandlung, zu denen insbesondere die Bewilligung von Aufenthalten in Kurorten, ferner von Landaufenthalten in Fällen von Rekonvaleszenz nach Operationen oder schwerer Erkrankung gehören sowie die Unterbringung in Krankenanstalten die vorwiegend der Rehabilitation dienen, sind ausnahmslos bei sonstiger Ablehnung des Anspruchs an die vorherige Zustimmung der VAEB gebunden. Diese ist durch die Anspruchsberechtigten mittels der hierfür von der VAEB erhältlichen Drucksorte im Wege der zuständigen Servicestelle oder bei der VAEB in Wien zu beantragen. Für die Mitwirkung des Vertragsarztes bei dieser Antragstellung darf weder der VAEB noch dem Anspruchsberechtigten ein Honorar in Rechnung gestellt werden. Die Honorierung der kurärztlichen Betreuung ist nicht Gegenstand dieses Vertrages.

(2) Anträge auf Bewilligung von Kur-, Bade- und Landaufenthalten sowie für den Gebrauch von Kurmitteln in Kurorten dürfen nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation gestellt werden, Kontraindikationen sind zu vermeiden. Die Abweisung keinen Erfolg versprechender Wünsche der Anspruchsberechtigten hat schon durch den behandelnden bzw. beratenden Arzt zu erfolgen. Erholungsaufenthalte wegen Arbeitsübermüdung oder Kuraufenthalte ohne vorangehende ärztliche Behandlung dürfen in der Regel nicht beantragt werden.

(3) Beabsichtigt die VAEB, Leistungen der erweiterten Heilbehandlung zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so ist dieser vorher anzuhören.

VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN

§ 25

(1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten der VAEB nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.

(2) Der Vertragsarzt hat bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der VAEB die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen sowie die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Kammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen zu beachten. Bei generikafähigen Arzneimitteln soll der Anteil der verordneten Originärpräparate jenen Prozentsatz pro Quartal nicht überschreiten, der zwischen Kammer und VAEB jeweils vereinbart wird. Dem verordnenden Arzt werden von der Kasse überdies die Folgekosten der Heilmittelverordnungen unverzüglich (wenn möglich in elektronischer Form) mitgeteilt. Das Procedere wird in einer gemeinsam von VAEB und Kammer paritätisch besetzten Steuerungsgruppe festgelegt. Dadurch soll ein re

gelmäßiges Monitoring sowie ein gemeinsames Controlling (Maßnahmensteuerung) gewährleistet werden.

(3) Zur Verordnung von Heilmitteln für Rechnung der VAEB ist das bundeseinheitliche Kassenrezeptformular oder das amtliche Suchtgiftrezept, zur Verordnung von Heilbehelfen der Patientenschein zu verwenden. Diese Vordrucke sind nach Tunlichkeit mit dem deutlichen Aufdruck des Vertragsarztstempels, jedenfalls aber mit der leserlichen Unterschrift des behandelnden Arztes zu versehen. Der Vertragsarzt hat das Vorliegen einer Rezeptgebührenbefreiung nach Maßgabe des ihm vom Anspruchsberechtigten vorzulegenden Nachweises der VAEB durch nochmaligen Stempelaufdruck im dafür vorgesehenen Feld des Kassenrezeptformulars zu bestätigen. Werden die Formulare maschinell bedruckt, kann der Vertragsarztstempel durch maschinelles Andrucken der Stempeldaten ersetzt werden.

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

(5) Zur Verwendung in der Ordination der Vertragsärzte dürfen von diesen auf Kosten der VAEB Arzneien, Verbandstoffe und Einmalgeräte nur in dem für die Behandlung der Anspruchsberechtigten nötigen Ausmaß bezogen werden. Für Reinigungszwecke darf pro ordinatione nur Wundbenzin und nicht aether sulfuricus und für Desinfektionszwecke nur spiritus vini dilutus, nicht aber alcoholus absolutus verschrieben werden. Reagenzien - mit Ausnahme für Harnuntersuchungen auf Eiweiß und Zucker qualitativ bei Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten - und Batterien werden von der VAEB nicht vergütet. Verschreibungen pro ordinatione sind rezeptgebührenfrei.

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

(7) Der Bezug von Heilbehelfen wie z.B. Bruchbändern, Bauchmiedern, Prothesen (Prothesenreparaturen) etc., bedarf der vorherigen Zustimmung der VAEB, die vom Anspruchsberechtigten aufgrund des schriftlichen Antrages des Arztes einzuholen ist. Duplikate von Heilbehelfen werden im allgemeinen nicht bewilligt. Die Vergütung der Heilbehelfe erfolgt, soweit diese nicht seitens der Anspruchsberechtigten von den mit der VAEB im Vertrag stehenden Lieferanten kostenlos bezogen werden können, nach den jeweils festgesetzten Höchstsätzen.

(8) Wenn das Außerachtlassen der Vorschriften der Abs 1-4 zu einer Mehrbelastung der VAEB führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 38 Anwendung.

FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT

§ 26

(1) Die folgenden Bestimmungen gelten nur für krankengeldbezugsberechtigte Versicherte.

(2) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem behandelnden Vertragsarzt.

(3) Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu von der VAEB beauftragten Organe (Chefarzt, Vertrauensarzt, Ambulatorium und dgl.) einholen.

(4) 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 VAEB nicht behindert wird. Ist im hierzu von der VAEB aufgelegten Formular durch den Vertragsarzt keine Ausgehzeit eingetragen, so ist davon auszugehen, dass ein Ausgang nicht möglich ist.

MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT

§ 27

(1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Chef(Vertrauens)arzt der VAEB aufgrund eines Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes zu. Der Vertragsarzt folgt dem Versicherten das hierfür aufgelegte Formblatt ausgefüllt aus. Der Versicherte hat diese Bescheinigung umgehend an die zuständige Servicestelle der VAEB zu senden.

(2) Die Krankenstandsmeldung ist auf dem vorgesehen Vordruck 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 Missbrauchs von Suchtgiften ergeben. Ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z.B. Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. 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 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.

FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DIE VAEB

§ 28

(1) Die VAEB ist berechtigt, durch die hiezu beauftragten Organe (Chefarzt, Vertrauensarzt, Ambulatorium und dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist der behandelnde Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.

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

(3) Beabsichtigt der Chef(Vertrauens)arzt einen Versicherten, der durch den behandelnden Vertragsarzt nicht in 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 Organs der VAEB 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 der VAEB zu.

(5) Die VAEB kann einen Vertragsarzt damit betrauen, Versicherte, die nicht in vertragsärztlicher Behandlung stehen und Anspruch auf Führung im Krankenstand erheben, auf ihre Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen und solche Versicherte in ständiger ärztlicher Kontrolle zu behalten, um nach seinem Ermessen die Abmeldung aus dem Krankenstand vorzunehmen. Dies gilt nicht für die Dauer stationärer Krankenhausbehandlung. Mit dieser Aufgabe wird die VAEB in der Regel einen diesem Versicherten zunächst wohnhaften Arzt betrauen.

MUTTERHILFE

§ 29

Der Vertragsarzt ist zur Beratung der schwangeren Anspruchsberechtigten, ferner zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft verpflichtet.

AUSKUNFTSERTEILUNG

§ 30

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

(2) Die VAEB hat für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte gegenüber anderen als in Abs 1 genannten Personen Sorge zu tragen.

KRANKENAUFZEICHNUNGEN

§ 31

Der Vertragsarzt führt für die in seiner Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen. Kommt der Vertragsarzt seiner Aufzeichnungspflicht mittels EDV-Speicherung nach, muss er für Aussprachen mit Vertretern der VAEB Ausdrücke anfertigen oder die erforderlichen Angaben in anderer für sie lesbarer Form zur Verfügung stellen.

ADMINISTRATIVE MITARBEIT

§ 32

(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 ist.

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

(3) Die VAEB hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestausmaß beschränkt bleibt. Die für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden dem Vertragsarzt von der VAEB kostenlos zur Verfügung gestellt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit seiner Unterschrift und seiner Stampiglie zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hiefür vorgesehen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die

Krankenstandsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

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

(6) Der Vertragsarzt wird arbeitsfähigen Versicherten über deren Verlangen die Dauer des Aufenthaltes in der Ordination in geeigneter Weise ohne Anrechnung einer Gebühr bestätigen (Besuchszeitenbestätigung).

(7) Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe werden schwangeren Dienstnehmerinnen über deren Ersuchen eine Bescheinigung für den Dienstgeber über den Bestand der Schwangerschaft und den voraussichtlichen Entbindungstermin - sofern dies auf einem Formular der VAEB erfolgt ohne Anrechnung einer Gebühr - ausstellen.

(8) Während der Ordinationszeiten soll die Ordination bzw. der Arzt tunlichst erreichbar sein. Außerhalb der Ordinationszeiten sollen wesentliche Informationen wie z.B. künftige Urlaubsabsenz oder Ordinationszeiten in geeigneter Form erfolgen.

(9) Sämtliche Mitteilungen (ausgenommen jene nach § 9), die gemäß den Bestimmungen dieses Vertrages vom Vertragsarzt bzw. der Kammer oder der zuständigen Ärztekammer an die VAEB zu ergehen haben, können auch per Fax oder e-Mail übermittelt werden.

HONORIERUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

§ 33

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird in der Honorarordnung geregelt, die einen Bestandteil des Gesamtvertrages bildet.

(2) Die Honorarordnung hat insbesondere zu enthalten:

- a) Die Grundsätze, nach denen die einzelnen ärztlichen Leistungen zu verrechnen und zu honorieren sind (Allgemeine Bestimmungen).
- b) Die Aufzählung der vertraglichen Leistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte auf Rechnung der VAEB.
- c) Die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und, soweit dies vorgesehen ist, in Eurobeträgen.

(3) Der Geldwert des einzelnen Punktes wird in einem Anhang zur Honorarordnung zwischen der Kammer und der VAEB vereinbart. Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann die Kammer oder die VAEB eine Abänderung der Tarife verlangen.

RECHNUNGSLEGUNG

§ 34a

(1) Die Honorierung der Vertragsärzte erfolgt nach Einzelleistungen gemäß der Honorarordnung. Die Abrechnung der Honorare erfolgt monatlich. Jeder Vertragsarzt hat die Patienten-, Ersatzpatienten- bzw. Ergänzungsscheine über die im Laufe eines Kalendermonates durchgeführten Behandlungen mit Ende des Monats abzuschließen. Jeder Patienten-, Ersatzpatienten- bzw. Ergänzungsschein ist in den hierfür vorgesehenen Teilen mit einem Tagesdatum und der Leistungsangabe (Positionsnummer) zu versehen. In die zutreffende Rubrik sind Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes zu setzen. Wurden ärztliche Leistungen in einer Krankenanstalt vorgenommen, so ist der Name dieser Anstalt in der Anmerkungsspalte anzugeben. Wird die Behandlung durch mehrere Monate fortgesetzt, so ist für jeden Behandlungsmonat ein neuer Patienten-, Ersatzpatienten- bzw. Ergänzungsschein zu verwenden. Leistungen, die über das in § 11 Abs 2 erwähnte Ausmaß hinausgehen, sind im Interesse des Arztes im Patienten-, Ersatzpatienten- bzw. Ergänzungsschein kurz zu begründen. Bei allen Operationen ist auch der Ort (Bezeichnung des Krankenhauses, Privatordination oder Wohnung des Patienten), wo die Operation vorgenommen wurde, auf dem Patienten-, Ersatzpatienten- bzw. Operations-Ergänzungsschein anzuführen.

Erwies sich ein Patientenschein bei einem Patienten nicht als ausreichend und musste ein Ersatz-Patientenschein bzw. ein Ergänzungsschein zusätzlich verwendet werden, sind auf diesem die Daten des Patienten einzutragen und der Ersatzschein nach dem Patientenschein vor dem Ergänzungsschein zu reihen. Die Patienten-, Ersatzpatienten- bzw. Ergänzungsscheine über die im Laufe eines Kalendermonates erbrachten Leistungen sind am Monatsende im zuoberst zu legenden Verrechnungsschein entsprechend ihrer Anzahl unter Angabe des Behandlungsmonates und -jahres einzutragen und spätestens bis zum 15. des nächstfolgenden Monats der VAEB entsprechend frankiert einzusenden bzw. bei ihr einzureichen. Für nicht oder nicht genügend freigemachte Sendungen wird der entsprechende Nachportobetrag von der nächstfälligen Rechnung in Abzug gebracht. Zwischen der VAEB und der zuständigen Ärztekammer kann eine vierteljährliche Einsendung der Abrechnungen in ausnahmsweisen Fällen vereinbart werden. Alle Zahlungsbelege und Bewilligungsscheine der VAEB sind anzuschließen. Die Vorlage von Honorarlisten entfällt; an ihre Stelle tritt der von der VAEB in der erforderlichen Anzahl beigestellte Verrechnungsschein.

(2) Abrechnungen, die den Bestimmungen des Abs 1 nicht entsprechen, werden von der VAEB erst nach Erledigung aller ordnungsgemäß eingelangten Abrechnungen bearbeitet. Bei Rechnungen, die ohne sachliche Begründung später als zwei Monate nach Ablauf des abgerechneten Behandlungsmonates eingereicht werden, erfolgt ein 5prozentiger Abzug. Ist seit dem abgerechneten Behandlungsmonat mehr als ein Jahr verstrichen und liegt eine sachliche Begründung hierfür nicht vor, wird außer dem 5prozentigen Abzug der auf die vertraglichen Leistungen entfallende, vom Anspruchsberechtigten zu entrichtende Behandlungsbeitrag von der Rechnung ohne Anspruch auf Ersatz in Abzug gebracht. Rechnungen über mehr als drei Jahre zurückliegende Behandlungsmonate werden nicht honoriert. Assistenzen und Narkosen werden ausschließlich durch den Operateur verrechnet, das Honorar wird den assistierenden Ärzten unmittelbar von der VAEB überwiesen.

(3) Die Rechnungslegung der Vertragsärzte ist elektronisch vorzunehmen.

(4) Als Übergangslösung für jene Vertragsärzte, die nicht (mehr) auf eine EDV-Rechnungslegung umstellen wollen, akzeptiert die VAEB solange dies im Hinblick auf administrative und technische Möglichkeiten der VAEB vertretbar ist, längstens jedoch bis

31.12.2007, auch eine konventionelle Rechnungslegung. Bei diesen Vertragsärzten wird von der VAEB als Abgeltung für den erhöhten Verwaltungsaufwand ein Honorarabschlag von 50 Cent pro Patienten (Ersatz-) patientenschein von der jeweiligen Abrechnung in Abzug gebracht. Allfällige Teuerungen, die sich aus den geltenden Umsatzsteuervorschriften oder deren Änderung ergeben, sind den Abschlägen hinzuzurechnen. Die Valorisierung dieser Honorarabschläge ist gesondert zu vereinbaren.

(5) Die Übergangsregelung gemäß Abs 3 gilt nicht für jene Ärzte, die nach dem 31.12.2002 ein Vertragsverhältnis mit der VAEB eingehen.

§ 34b (Voraussetzungen für die EDV-Rechnungslegung)

Für die EDV-Rechnungslegung muss die Eignung des EDV-Abrechnungssystems des Vertragsarztes im Sinne von § 34c Abs 1 gegeben sein.

§ 34c (Eignung des EDV-Abrechnungssystems)

(1) Der Vertragsarzt darf die EDV-Rechnungslegung nur mit einem EDV-Abrechnungssystem durchführen, dessen grundsätzliche Eignung von der Kammer und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgestellt ist. Der Vertragsarzt hat unabhängig davon sicherzustellen, dass sein EDV-Abrechnungssystem den Vertragsbestimmungen entspricht. Er muss für die Übermittlung der Abrechnungsdaten den beiliegenden Datensatz (**Anhang 2**) unter Beachtung des Code-Verzeichnisses (**Anhang 3**) und der Erläuterungen (**Anhang 4**) verwenden.

(2) Der Vertragsarzt hat sein EDV-Abrechnungssystem innerhalb der von der Kammer und der VAEB gemeinsam festgesetzten angemessenen Frist an Änderungen der Verträge, der Rechnungslegungsvorschriften, des Datensaufbaues oder des Code-Verzeichnisses anzupassen.

(3) Änderungen des EDV-Abrechnungssystems (der Hard- oder Softwarekonfiguration) auf Initiative des Vertragsarztes sind jederzeit möglich, sofern die Eignung des neuen Systems gemäß § 34c Abs 1 festgestellt wurde.

(4) Größere Anpassungen eines EDV-Abrechnungssystems an die technologischen Entwicklungen sind nach Vereinbarung zwischen der Kammer und der VAEB vom Vertragsarzt innerhalb der von der Kammer und der VAEB gemeinsam festgesetzten angemessenen Frist durchzuführen.

(5) Der Vertragsarzt hat alle für die Rechnungslegung relevanten Änderungen von Hard- oder Software (ausgenommen Anpassungen an Honorarordnungsänderungen) der VAEB und der zuständigen Ärztekammer unter Bekanntgabe des Zeitpunktes, ab dem er das geänderte System verwenden will, schriftlich bekannt zu geben. Die VAEB kann innerhalb von vier Wochen Widerspruch erheben. Der Vertragsarzt hat jede Programmänderung, die für die EDV-Abrechnung bedeutsam ist, zu protokollieren. Die Protokolle sind zumindest drei Jahre lang aufzubewahren.

§ 34d (Durchführung der EDV-Rechnungslegung)

(1) Neben den Abrechnungsdaten hat der Vertragsarzt der VAEB folgende Unterlagen zu übermitteln:

1. Den Verrechnungsschein als Datenbegleitschein oder Datenfernübertragungsbestätigung.
2. Bei zuweisungsgebundenen Fachgebieten sowie auf ausdrückliches Verlangen der VAEB im Einzelfall in der den Erfordernissen angemessenen Dauer die (Ersatz-) Patientenscheine gemäß Abs 4.
3. Andere Unterlagen, deren Übermittlung vertraglich vereinbart ist (z.B. Vorsorgeuntersuchungs-Befundblätter).

(2) Der Verrechnungsschein übernimmt auch die Funktionen des Datenbegleitscheines und der Datenfernübertragungsbestätigung; das beiliegende Muster (Anhang 5) gilt als abgeprochen im Sinn des § 32 Abs 2 des Gesamtvertrages. Der Vertragsarzt hat den Verrechnungsschein vollständig auszufertigen, insbesondere die Anzahl der Datenträger und Datensätze einzutragen. Mit der Unterschrift übernimmt der Vertragsarzt die Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Datenübermittlung an die VAEB und der zur Verrechnung bestimmten Leistungspositionen.

(3) Der Vertragsarzt muss auf dem Patientenschein nur jene Angaben machen, zu denen er verpflichtet ist, die aber im Datensatz nicht vorgesehen sind oder nicht erfasst werden können. Diese Angaben hat er mit seiner Unterschrift zu bestätigen. Patientenscheine, auf denen der Vertragsarzt sonst keine Eintragungen macht, müssen lediglich seine Arztstampiglie aufweisen. Die Patientenscheine sind grob alphabetisch sortiert einzureichen; ihre Anzahl muss mit der Anzahl der übermittelten Datensätze übereinstimmen.

(4) Rechnungslegungen, welche nicht vertragsgemäß erstellt sind, und nicht lesbare Disketten retourniert die VAEB dem Vertragsarzt innerhalb von 14 Tagen ab Fehlerfeststellung zur Richtigstellung.

(5) Die Rechnungslegungsdaten sind vom Vertragsarzt zumindest sechs Monate ab Erhalt des Honorars, im Falle von Einwendungen gemäß § 38 Abs 6 des Gesamtvertrages bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens, zu speichern. Innerhalb dieses Zeitraumes muss der Vertragsarzt die Rechnungslegung jederzeit wiederholen können. Die Abrechnungsdiskette verbleibt bei der VAEB und wird von ihr zumindest über den zuvor beschriebenen Zeitraum aufbewahrt.

§ 34e (Kosten der EDV-Rechnungslegung)

Die mit der EDV-Rechnungslegung, mit der Anschaffung oder Änderung eines EDV-Abrechnungssystems und mit der Datenübermittlung zusammenhängenden Kosten sind von jenem Partner des Einzelvertrages zu tragen, bei dem sie unmittelbar anfallen.

§ 34f

Ergeben sich aus der Überprüfung der Abrechnung Differenzen zwischen dem Vertragsarzt und der VAEB, so sind diese nach den Bestimmungen des § 38 zu regeln. Die Einbehaltung von Teilen der Bruttoliquidierungssumme ist nur aufgrund eines abgeschlossenen Verfahrens der Paritätischen Schiedskommission oder einer rechtskräftigen Entscheidung des Schlichtungsausschusses zulässig.

§ 34g

Im Falle einer Stellvertretung des Vertragsarztes verrechnet die VAEB nur mit dem vertretenen Vertragsarzt.

HONORARANWEISUNG, HONORARABZÜGE UND HONORARZUSCHLÄGE

§ 35

(1) Die VAEB verpflichtet sich, gemäß § 34 lit a-g dieses Vertrages form- und zeitgerecht eingereichte Honorarabrechnungen bis zum 15. des der Einreichung folgenden Monats an die Vertragsärzte zur Auszahlung zu bringen. Die Überweisung des entfallenden Betrages ist zeitgerecht erfolgt, sobald der Auftrag auf Überweisung von der VAEB innerhalb der obgenannten Frist ergangen ist. Die technischen Einzelheiten der Durchführung werden zwischen der VAEB und der Kammer vereinbart. Wird von der VAEB eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss beantragt, so ist der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht werden.

(2) Die Honorare werden an die Vertragsärzte auf dem bisher vorgesehenen Weg mit maschinell ausgedruckten Anweisungsformularen überwiesen. Außerdem erhalten die Vertragsärzte maschinell ausgedruckte Honorarlisten, die eine komplette Übersicht über die Verrechnung der bekannt gegebenen Leistungen bieten. Leistungen, die aufgrund des Gesamtvertrages nicht honoriert werden konnten (Streichungen wegen Widerspruchs zu vereinbarten Verrechnungsbeschränkungen), werden mit einer Begründung ausgewiesen. Die Bestimmungen des § 38 des Gesamtvertrages bleiben durch diese Regelung unberührt. Die VAEB stellt der Kammer ein Mal pro Quartal eine nach Fachgruppen geordnete Übersicht der in diesem Zeitraum nicht honorierten Leistungen zur Verfügung.

(3) Die VAEB wird monatlich von den an die Vertragsärzte zur Liquidierung gelangenden Bruttohonoraren unter dem Titel „Beiträge und sonstige Gemeinschaftsleistungen“ jene Beträge in Abzug bringen, die ihr jeweils von der zuständigen Ärztekammer im Vorhinein schriftlich bekannt gegeben werden und die Beträge binnen vier Wochen später der zuständigen Ärztekammer laufend überweisen. Der Vertragsarzt anerkennt durch die Unterzeichnung des Einzelvertrages diese Vereinbarung.

Die Abrechnung der Ärztekammerbeiträge wird ebenfalls maschinell durchgeführt, wobei auf die Meldungen der einzelnen Ärztekammern über die Höhe der abzusetzenden Beiträge Bedacht genommen wird.

Der jeweiligen Ärztekammer werden alle für die Beitragsabrechnung erforderlichen Nachweisungen sowie darüber hinaus alle statistischen Nachweisungen zur Verfügung gestellt, die sich aus dem Honorarabrechnungswerk ergeben.

TOD DES VERTRAGSARZTES

§ 36

(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 gegenüber der VAEB stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.

(2) Der von der Witwe (dem Witwer) 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.

GEGENSEITIGE UNTERSTÜTZUNGSPFLICHT

§ 37

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

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

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

(4) Die VAEB 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 die VAEB und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

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

VORBEHANDLUNG VON STREITIGKEITEN IM SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS

§ 38

(1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und der VAEB sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird die VAEB, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten. 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 der VAEB. 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 von der VAEB 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 § 25 der VAEB zu leisten hat.

(4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie der VAEB mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs 5 hinzuweisen ist.

(5) Der Vertragsarzt und die VAEB 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 6 Monaten geltend gemacht werden. Die 6-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für die VAEB mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 25 nicht beachtet, ist eine Beanstandung durch die VAEB nur innerhalb von 9 Monaten nach Einlangen der Verschreibung bei der VAEB zulässig.

ZUSAMMENARBEIT DER VERTRAGSÄRZTE MIT DEM CHEF(VERTRAUENS)- ÄRZTLICHEN DIENST

§ 39

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

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

VERFAHREN BEI STREITIGKEITEN

§ 40

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem aufgrund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen - unbeschadet der Bestimmungen des § 38 - dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

AUFLÖSUNG DES EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISSES

§ 41

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

AUSSCHREIBUNG VON FREIEN FACHARZTSTELLEN IN DEN AMBULATORIEN DER VAEB

§ 42

Die VAEB wird freie Facharztstellen in einem von ihr geführten Ambulatorium in den Mitteilungen der Kammer sowie in den Mitteilungen der zuständigen Landesärztekammer ausschreiben.

WEITERGELTUNG BESTEHENDER EINZELVERTRÄGE

§ 43

Vertragsärzte, die am 31. Dezember 2004 in einem Einzelvertragsverhältnis zur Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und/oder zur Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues gestanden sind, sind ab 1. Jänner 2005 aufgrund der Zusammenführung dieser beiden Versicherungsanstalten zur VAEB und des gesetzlich vorgesehenen Rechtsüberganges Vertragsärzte der VAEB.

GÜLTIGKEITSDAUER

§ 44

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

(2) Darüber hinaus erlischt der Gesamtvertrag zu jenem Zeitpunkt, zu welchem der Gesamtvertrag vom 1.4.2005 idgF über Gruppenpraxen aus welchen Gründen auch immer endet.

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

KONSULTATIONSMECHANISMUS

§ 45

Die Parteien dieses Gesamtvertrages werden jedenfalls einmal jährlich - auf Wunsch eines Vertragspartners auch öfter - eine tarifwirksame Verhandlungsrunde hinsichtlich eines allfälligen Verlustausgleiches auf Ärzteseite durchführen; dabei sollen insbesondere die Kostenentwicklungen auf dem Heilmittelsektor, die laufenden allgemeinen Praxiskosten sowie die jeweilige Inflationsrate Verhandlungsparameter sein. Weiters soll in diesem Zusammenhang eine allgemeine Evaluierung und allfällige zeitgemäße Adaptierung dieses Gesamtvertrages erfolgen.

CLAUSULA REBUS SIC STANTIBUS

§ 46

Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder sonstigen Voraussetzungen, die beim Abschluss dieses Gesamtvertrages maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Abänderung verlangen.

VERLAUTBARUNG

§ 47

Dieser Gesamtvertrag samt Anlagen sowie allfällige Nachträge zu diesem Gesamtvertrag werden auf der Homepage der Kammer und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger veröffentlicht.

IN-KRAFT-TRETEN DES VERTRAGES

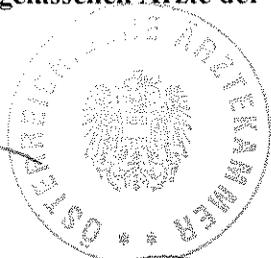
§ 48

Dieser Gesamtvertrag tritt mit 1. April 2005 in Kraft.

Wien, den 9. Juni 2005

Für die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer


Obmann




Präsident

Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger


Obmann




Leitender Angestellter


Obmann
Heinrich KNAPP




Leitender Angestellter
Dr. Lucian WETTER