

GESAMTVERTRAG

vom 1. Jänner 2004

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

Präambel

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

Grundlagen

§ 1

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), BGBl. Nr. 189 sowie gemäß § 66 Abs.2 Z.8 des Ärztegesetzes, BGBl. I 1998/169 in der geltenden Fassung zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden unter der Bezeichnung „Anspruchsberechtigte“ zusammengefasst) abgeschlossen.

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

Geltungsbereich

§ 2

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

1. Wiener Gebietskrankenkasse
2. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
3. Betriebskrankenkasse Austria Tabak
4. Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
5. Betriebskrankenkasse Sempertit
6. Betriebskrankenkasse Neusiedler
7. Versicherungsanstalt des Österreichischen Bergbaues
8. Sozialversicherungsanstalt der Bauern

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

Bevollmächtigung

§ 3

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger bevollmächtigen die Wiener Gebietskrankenkasse (im Folgenden kurz Kasse), sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge, so zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, zu vertreten. Die Kasse 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 Kasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

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

Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsärzte

§ 4

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

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

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

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

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

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

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

(7) Ab 1. Jänner 2004 müssen neu geschaffene Stellen (neue Standorte) über einen barrierefreien Zugang zur Ordination verfügen. Für am 1. Jänner 2004 bereits bestehende Verträge (Ordinationen) und ab 1. Jänner 2004 neu besetzte bereits bestehende Stellen (bereits bestehende Ordinationen) wird eine Übergangszeit von fünf Jahren vereinbart; nach dem Ende dieser Frist müssen

jedenfalls 12% der Ordinationen barrierefrei im Sinne der Bestimmungen von Anlage 1 dieses Vertrages sein.

Strukturentwicklung

§ 5

(1) Teilt ein Vertragsarzt mit, dass er beabsichtigt, seine vertragsärztliche Tätigkeit zu beenden und kommen Kammer und Kasse überein, diese Stelle auf Grund versorgungspolitischer Notwendigkeit nicht nachzubesetzen, so erhält der Inhaber des Einzelvertrages, der seine Tätigkeit beenden möchte (oder dessen Erben), von der Kasse eine Einmalzahlung in der Höhe von einem Drittel des nachgewiesenen, durchschnittlichen Jahresumsatzes der letzten drei Kalenderjahre die vor der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit liegen.

(2) Die Einmalzahlung ist von der Kündigung des Einzelvertrages durch den Vertragsarzt oder seinem Tod abhängig; sie wird mit der Restzahlung des letzten Quartals des aufrechten Einzelvertrages fällig und mit dieser ausbezahlt.

(3) Stellen, für deren Aufgabe eine Einmalzahlung gemäß Abs. (2) bezahlt wurde, verbleiben in einer Strukturentwicklungsreserve zur Verbesserung der Versorgung der Anspruchsberechtigten. Kammer und Kasse kommen überein, mit den Stellen aus der Strukturentwicklungsreserve Planstellen für Einzelpraxen mit besonderen Versorgungsangeboten oder Gruppenpraxen zu besetzen. Die Stellenbesetzung erfolgt im Einvernehmen von Kammer und Kasse nach regionalen und versorgungspolitischen Gegebenheiten.

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

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

Ausschreibung freier Vertragsarztstellen

§ 6

(1) Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen mit der Kammer von der Kasse in den Mitteilungen der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen Kammer und Kasse 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.

Auswahl der Vertragsärzte

§ 7

(1) Die Kammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme binnen vier Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an den Versicherungsträger weiter und erstattet einen begründeten Vorschlag. Ist die Kasse mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat sie binnen vier Wochen einen begründeten Gegenvorschlag nach Einlangen des Vorschlages der Kammer zu erstatten. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Kasse.

Kommt innerhalb von zwei Wochen ein Einvernehmen nicht zu Stande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag von Kammer oder Kasse.

(2) Kammer und Kasse können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren. (Anlage 2)

(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 Ambulatoriumsärzte eines der im § 2 genannten Versicherungsträger dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte dieser Versicherungsträger sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte u. dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihres Versicherungsträgers sein. Dies gilt auch für nicht angestellte Kontrollärzte. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen Kammer und Versicherungsträger zulässig.

(5) Während der Laufdauer des Einzelvertragsverhältnisses darf der Vertragsinhaber keinen Vertrag mit einer bettenführenden Krankenanstalt abschließen, durch die er sich zu einer regelmäßigen Erbringung ärztlicher Leistungen für die Krankenanstalt verpflichtet. Tätigkeiten als Belegarzt sind davon, sofern sie die vertragsärztliche Tätigkeit nicht beeinträchtigen, nicht betroffen.

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

(7) Verstößt der Vertragsinhaber wiederholt und trotz begründeter Mahnungen gegen diese Bestimmungen, so gilt dies als Kündigungsgrund.

(8) Die Bestimmungen der Abs. (5) bis (7) gelten für jene Vertragsärzte, deren Einzelvertrag nach dem 1. Jänner 2001 in Kraft getreten ist.

Einzelvertragsverhältnis **§ 8**

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

(2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle auf Grund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.

(3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.

(4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird der Kammer von der Kasse übermittelt.

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

Abschluss des Einzelvertrages **§ 9**

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und den Versicherungsträgern ist der in der Anlage 3 beigefügte Muster-Einzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser bildet einen Bestand-

teil 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) Die Kasse hat dem Arzt den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl (§ 7 Abs. 1) 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 Kasse folgt.

(4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen der Vertragsparteien ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden.

Teilung der Vertragsarztstelle

§ 10

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

(2) Im Falle einer Teilung der Vertragsarztstelle gemäß Abs. 1 wird der Einzelvertrag gemäß § 8 zwischen den betroffenen Ärzten und den Versicherungsträgern 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 Kammer im Rahmen von besonderen Vereinbarungen gemäß § 3 des Einzelvertrages geregelt (Anlage 4).

Wechsel der Ordinationsstätte

§ 11

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist der Kammer und der Kasse vom Vertragsarzt mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von zwei Wochen von Kammer und/oder Kasse 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

§ 12

(1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung (ausgenommen die Fälle von §§ 13 ff) für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Mit Zustimmung der Kasse kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand ge-

nommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden.

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

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

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

Erkrankung § 13

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

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

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

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

Urlaub/Kurzfristige Schließung § 14

(1) Ist die persönliche Verhinderung durch Urlaub begründet, so entfällt die Verpflichtung zur Bestellung eines Vertreters gemäß § 12 für die Dauer desurlaubes nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

(2) Die Urlaubseinteilung erfolgt durch die Kammer. Diese erstellt jeweils für ein Kalendervierteljahr im Vorhinein je eine Urlaubsliste für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und für die allgemei-

nen Vertragsfachärzte und übermittelt diese der Wiener Gebietskrankenkasse jeweils zum 15. des letzten Quartalsmonates für das folgende Quartal in elektronischer Form. Bei der Urlaubsabwicklung wird die Kammer nicht nur auf die Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin eines Bezirkes, sondern allgemein auf die Bedürfnisse der Vertragskassen hinsichtlich einer klaglosen Versorgung der Anspruchsberechtigten Bedacht nehmen. Aus den Urlaubslisten muss der Beginn und das Ende desurlaubes der einzelnen namentlich angeführten Vertragsärzte datummäßig ersichtlich sein; die Urlaubsliste der Vertragsfachärzte wird zusätzlich nach Fachgruppen geordnet erstellt.

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

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

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

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

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

Fortbildung **§ 15**

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

(2) Die Bestimmungen des § 14 gelten sinngemäß.

Ärztliche Behandlung **§ 16**

(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 oder seinen ordnungsgemäß bestellten Vertreter (§ 12) auszuüben.

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

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

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

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

(6) Für einen Behandlungsfall 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) Wurde bereits ein Vertragsfacharzt in Anspruch genommen und wird im gleichen Abrechnungszeitraum auf Grund einer anderen Erkrankung die Behandlung durch einen Vertragsfacharzt eines anderen Faches erforderlich, so kann der letztgenannte Facharzt in der Regel nur über Zuweisung durch einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin in Anspruch genommen werden.

(8) Der behandelnde Vertragsarzt (Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt) ist zu einer Überweisung an einen anderen Vertragsarzt des gleichen Faches berechtigt, wenn er seinen Ordinationssitz, der Versicherte seinen Arbeitsort oder seinen Wohnsitz oder der berechnete Angehörige seinen Wohnsitz verlegt. Das Gleiche gilt, wenn der Anspruchsberechtigte nicht ausgehändig wird und der behandelnde Vertragsarzt nach den vertraglichen Bestimmungen wegen zu großer Entfernung zum Krankenbesuch nicht verpflichtet ist.

(9) In den Fällen der Absätze 6 bis 8 ist eine Zustimmung des Versicherungsträgers zum Arztwechsel nicht erforderlich.

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

(11) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Anspruchsberechtigte über deren ausdrücklichen Wunsch privat zu behandeln und diese Leistungen mit den Anspruchsberechtigten direkt zu verrechnen. Der Anspruchsberechtigte ist vor Beginn der Behandlung mittels eines Informationsblattes, welches er zu unterschreiben hat, darauf hinzuweisen, dass in diesem Fall keine Kostenerstattung durch die Versicherungsträger erfolgt. Die Entgegennahme eines Krankenkassenscheck durch den Arzt im selben Quartal ist nicht zulässig.

Behandlung in der Ordination

§ 17

(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 dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Ordinationszeiten, sofern dieser dagegen keinen Einspruch aus versorgungspolitischen Gründen 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. Für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Vertragsfachärzte wird bei neuen Verträgen ab dem 1. Jänner 1997 die Mindestordinationszeit mit 20 Wochenstunden festgeschrieben.

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

Wöchentliche Mindestordinationszeiten:

Allgemeinmedizin: 20 Stunden, verteilt auf 5 Tage,

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

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

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

Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärzten, die vor dem 1. Jänner 1997 mit der Kasse ein Einzelvertragsverhältnis begründet haben, wird Folgendes vereinbart:

Die bisherigen Ordinationszeiten sind innerhalb einer Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2008 auf 20 Wochenstunden zu erweitern. Festgelegt wird ab diesem Zeitpunkt eine Kernzeit im Ausmaße der derzeitigen Ordinationszeiten zuzüglich einer Gleitzeit im Ausmaß der Differenz zu 20 Wochenstunden.

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

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

(5) Die Honorarordnung kann im Sinne der Qualitätssicherung vorsehen, dass bestimmte Leistungen von Vertragsärzten nur dann verrechnet werden dürfen, wenn die von Kammer und Kasse festgelegten Richtlinien erfüllt werden. Die Kammer prüft die entsprechenden Nachweise der Vertragsärzte und teilt der Kasse die Verrechnungsberechtigten mit. Auf Verlangen der Kasse sind diese von der Kammer die entsprechenden Unterlagen zur Einsicht zur Verfügung zu stellen.

(6) Die Vertragspartner bekennen sich zu einer gemeinsamen Qualitätsentwicklung, die die besonderen Lebensumstände bzw. Erkrankungen in einer Großstadt unter Einbeziehung der sozialen Rahmenbedingungen berücksichtigt.

Krankenbesuch § 18

(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 wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlich schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind die Berufungen zu Krankenbesuchen grundsätzlich bis 9 Uhr vormittags anzumelden. Berufungen, die bis 9 Uhr erfolgen, soll noch am Vormittag, wenn sie später stattfinden, sobald als möglich entsprochen werden.

(2) Zum Krankenbesuch ist jener Vertragsarzt für Allgemeinmedizin, in dessen Behandlung der Anspruchsberechtigte im gleichen Abrechnungszeitraum bereits gestanden ist bzw. der nächstgelegene Vertragsarzt für Allgemeinmedizin verpflichtet. Als nächstgelegen gelten jedenfalls alle Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bis zu einer Entfernung von 1,5 Wegkilometer vom Wohnsitz des Patienten.

(3) Der Vertragsfacharzt ist zu Krankenbesuchen im Allgemeinen nicht verpflichtet, es sei denn, dass der Erkrankte schon bisher in seiner Behandlung steht und wegen der gleichen Erkrankung nicht ausgehändig wird.

Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten § 19

(1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Vertragsfachärzte für Radiologie sowie med. u. chem. Labordiagnostik und Pathologie können von den Anspruchsberechtigten nur über Zuweisung eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsgruppenpraxis oder einer ärztlichen Einrichtung eines Versicherungsträgers auf Rechnung eines Versicherungsträgers in Anspruch genommen werden.

(2) Der Vertragsfacharzt soll Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Arzt 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 zurück zu überweisen.

Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen § 20

(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.

Nachweis der Anspruchsberechtigung

§ 21

(1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Hilfe unaufgefordert ihre Berechtigung in der vom Versicherungsträger vorgeschriebenen Form (zB Behandlungsschein) nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität geprüft werden.

(2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches der Behandlungsschein ausgestellt 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 hiebei einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag zurückzuerstatten. Kann der Erkrankte den verlangten Erlag nicht leisten und ist die ärztliche Behandlung unabweislich, ist der Vertragsarzt berechtigt, einen Ersatzkranken Kassenscheck auszustellen. Der Ersatzkranken Kassenscheck gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Die näheren Bestimmungen über die Ausstellung des Ersatzkranken Kassenschecks vereinbaren die Vertragsparteien.

(5) Die Ersatzkranken Kassenschecks werden in die Abrechnung am Quartalsende angefügt. Besteht kein Anspruch, verständigt der Versicherungsträger hievon umgehend den Vertragsarzt.

Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst

§ 22

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

Ärzte-Funkdienst

§ 23

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

(2) Der Vertragsarzt und die Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen sind zur Teilnahme am Ärzte-Funkdienst verpflichtet.

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

(4) Der Dienst am Wochenende beginnt am Freitag um 19 Uhr und endet am Montag um 7 Uhr. Der Dienst am Feiertag läuft von 19 Uhr des dem Feiertag vorangehenden Tages bis 7 Uhr des dem Feiertag folgenden Tages. Der Dienst zu Weihnachten beginnt am 24. Dezember um 7 Uhr und endet am 27. Dezember um 7 Uhr. Zum Jahreswechsel ist vom 31. Dezember 7 Uhr bis

2. Jänner 7 Uhr Bereitschaftsdienst. In den Werktagsnächten von Montag bis Donnerstag beginnt der Dienst jeweils um 19 Uhr und endet um 7 Uhr.

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

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

(6) Die Errichtung und die Durchführung des Ärzte-Funkdienstes erfolgt durch die Kammer. Der Kammer obliegt insbesondere

1. die Auswahl und der Einsatz der Ärzte;
2. die Beistellung von Funkwagen einschließlich der notwendigen Ausrüstung für die Funkdienst-Ärzte;
3. die Durchführung aller administrativen Arbeiten im Zusammenhang mit dem Ärzte-Funkdienst (zB Erstellung der Dienstlisten, Zusammenstellung der Berufungs- und Einsatzaufzeichnungen, Anforderung des pro-ordinatione-Bedarfes, Bestellung der notwendigen Drucksorten);
4. die Rechnungslegung und die Berichterstattung an den ständigen Ausschuss; diese haben monatlich auf den hierfür vorgesehenen Formblättern zu erfolgen.

(7) Z. 1. Die von der Kammer im Zusammenhang mit dem Ärzte-Funkdienst erlassenen Anordnungen sind genauestens einzuhalten.

Z. 2. Zum Ärzte-Funkdienst als Funkdienst-Ärzte, selbstfahrende Ärzte oder Funkselbstfahrer eingeteilte Fachärzte sind gleich den Ärzten für Allgemeinmedizin zur Durchführung von Hausbesuchen verpflichtet.

Z. 3. Die festgesetzten Dienstzeiten sind genau einzuhalten.

Z. 4. Funkdienst-Ärzte, selbstfahrende Ärzte und Funkselbstfahrer haben die Einsatzaufträge der Telefondienst-Ärzte ohne Aufschub auszuführen.

Z. 5. Die Dienst habenden Ärzte sind nicht berechtigt, im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes eine notwendige ärztliche Hilfeleistung abzulehnen.

Z. 6. Die Dienst habenden Ärzte sind nicht berechtigt, für ihre Tätigkeit während des Dienstes von den Anspruchsberechtigten Krankenkassenschecks entgegenzunehmen bzw. die Ausstellung eines Ersatzkrankenkassenschecks oder Zahlungen zu verlangen.

Z. 7. Die Dienst habenden Ärzte haben Aufzeichnungen über ihre Tätigkeit während des Dienstes zu führen; das Nähere hierüber wird vom ständigen Ausschuss bestimmt.

Z. 8. Die Dienst habenden Ärzte haben bei festgestellter Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit dem Versicherten eine Bescheinigung darüber auszufolgen.

Z. 9. Für ärztliche Hilfeleistung an Privatpatienten (Abs. 12) während des Ärzte-Funkdienstes haben die Dienst habenden Ärzte Privathonorar einzuheben und davon den vom ständigen Ausschuss festgesetzten Unkostenbeitrag an die Kammer abzuführen. Ist die Einhebung von Privathonorar anlässlich der Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes nicht möglich, haben die Ärzte jedenfalls die Einhebung des Unkostenbeitrages der Kammer zu übertragen.

Z. 10. Der Dienst habende Arzt haftet für den aus einer schuldhaften Verletzung seiner Pflichten entstandenen Schaden (§§ 1293 ff ABGB).

Z. 11. Unbeschadet der Bestimmung der Z. 10 können bei groben Verstößen der dem Dienst habenden Arzt obliegenden Pflichten Abzüge vom gebührenden Pauschalhonorar (Z. 14) vorgenommen werden.

Z. 12. Die Entscheidung über Ersatzansprüche nach Z. 10 und Abzüge nach Z. 11 obliegt dem ständigen Ausschuss. Ein Beschluss des ständigen Ausschusses hierüber ist ein bindender Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff der Zivilprozessordnung.

Z. 13. Abzüge nach Z. 11 sind für Zwecke des Ärzte-Funkdienstes zu verwenden.

Z. 14. Der Dienst habende Arzt erhält für seine Tätigkeit ein Pauschalhonorar oder ein Grundhonorar zuzüglich eines Visitenhonorars, dessen Höhe vom ständigen Ausschuss festgesetzt wird. Damit sind alle vom Dienst habenden Arzt während des Ärzte-Funkdienstes an Anspruchsberechtigte erbrachte Leistungen abgegolten.

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

(9) Die Dienst habenden Ärzte sind im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes zur ärztlichen Hilfeleistung auch für Anspruchsberechtigte anderer Versicherungsträger verpflichtet, wenn diese zur Kammer in vertraglicher Beziehung stehen und zur Beteiligung an den Kosten des Dienstes bereit sind (beigetretene Kassen). Die Einbeziehung der Anspruchsberechtigten in die ärztliche Hilfeleistung auf Rechnung der beigetretenen Kassen erfolgt auf Grund einer schriftlichen Erklärung der Wiener Gebietskrankenkasse an die Kammer. Für die Dauer eines vertragslosen Zustandes zwischen einer beigetretenen Kasse und der Kammer verringert sich der gemäß Abs. 10 zu zahlende Betrag um jenen Betrag, mit dem sich diese Kasse bei aufrechtem Vertragsverhältnis an den Kosten des Dienstes zu beteiligen hätte. Für die ärztliche Hilfeleistung an Anspruchsberechtigte dieser Kasse während des Ärzte-Funkdienstes ist der vom Privathonorar (Abs. 12 Z. 2) abzuführende Unkostenbeitrag vom ständigen Ausschuss in der Höhe der tatsächlichen Kosten festzusetzen. Beteiligt sich die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien an den Kosten des Ärzte-Funkdienstes, ist sie in Ansehung dieser Vereinbarung einem Versicherungsträger (einer beigetretenen Kasse) gleichzuhalten.

(10) Zu den Kosten des Ärzte-Funkdienstes zahlen die Versicherungsträger einschließlich der beigetretenen Kassen ab 1. Jänner 2004 einen Jahrespauschalbetrag von € 3,968.736,15. Durch die Bezahlung dieses Betrages sind sämtliche sich aus dem Ärzte-Funkdienst ergebenden Verpflichtungen des Versicherungsträgers einschließlich der beigetretenen Kassen gegenüber der Kammer und den einzelnen Dienst habenden Ärzten erfüllt. Die auf die einzelnen Versicherungsträger und beigetretenen Kassen entfallenden Anteile sind in einer zwischen diesen abzuschließenden gesonderten Vereinbarung festzulegen.

(11) Die Überweisung des nach Abs. 10 zu zahlenden Betrages an die Kammer erfolgt durch die Wiener Gebietskrankenkasse. Die näheren Zahlungsmodalitäten werden gesondert zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse und der Kammer vereinbart.

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

Als Privatpatienten gelten auch

1. Anspruchsberechtigte, denen die ärztliche Hilfe nicht als Sachleistung gewährt wird;
2. Anspruchsberechtigte einer beigetretenen Kasse (Abs 9), wenn und solange zwischen dieser und der Kammer ein vertragsloser Zustand besteht;
3. Anspruchsberechtigte, die den Ärzte-Funkdienst nach Feststellung des ständigen Ausschusses ungerechtfertigt in Anspruch genommen haben.

(13) Die Kammer wird die monatlichen Nachweisungen über die Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes bis spätestens 15. des nachfolgenden Monats der Wiener Gebietskrankenkasse übermitteln. Nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres wird die Kammer der Wiener Gebietskrankenkasse eine Aufstellung über die Einnahmen und die Ausgaben für den Ärzte-Funkdienst übergeben.

(14) Die Beistellung des pro-ordinatione-Bedarfes erfolgt durch die Wiener Gebietskrankenkasse. Die hierfür auflaufenden Kosten werden auf Grund einer zwischen den Versicherungsträgern (beigetretenen Kassen) abzuschließenden Vereinbarung aufgeteilt.

(15) Die Behandlung aller den Ärzte-Funkdienst betreffenden Angelegenheiten obliegt dem ständigen Ausschuss. Dieser hat insbesondere

1. die Anzahl der Dienst habenden Ärzte festzusetzen und deren Einsatz als Telefondienst-, Ordinationsdienst-, Funkdienst- oder selbstfahrende Ärzte bzw. als Funkselbstfahrer zu bestimmen;
2. die Funktionsfähigkeit des Ärzte-Funkdienstes zu überprüfen;
3. dem Inhalt der von der Kammer im Zusammenhang mit dem Ärzte-Funkdienst abzuschließenden Verträge und der zu erlassenden Dienstanweisungen zuzustimmen;
4. Form und Inhalt der verwendeten Formulare festzusetzen;
5. die Höhe der Honorare gem. Abs. 7 Z. 14 für die Dienst habenden Ärzte festzusetzen; hierbei kann auf die Verwendung als Telefondienst-, Ordinationsdienst-, Funkdienst- oder als selbstfahrender Arzt bzw. als Funkselbstfahrer und auf die Einsatzzeit Bedacht genommen werden;
6. die Höhe des Unkostenbeitrages festzusetzen, der für die Behandlung von Privatpatienten im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes vom Privathonorar an die Kammer abzuführen ist;
7. über Maßnahmen bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes zu entscheiden;
8. die Verwendung der für den Ärzte-Funkdienst zur Verfügung stehenden Mittel zu überprüfen.

(16) Der Ständige Ausschuss besteht aus je fünf Vertretern der Kammer und der Versicherungsträger sowie einem Vertreter der Gemeinde Wien; für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen. Den Vorsitz im Ständigen Ausschuss führt abwechselnd pro Sitzung ein von der Kammer bzw. ein von den Versicherungsträgern bestelltes Mitglied des Ständigen Ausschusses. Der Ständige Ausschuss wird zu den Sitzungen durch den Vorsitzenden einberufen. Eine Sitzung ist jedenfalls dann unverzüglich einzuberufen, wenn dies von einem Mitglied des ständigen Ausschusses verlangt wird. Der Ständige Ausschuss fasst seine Beschlüsse einstimmig. Kommt ein Beschluss des Ständigen Ausschusses nicht zu Stande, sind über Verlangen der Kammer oder der Versicherungsträger unverzüglich Verhandlungen zwischen diesen aufzunehmen. Die Geschäftsordnung des Ständigen Ausschusses wird durch die Vereinbarung vom 30. Mai 1969 (Geschäftsordnung) in der geltenden Fassung geregelt.

(17) Die Kammer ist berechtigt, mit der Organisation und administrativen Durchführung des Ärzte-Funkdienstes auch dritte Personen zu betrauen.

(18) Beide Vertragsparteien sind berechtigt, durch Abgabe einer einseitigen Erklärung, welche dem anderen Vertragspartner mittels eingeschriebenen Briefes zu übermitteln ist, die in den Abs. 1 bis 16 festgelegte Regelung nach Ablauf von drei Monaten ab Zustellung der Erklärung außer Kraft treten zu lassen. Es tritt hiedurch bis zum Ablauf der Gültigkeitsdauer des Gesamtvertrages die im § 22 angeführte Regelung in Kraft.

Konsilium § 24

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.

Betreuungsfälle § 25

(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 Kriegssopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes, des Strafvollzugsgesetzes oder des Gesetzes über die Hilfeleistung an Opfer von Verbrechen und auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen bzw. der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 zu betreiben sind.

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

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

Ablehnung der Behandlung § 26

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

Anstaltspflege § 27

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

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

(3) Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt

veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.

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

Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

§ 28

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

(2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen und die von der Kasse aufgelegte Ökonomieliste beachten. Er ist dazu verpflichtet, unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die in der Ökonomieliste enthaltenen Arznei- und Heilmittel zu verordnen.

Bei wirkstoffgleichen Präparaten ist grundsätzlich das kostengünstigste zu verordnen. Bei generikafähigen Arzneimitteln soll der Anteil der verordneten Originärpräparate jenen Prozentsatz pro Quartal tunlichst nicht überschreiten, der zwischen Kammer und Kasse jeweils vereinbart wird.

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

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

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

(5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Arzneimitteln, Verbandmaterial, Reagenzien und Ähnliches ist bis zu einer bundeseinheitlichen Regelung ausschließlich bei der Kasse unter Verwendung der von dieser hiefür aufgelegten Drucksorten vierteljährlich anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beige stellt.

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

(7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf auf-

merksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 43 Anwendung.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit **§ 29**

(1) Die Maßnahmen des leistungszuständigen Versicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Der Vertragsarzt hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihm hiefür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Der Antrag ist zu begründen. Medizinisch nicht begründete Wünsche der Anspruchsberechtigten soll schon der Vertragsarzt abweisen.

(2) Beabsichtigt der leistungszuständige Versicherungsträger, Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt **§ 30**

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

(2) Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hiezu vom leistungszuständigen Versicherungsträger beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. dgl.) einholen.

(3) Der Vertragsarzt kann dem arbeitsunfähig Erkrankten, soweit dies nach der Art der Erkrankung in Betracht kommt, eine Ausgehzeit bewilligen. Diese soll so festgesetzt werden, dass die Besorgung beruflicher Angelegenheiten nicht möglich ist und die Kontrolle des Arbeitsunfähigen durch den leistungszuständigen Versicherungsträger nicht behindert wird.

Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt **§ 31**

(1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Chef-(Kontroll-) arzt des leistungszuständigen 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 leistungszuständigen Versicherungsträger auszufertigen. Die Krankenstandsmeldungen sind nach Möglichkeit täglich aber jedenfalls dreimal pro Woche der Bezirksstelle (Kundencenter) zu übermitteln. Der Versicherungsträger wird für die postalische Übermittlung adressierte und frankierte Kuverts den Vertragsärzten zur Verfügung stellen. Der behandelnde Vertragsarzt ist jedoch zur rückwirkenden Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag berechtigt, wenn ihm vom Versicherten am nächstfolgenden Tag außerhalb des Ärzte-Funkdienstzeitraumes die gemäß § 23 Abs. 7 Z. 8 durch den Arzt des Ärzte-Funkdienstes ausgefertigte Bescheinigung über eine im unmittelbar vorangegangenen Ärzte-Funkdienstzeitraum eingetretene Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit übergeben und diese Bescheinigung der Krankmeldungsanzeige beige-schlossen wird; die rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand darf jedoch nur mit dem Tag erfolgen, an welchem die Arbeitsunfähigkeit laut Bescheinigung durch den Ärzte-Funkdienst-Arzt festgestellt wurde; der Beginn der

Arbeitsunfähigkeit darf vom Ärzte-Funkdienst-Arzt frühestens mit dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes durch den Versicherten bestätigt werden.

(2) Die Krankenstandsmeldung ist auf dem vorgesehenen 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 Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (zB Verkehrsunfall) besteht.

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

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

(5) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem 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 den Versicherungsträger **§ 32**

(1) Der leistungszuständige Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hiezu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. 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 eine Verfügung eines Organes des leistungszuständigen Versicherungsträgers gemäß Abs. 1 festgestellt worden, so kann während des gleichen Krankheitsfalles eine Abänderung dieser Feststellung vom Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit dem Organ des leistungszuständigen 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 leistungszuständigen 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 leistungszuständigen Versicherungsträgers zu.

Mutterhilfe

§ 33

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

§ 34

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

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

Krankenaufzeichnungen

§ 35

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

Administrative Mitarbeit

§ 36

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

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

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden dem Vertragsarzt von der Kasse 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 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 vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

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

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

(7) Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe werden schwangeren Dienstnehmerinnen über deren Ersuchen unter Verwendung des von der Kasse beigestellten Vordruckes eine Bescheinigung für den Dienstgeber über den Bestand der Schwangerschaft und den voraussichtlichen Entbindungstermin ohne Anrechnung einer Gebühr ausstellen.

(8) Die Vertragsärzte werden ohne Anrechnung einer Gebühr die Bestätigung des behandelnden Arztes auf dem vom Magistrat der Stadt Wien aufgelegten Formular „Ärztlicher Behandlungsschein“ ausfertigen, wenn von ihnen behandelte Patienten in der Wohnung verstorben sind.

(9) Sämtliche Mitteilungen, die gemäß den Bestimmungen dieses Vertrages vom Vertragsarzt bzw. der Kammer an die Versicherungsträger zu ergehen haben, können auch per Fax oder e-mail übermittelt werden.

Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit

§ 37

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

- a) über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen;
- b) das die Grundsätze Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen;
- c) die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und, soweit dies vorgesehen ist, in Eurobeträgen.

(2) Der Geldwert des einzelnen Punktes wird in einem Anhang zur Honorarordnung von den Vertragsparteien vereinbart. Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Abänderung der Tarife verlangen.

Rechnungslegung

§ 38

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

(2) Rechnet der Vertragsarzt ohne triftige Begründung später als einen Monat nach Ablauf des Einsendetermines ab, kann die Kasse die Honorarauszahlung bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare vom leistungszuständigen Versicherungsträger nicht bezahlt.

Honorarabzüge und Honorareinbehalt

§ 39

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

(2) Wird vom leistungszuständigen 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.

Tod des Vertragsarztes

§ 40

(1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die im Zeitpunkt des Todes des Vertragsarztes diesem gebührenden offenen Honoraransprüche gegen den Versicherungsträger stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.

(2) Der von der Witwe 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

§ 41

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

(4) Die Versicherungsträger haben 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 Versicherungsträger und dessen Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

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

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

§ 42

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

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

Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

§ 43

(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 (§ 42). 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 § 28 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 § 28 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträgers nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.

Verfahren bei Streitigkeiten

§ 44

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen – unbeschadet der Bestimmungen des § 43 – dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses

§ 45

Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger kann – ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses und den Verzicht gemäß § 12 Abs. 2 – nur auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG aufgelöst werden.

Ausschreibung von freien Facharztstellen in den Ambulatorien des Versicherungsträgers

§ 46

Die Versicherungsträger werden freie Facharztstellen in einem von ihnen geführten Ambulatorium in den Mitteilungen der Kammer ausschreiben.

Sonderregelung für Zahnärzte

§ 47

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

(2) Dieser Gesamtvertrag tritt für Zahnärzte erst mit dem Abschluss der Sonderregelung in Kraft.

Weitergeltung bestehender Einzelverträge

§ 48

Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesamtvertrages auf Grund der bisherigen vertraglichen Bestimmungen bestehenden Einzelvertragsverhältnisse bleiben weiterhin als Einzelverträge im Sinne dieses Gesamtvertrages aufrecht. Eine Erneuerung dieser Einzelverträge ist nicht erforderlich.

Gültigkeitsdauer

§ 49

(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 dieser Gesamtvertrag zu jenem Zeitpunkt, zu welchem der Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004 in der jeweils geltenden Fassung über die 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.

**Verlautbarung
§ 50**

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

**Inkrafttreten dieses Vertrages
§ 51**

Dieser Gesamtvertrag tritt mit 1. Jänner 2004 in Kraft.

Wien, am 27. Jänner 2004

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Ärzttekammer für Wien

Der Kurienobmann der
niedergelassenen Ärzte:

Der Präsident:

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitenden Angestellte:

Der Obmann:

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Betriebskrankenkasse Austria Tabak

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Betriebskrankenkasse Semperit

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Betriebskrankenkasse Neusiedler

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Versicherungsanstalt des Österreichischen Bergbaues

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

HONORARORDNUNG

I.

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

I. Abschnitt

RECHNUNGSLEGUNG

Quartalsabrechnung der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, der allgemeinen Vertragsfachärzte, der Vertragsfachärzte für Radiologie und der Vertrags- fachärzte für Physikalische Medizin

Artikel I

(1) Die Honorarliste samt den dazugehörigen Rechnungsbelegen (Krankenkassenschecks, Überweisungen, Zuweisungen, Verordnungen etc.) für ein Kalendervierteljahr ist bis zum 15. des auf das Ende dieses Kalendervierteljahres folgenden Monats bei der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle der Wiener Krankenversicherungsträger einzureichen.

(2) Die Krankenkassenschecks, Überweisungen und Zuweisungen sind nach den auf der Honorarliste angegebenen Versicherungsträgern und Versichertengruppen zu trennen, innerhalb jeder Gruppe zu alphabetisieren, fortlaufend zu nummerieren und mit den von der Kasse beigestellten Schleifen einzuschleifen. Die Zahl der in jedem Paket enthaltenen Belege ist dem Aufdruck entsprechend auf der Schleife anzuschreiben und in die Honorarliste zu übertragen. Die Verordnungen (ausgenommen bei Fachärzten für Physikalische Medizin – siehe Abs. 4) sind mit der fortlaufenden Nummer des zugehörigen Krankenkassenschecks oder der Überweisung unter Beifügung des Buchstabens a zu bezeichnen und dem o. a. Beleg lose anzuschließen. Die Verordnungen ohne zugehörigen Krankenkassenscheck oder Überweisung sind jedem Belegpaket alphabetisch geordnet am Schluss anzureihen. Sie sind nicht zu nummerieren und auf der Schleife nicht anzuschreiben.

(3) Die Verrechnung der von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärzten erbrachten Leistungen erfolgt mittels Krankenkassenschecks oder Überweisung. Die getätigten Sonderleistungen werden durch Einsetzen der entsprechenden Pos. Ziff. in der zutreffenden Datumsspalte auf der Rückseite des Beleges verzeichnet; dort ist auch die Diagnose anzugeben, die die Sonderleistung erforderlich machte. Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 des Sonderleistungstarifes (Zuschlag für Konsilium am Krankenbett bei Tag bzw. bei Nacht) ist von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin der Name des berufenen Arztes, von allgemeinen Vertragsfachärzten, sofern die Berufung nicht schon aus der Überweisung ersichtlich ist, der Name des berufenden Arztes zu vermerken. Physikalische Behandlungen werden, soweit sie von diesen Ärzten überhaupt verrechenbar sind, mittels Verordnung abgerechnet; auf der Verordnung muss jede einzelne Behandlung vom Patienten durch Unterschrift unter Beifügung des Behandlungsdatums bestätigt werden.

(4) Die Verrechnung der von Vertragsfachärzten für Physikalische Medizin erbrachten Leistungen erfolgt mittels Verordnung bzw. Überweisung nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin (Anlage C). Für die Abrechnung der Verordnungen bzw. Überweisungen gelten Abs. 1 und 2 sinngemäß.

(5) Die Verrechnung der von Vertragsfachärzten für Radiologie erbrachten Leistungen erfolgt mittels Zuweisung nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Radiologie (Anlage D). Für die Abrechnung der Zuweisungen gelten Abs. 1 und 2 sinngemäß.

Abrechnung der Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik sowie der Vertragsfachärzte für Pathologie

Artikel II

Die Verrechnung der von Vertragsfachärzten für med. u. chem. Labordiagnostik sowie der von Vertragsfachärzten für Pathologie erbrachten Leistungen erfolgt mittels Zuweisung nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik (Anlage E) sowie des Tarifes für Vertragsfachärzte für Pathologie (Anlage F). Die Zuweisungen sind von den Vertragsfachärzten für med. u. chem. Labordiagnostik sowie von den Vertragsfachärzten für Pathologie monatlich im Nachhinein der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle zu übermitteln. Sie sind nach Versicherungsträgern und Versichertengruppen zu trennen und innerhalb jeder Gruppe nach den Positionsziffern des Tarifes zu ordnen. Eine Abrechnung der tarifmäßigen Kosten je Versicherungsträger und Versichertengruppe ist beizuschließen.

Abrechnung der Vertretungsscheine der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärzte aus der Krankenstands- und Urlaubsregelung

Artikel III

(1) Vertretung gem. § 13 (Krankenstandsregelung):

Der zur Vertretung gemäß § 13 verpflichtete, als Vertreter tätig werdende Vertragsarzt stellt zum Zwecke seiner Honorarabrechnung einen Vertretungsschein (K-Schein) aus. Der Vertragsarzt hat vom Patienten auf dem Vertretungsschein eine Erklärung unterfertigen zu lassen, mit welcher dieser bekannt gibt, dass er Anspruchsberechtigter einer der (namentlich anzuführenden) im § 2 angeführten Kassen bzw. diesem gemäß § 25 gleichgestellt ist, seinen Krankenkassenscheck (Überweisung) bei einem namentlich anzuführenden erkrankten Vertragsarzt abgegeben hat oder bei diesem abgeben wollte und noch keinen Vertreter desselben in Anspruch genommen hat. Der vertretende Vertragsarzt verzeichnet auf dem Vertretungsschein auch die erbrachten Sonderleistungen in sinngemäßer Anwendung des Artikel I Abs. 3. Der Vertretungsschein gilt für ein Kalendervierteljahr. Die Vertretungsscheine einschließlich der darauf entfallenden Sonderleistungen sind bei der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle einzureichen; Artikel I gilt sinngemäß. Die Belege sind in die nach Versicherungsträger bzw. Versicherungsgruppen geordneten Pakete einzuordnen.

(2) Vertretung gem. §§ 14 und 15 (Urlaubsregelung):

Der als Vertreter eines laut Urlaubsliste im Rahmen der Urlaubsregelung auf Urlaub befindlichen Vertragsarztes tätig werdende Vertragsarzt stellt zum Zwecke seiner Honorarabrechnung einen Vertretungsschein (U-Schein) aus; hierfür gelten die Bestimmungen des Absatzes 1 mit der Maßgabe, dass in der Erklärung des Patienten an Stelle des erkrankten Vertragsarztes der auf Urlaub befindliche Vertragsarzt namentlich anzuführen ist. Der Vertretungsschein gilt für ein Kalendervierteljahr. Die Vertretungsscheine einschließlich der darauf entfallenden Sonderleistungen sind gemeinsam mit den übrigen Rechnungsbelegen gemäß Artikel I Abs. 1 bei der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle einzureichen; Artikel I gilt sinngemäß. Die Belege sind in die nach Versicherungsträger bzw. Versicherungsgruppen geordneten Pakete einzuordnen.

(3) Ist der Anspruchsberechtigte noch im Besitz des Krankenkassenschecks oder der Überweisung für das laufende Quartal, so hat er dem vertretenden Arzt diesen Schein zu übergeben. Der Arzt trägt darauf die Diagnose ein, bringt auf der Rückseite seine Arztstampiglie und das Datum der ersten Inanspruchnahme im Quartal an und übermittelt den Schein dem vertretenen Arzt im Falle der Krankenstandsregelung nach dessen Genesung, spätestens jedenfalls zum Ende des Behandlungsquartales, im Falle der Urlaubsregelung nach Urlaubsende.

Art III a

EDV Rechnungslegung (Anhang III)

2. Abschnitt

Honorierung

Honorierung der von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärzten erbrachten Leistungen

Artikel IV

- (1) Die vom Vertragsarzt für Allgemeinmedizin und vom allgemeinen Vertragsfacharzt in einem Kalendervierteljahr für einen Anspruchsberechtigten erbrachten Leistungen werden durch das im Tarif für Vertragsärzte der Allgemeinmedizin (Anlage A/1) bzw. im Tarif für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B/1) festgelegte Fallpauschale honoriert; die im Sonderleistungstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A/3) bzw. im Sonderleistungstarif für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B/3) enthaltenen Leistungen (Sonderleistungen) werden zusätzlich mit den entsprechenden in diesen Tarifen festgelegten Sätzen zu den dort angeführten Bedingungen vergütet.
- (2) Das Fallpauschale gebührt nicht, wenn ein Vertragsarzt für Allgemeinmedizin im Randgebiet mit Sonderbewilligung für physikalische Therapie (Abs. 8) physikalische Behandlungen auf Grund der Verordnungen eines anderen Vertragsarztes durchführt.
- (3) Sonderleistungen können nur für eigene Patienten verrechnet werden.
- (4) Die im Sonderleistungstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin verzeichneten Leistungen können nur von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die im Sonderleistungstarif für allgemeine Vertragsfachärzte verzeichneten Leistungen nur von allgemeinen Vertragsfachärzten verrechnet werden.
- (5) Die in den Abschnitten I und II (Ordinationen und Visiten bzw. allgemeine Sonderleistungen) des Sonderleistungstarifes für allgemeine Vertragsfachärzte verzeichneten Leistungen können von allen Fachärzten verrechnet werden. Die im Abschnitt III (Sonderleistungen aus Fachgebieten) verzeichneten Leistungen werden nur den Ärzten, die der entsprechenden im Untertitel bezeichneten Fachgruppe angehören, honoriert.
- (6) Sind im Sonderleistungstarif für die Verrechenbarkeit zusätzlich besondere Voraussetzungen (z.B. ausdrückliche Ermächtigung, Nachweis besonderer Ausbildung u. ä.) festgelegt, werden die Leistungen nur jenen Vertragsärzten honoriert, die diese Voraussetzungen erfüllen.
- (7) entfällt
- (8) Vertragsärzte für Allgemeinmedizin in den Randgebieten, die von der Wiener Gebietskrankenkasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung physikalischer Therapie ermächtigt wurden, werden die erbrachten Leistungen der physikalischen Therapie nach dem Tarif für physikalisch-medizinische Behandlungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A/4) honoriert.
- (9) Die Honorierung der von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärzten auf Grund ihrer Vertretungsverpflichtung im Rahmen der Krankenstands- bzw. Urlaubsregelung (§§ 13, 14 und 15) erbrachten Leistungen wird im Artikel VIII geregelt.

Honorierung der von Vertragsfachärzten für Physikalische Medizin erbrachten Leistungen

Artikel V

Die vom Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin erbrachten Leistungen werden nach dem Tarif für Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin (Anlage C) nach Einzelleistungen honoriert.

Honorierung der von Vertragsfachärzten für Radiologie erbrachten Leistungen.

Artikel VI

Die vom Vertragsfacharzt für Radiologie erbrachten Leistungen werden nach dem Tarif für Vertragsfachärzte für Radiologie (Anlage D) nach Einzelleistungen honoriert.

Honorierung der von Vertragsfachärzten für med. u. chem. Labordiagnostik sowie von Vertragsfachärzten für Pathologie erbrachten Leistungen

Artikel VII

Die vom Vertragsfacharzt für med. u. chem. Labordiagnostik bzw. vom Vertragsfacharzt für Pathologie erbrachten Leistungen werden nach dem Tarif für Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik (Anlage E) bzw. dem Tarif für Vertragsfachärzte für Pathologie (Anlage F) nach Einzelleistungen honoriert.

Honorierung von Vertretungsscheinen der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und der allgemeinen Vertragsfachärzte aus der Krankenstands- und Urlaubsregelung

Artikel VIII

Vertretungsscheine gem. § 13 (Krankenstandsregelung) und gem. §§ 14 und 15 (Urlaubsregelung):

Als Honorar für die vom Vertreter in einem Kalenderhalbjahr erbrachten Leistungen werden für jeden gem. Artikel III Abs. 1 (K-Schein) und Abs. 2 (U-Schein) ausgestellten gültigen Vertretungsschein 40 % des in den Tarifen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A/1) bzw. allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B/1) festgelegten Fallpauschales ausbezahlt; für Sonderleistungen gebührt überdies die Vergütung nach dem Sonderleistungstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A/3) bzw. allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B/3).

3. Abschnitt

Honorarzahlung

Auszahlung der Honorare der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, der allgemeinen Vertragsfachärzte, der Vertragsfachärzte für Radiologie und der Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin.

Artikel IX

(1) Jeweils am letzten Tag des ersten und zweiten Monats nach Ablauf eines Kalendervierteljahres erhalten die Ärzte eine Abschlagszahlung für das abgelaufene Kalendervierteljahr in der Höhe von 1/3 des Bruttohonorares für das Letzte bereits ausbezahlte Kalendervierteljahr.

(2) Bei einer Änderung der Anzahl der von jedem einzelnen Vertragsarzt für das abgelaufene Kalendervierteljahr abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungen, Zuweisungen oder Verordnungen gegenüber dem vorangegangenen Kalendervierteljahr um mehr als 14 % tritt eine Erhöhung oder Verminderung der Abschlagszahlungen an diesen Arzt im gleichen Prozentsatz ein.

(3) Bis zum letzten Tag des dritten Monats nach Ablauf eines Kalendervierteljahres erhalten die Ärzte das Resthonorar für das abgelaufene Kalendervierteljahr mit der Abrechnung, somit das Bruttohonorar für das abgelaufene Kalendervierteljahr abzüglich der bereits erhaltenen beiden Abschlagszahlungen und der im Auftrag der Kammer einbehaltenen Umlagen und allfälliger sonstiger offener Forderungen.

(4) Das Honorar für die Vertretungsscheine aus der Krankenstands- und Urlaubsregelung wird zugleich mit dem Honorar für die übrigen Krankenkassenschecks gemäß Abs. 1 bis 3 ausbezahlt.

Auszahlung des Honorars der Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik sowie der Vertragsfachärzte für Pathologie

Artikel X

(1) Nach Einlangen der Monatsabrechnung erhalten die Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik sowie die Vertragsfachärzte für Pathologie eine Abschlagszahlung in der Höhe von 50 % der Honorarsumme dieser Monatsabrechnung.

(2) Bis zum letzten Tag des dritten Monats nach Ablauf eines Kalendervierteljahres erhalten die Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik sowie die Vertragsfachärzte für Pathologie die Restzahlung für das abgelaufene Kalendervierteljahr mit der Abrechnung, somit das Bruttohonorar für das abgelaufene Kalendervierteljahr abzüglich der für dieses Kalendervierteljahr bereits

erhaltenen drei Abschlagszahlungen und der im Auftrag der Kammer einbehaltenen Umlagen und allfälliger sonstiger offener Forderungen.

Auszahlung der Honorare aus dem Ärzte-Funkdienst

Artikel XI

(1) Die Auszahlung des Honorars gem. § 23 Abs. 7 Z. 14 erfolgt spätestens zum Ende des auf den Funkdienst folgenden Kalendermonates. Die Auszahlung erfolgt durch die Wiener Gebietskrankenkasse im Auftrag der Kammer zu Lasten des Jahresbeitrages gemäß § 23 Abs. 10.

Die Kammer wird der Wiener Gebietskrankenkasse jeweils bis zum 12. eines Kalendermonates die an die Ärzte, die im unmittelbar vorangegangenen Kalendermonat Dienst geleistet haben, anzuweisenden Beträge (Abrechnung) mit Namen und Kontonummern der Ärzte sowie des Zeitraumes und der Art der Dienste bekannt geben.

(2) Im Falle des Wirksamwerdens des § 23 Abs. 17 treten für die Honorierung und Abrechnung der erbrachten Leistungen die am 30. Mai 1969 geltenden Regelungen wieder in Kraft.

REGELUNG EINES BEHINDERTENGERECHTEN UND BARRIEREFREIER ZUGANGES ZUR ORDINATION

Gliederung (gemäß ÖNORM B 1600)

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

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

**Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von
Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten
(ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Zahnärzte)
gemäß § 5 Abs. 2 Gesamtvertrag**

Präambel

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

Abschnitt I.

**§ 1
Antragsteilung**

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

Abschnitt II.

§ 2 Interessentenlisten

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

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

(3) Die Interessentenliste enthält folgende Angaben:

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

(4) Maßgeblich für die Reihenfolge der Eintragung in die Interessentenliste ist das Datum des Einlangens des entsprechenden Ansuchens bei der Ärztekammer für Wien bzw. der Wiener Gebietskrankenkasse.

§ 3 Eintragung in die Interessentenliste

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

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

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

(4) Personen, die als Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte oder Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Zahnärzte Einzelverträge mit einer Gebietskrankenkasse bzw. ein vergleichbares Vertragsverhältnis abgeschlossen haben, können nicht in die Interessentenliste aufgenommen werden.

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

§ 4

Streichung aus der Interessentenliste

- (1) Eine Streichung aus der Interessentenliste erfolgt,
 - (a) wenn der Interessent selbst dies schriftlich verlangt mit dem Datum des Einlanges seines Antrages bei der Ärztekammer oder der Wiener Gebietskrankenkasse.
 - (b) im Falle des Todes des Interessenten mit dem Zeitpunkt des Todes.
 - (c) wenn der Interessent bei einem Wohlfahrtsfonds oder einer Pensionsversicherung einen Antrag auf dauernde Invaliditätsversorgung bzw. Altersversorgung oder Erwerbsunfähigkeits- bzw. Alterspension einbringt mit dem Zeitpunkt des Einlangens des Antrages beim Wohlfahrtsfonds oder der Pensionsversicherung.
 - (d) wenn der Interessent als Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt, Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Zahnarzt einen Einzel- oder Gruppenpraxenvertrag mit einer Gebietskrankenkasse abschließt oder ein vergleichbares Vertragsverhältnis im Ausland ausübt mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertragsverhältnisses.
 - (e) nach 10 Jahren ab dem Datum der Eintragung in die Reihungsliste, wenn sich der Interessent innerhalb dieses Zeitraumes nicht zumindest um eine ausgeschriebene Stelle beworben hat.
 - (f) im Falle einer Verurteilung des Interessenten im Sinne des § 343 (2) Z4 bis 6 ASVG.
 - (g) bei Nichtentrichtung des Verwaltungsbeitrages gemäß § 3 Abs. (5).

§ 5

Wiedereintragung in die Interessentenliste

- (1) Die Wiedereintragung in die Interessentenliste ist auf Antrag möglich. §§ 2 und 3 gelten sinngemäß.
- (2) Bei einer Streichung gemäß lit. f) ist eine Wiedereintragung in die Interessentenliste erst nach Ablauf der jeweiligen gesetzlichen Tilgungsfrist möglich.
- (3) War der Bewerber bereits einmal Inhaber eines Kassenvertrages und wurde ihm der Vertrag gemäß § 343 (4) ASVG rechtskräftig gekündigt, kann eine Wiedereintragung in die Interessentenliste erst nach Ablauf von fünf Jahren ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Vertragsverhältnisses erfolgen.

§ 6

Veröffentlichung

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

Abschnitt III.

§ 7 Ausschreibung

(1) Stellen werden im Einvernehmen von Wiener Gebietskrankenkasse und Ärztekammer für Wien im Presseorgan der Ärztekammer für Wien ausgeschrieben. Die Ausschreibung wird überdies im Internet auf der Homepage der Ärztekammer für Wien (www.aekwien.or.at) publiziert.

(2) Wird eine bestehende Stelle ausgeschrieben, so ist dies in der Ausschreibung anzugeben. Die Ausschreibung hat Angaben zur Lage der ausgeschriebenen Stelle innerhalb der örtlichen Zuständigkeit der Wiener Gebietskrankenkasse (den Bezirk), die vom Bewerber zu erfüllenden fachlichen Qualifikationen sowie allfällige sonstige spezifische Erfordernisse bzw. Schwerpunkte (zB Additivfächer) zu enthalten. Die Bewerbungsfrist ist in der Ausschreibung anzuführen, muss jedoch mindestens 14 Tage betragen.

(3) Wird eine neue Stelle ausgeschrieben, so ist dies in der Ausschreibung anzugeben. Eine neue Stelle liegt dann vor, wenn keine Planstellennachfolge (§ 12 ff) vorliegt, bei der die Ordinationsräumlichkeiten und/oder der Patientenstock der Ordination zu übernehmen sind. Die Ausschreibung hat Angaben zur Lage der Stelle innerhalb der örtlichen Zuständigkeit der Wiener Gebietskrankenkasse (zB den Bezirk), die vom Bewerber zu erfüllenden fachlichen Qualifikationen sowie allfällige sonstige spezifische Erfordernisse bzw. Schwerpunkte (zB Additivfächer) zu enthalten. Die Bewerbungsfrist ist in der Ausschreibung anzuführen, muss jedoch mindestens 14 Tage betragen.

(4) Liegen berücksichtigungswürdige Gründe vor, kann die Ausschreibung im Einvernehmen zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Wien widerrufen werden.

§ 8 Bewerbungen

(1) Voraussetzung für die Bewerbung ist der abgeleistete Präsenz- (Zivil)dienst bzw. die nachweislich festgestellte Untauglichkeit des Bewerbers.

(2) Bewerbungen sind an die Ärztekammer für Wien zu richten. Der Bewerbung sind sämtliche für die Bewerbung notwendigen Unterlagen beizulegen.

(3) Bewerber, die noch nicht in der Interessentenliste eingetragen sind, haben außerdem die Erfüllung der in Abschnitt II. § 3 Abs. (1) genannten Voraussetzungen nachzuweisen. Sofern diese vorliegen, erfolgt die Eintragung in die Interessentenliste automatisch mit dem Zeitpunkt des Einlangens der Bewerbung. Abschnitt II. § 3 Abs. (3) gilt sinngemäß.

(4) Bewirbt sich ein Bewerber um mehrere gleichzeitig ausgeschriebene Stellen, so hat er bei den Bewerbungen anzugeben, für welche Stelle ein bevorzugtes Interesse gegeben ist (Priorität). Ein Bewerber kann nur für jene Stelle erstgereiht werden, die von ihm als Priorität angegeben wurde. Für alle anderen ausgeschriebenen Stellen, um die er sich gleichzeitig beworben hat, kann er bestenfalls zweitgereiht werden.

(5) Ergibt es sich durch den Verzicht eines bei einer anderen Stelle erstgereihten Bewerbers, dass er auch für diese von ihm nicht als Priorität angegebene Stelle zum Erstgereihten aufrückt, ist er von der Ärztekammer für Wien darüber unverzüglich in Kenntnis zu setzen und aufzufordern, binnen einer Woche schriftlich bekannt zu geben, für welches der Vergabeverfahren die Bewerbung aufrecht bleibt. Gibt der Bewerber innerhalb dieser Frist keine Stellungnahme ab, so wird er nur in

jenem Vergabeverfahren, in welchem er selbst eine Priorität angegeben hat, weiter als Bewerber geführt.

(6) Hat der Bewerber keine Priorität bekannt gegeben, können Ärztekammer für Wien und Wiener Gebietskrankenkasse ersatzweise eine Priorität festlegen. Der Bewerber ist darüber in Kenntnis zu setzen Absatz (4 und 5) gelten sinngemäß.

(7) Eine abgegebene oder ersatzweise festgelegte Priorität kann während des laufenden Vergabeverfahrens nicht abgeändert werden. Eine neue Priorität kann erst abgegeben werden, wenn das Verfahren nach dieser Vereinbarung hinsichtlich der Besetzung der Stelle, für die eine Priorität abgeben oder festgelegt wurde, beendet ist.

§ 9 Reihung der Bewerber

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

(2) Die Reihung der Bewerbungen erfolgt nach dem unter Berücksichtigung der Verordnung des Bundesministers für Soziale Sicherheit und Generationen vom 20. Dezember 2002 (BGBl. Teil II Nr. 487/2002) erstellten Punkteschema gemäß der Anlage zu dieser Vereinbarung.

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

(4) Die Wiener Gebietskrankenkasse überprüft die von der Ärztekammer für Wien vorgenommene Reihung. Die definitive Festlegung der Reihung trifft der Niederlassungsausschuss (§ 13).

(5) Die Wiener Gebietskrankenkasse und die Ärztekammer für Wien können gemeinsam die Invertragnahme des Erstgereihten mit Begründung ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, dass der mit dem Einzelvertrag verbundene Versorgungsauftrag durch diesen Bewerber nicht erfüllt werden kann.

(6) Für die Auswahl von Vertrags-Gruppenpraxen sind die sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärzte als Team zu bewerten, wobei die nach Abs. 2 zu vergebenden Kriterien auf jeden einzelnen Gesellschafter anzuwenden sind und die Bewertung nach Punkten teambezogen zu erfolgen hat.

§ 10 Bewertung/Hearing

(1) Haben zwei oder mehrere Bewerber dieselbe Punkteanzahl erreicht, so gilt jener Bewerber als erstgereiht, dessen Punkteanzahl bei der Beurteilung der fachlichen Qualifikation (Anlage §1 Z 1 und 2) am höchsten ist. Ist der Punktstand der Bewerber auch unter Berücksichtigung der für die fachliche Qualifikation erreichten Punkte gleich, so ist die Entscheidung über die Vergabe der Stelle aufgrund eines Hearings zu treffen. Bei einem allfälligen Hearing ist die Frauenquote zu berücksichtigen.

(2) Die Teilnehmer des Hearings sind alle nach Abs. 1 betroffenen Bewerber sowie die gleiche Anzahl von Vertretern der Ärztekammer für Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse.

(3) Sobald Einvernehmen zwischen Ärztekammer für Wien und Wiener Gebietskrankenkasse besteht, ist der Erstgereichte zu informieren. Die von den Bewerbern jeweils erreichte Punkteanzahl wird auf der Homepage der Ärztekammer für Wien (www.aekwien.or.at) veröffentlicht.

Abschnitt IV.

§ 11 Neue Stellen

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

§ 12 Stellennachfolge

(1) Handelt sich bei der ausgeschriebenen Stelle um eine, die zuvor von einem Vertragsarzt der Wiener Gebietskrankenkasse besetzt war, so wird der gemäß Abschnitt III. erstgereichte Bewerber von der Ärztekammer für Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse dazu aufgefordert, Verhandlungen mit dem bisherigen Ordinationsinhaber oder - wenn die Stelle infolge des Todes des bisherigen Ordinationsinhabers neu zu besetzen war - mit dem über den Nachlass Verfügungsberechtigten aufzunehmen.

(2) Kommt es zwischen dem erstgereichten Bewerber und dem bisherigen Ordinationsinhaber bzw. dem nach dem Todesfall Verfügungsberechtigten hinsichtlich der Übernahme der Ordination zu keiner Einigung, so kann jeder der genannten die Einberufung einer Schlichtungskommission bei der Ärztekammer für Wien bzw. der Wiener Gebietskrankenkasse bei gleichzeitiger Vorlage aller zur Entscheidung des Falles erforderlichen Unterlagen beantragen.

(3) Die Schlichtungskommission ist paritätisch mit je zwei Vertretern der Ärztekammer für Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse zu besetzen und hat die Übergabemodalitäten, insbesondere den für die Übergabe geforderten Preis im Hinblick auf dessen Angemessenheit, zu überprüfen.

(4) Die Feststellung, ob der vom Übergeber verlangte Preis als angemessen zu bezeichnen ist, wird gemäß einer von der Ärztekammer für Wien erstellten Richtlinie zu treffen sein, über die die Wiener Gebietskrankenkasse zu informieren ist.

(5) Die Schlichtungskommission trifft ihre Entscheidungen einstimmig.

(6) Stellt die Schlichtungskommission fest, dass der Übergeber einen nicht angemessenen Preis verlangt und beharrt der Übergeber auf seiner Forderung, so hat die Schlichtungskommission festzustellen, dass der erstgereichte Bewerber dazu berechtigt ist im Umkreis der zu übergebenden Ordination eine Ordination zu eröffnen, für die er einen Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse erhält.

(7) Stellt die Schlichtungskommission fest, dass der erstgereichte Bewerber nicht bereit ist, einen angemessenen Preis zu zahlen und weigert er sich weiterhin, einen angemessenen Preis zu zahlen, so stellt die Schlichtungskommission fest, dass der erstgereichte Bewerber aus dem Vergabeverfahren auszuschneiden ist und der zweitgereichte Bewerber Verhandlungen gemäß Abs. (1) aufnehmen kann.

(8) Ein Verzicht auf die Stelle nach erfolgter Reihung ist ohne Streichung aus der Interessentenliste mittels schriftlicher Erklärung möglich. Im Falle eines Verzichtes des erstgereihten Bewerbers rückt der zweitgereichte Bewerber in die Position des erstgereihten Bewerbers.

(9) Unterwirft sich der Übergeber den auf Grundlage der Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen vom 20. Dezember 2002 (BGBl. Teil II Nr. 487/2002) erstellten Richtlinien nicht und verweigert die Übergabe an den Erstgereihten, kann die Schlichtungskommission feststellen, dass der erstgereichte Bewerber berechtigt ist, im Umkreis der zu übergebenden Ordination eine Ordination zu eröffnen, für die er einen Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse erhält.

Abschnitt V.

§ 13

Niederlassungsausschuss

(1) Der Niederlassungsausschuss setzt sich aus je zwei stimmberechtigten Vertretern der Ärztekammer für Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse zusammen und trifft seine Entscheidungen einstimmig.

(2) Der Niederlassungsausschuss tritt jedenfalls einmal pro Quartal zusammen; sofern dies erforderlich erscheint, kann sowohl die Ärztekammer für Wien als auch die Wiener Gebietskrankenkasse seine Einberufung auch zwischenzeitlich verlangen.

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

§ 14

Wirksamkeit

Diese Vereinbarung tritt mit 1. Jänner 2003 in Kraft und gilt für alle ab dem Stichtag 1. Jänner 2003 für Ärzte für Allgemeinmedizin ausgeschriebenen Stellen sowie für alle ab dem Stichtag 1. April 2003 für Fachärzte ausgeschriebenen Stellen.

Wiener Gebietskrankenkasse
Der leitende Angestellte: Der Obmann:

Ärztekammer für Wien
Der Präsident: Obmann der Kurie der
niedergelassenen Ärzte:

ANLAGE

zur Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse für die Auswahl und Invertragnahme von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Zahnärzte) gemäß § 5 Abs. 2 Gesamtvertrag

I.

Reihungskriterien

Die Reihung der Bewerber erfolgt nach folgenden Kriterien:

1. Berufserfahrung ab Erlangung des ius practicandi als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt.

1.1 Berufserfahrung als angestellter und/oder freiberuflicher Arzt. Eine Tätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin bei gleichzeitiger Meldung auf eine Ausbildungsstelle im Hauptfach eines Sonderfaches wird für die Berufserfahrung als angestellter Arzt nicht angerechnet.

Bewertung nach Punkten:

0,25 Punkte pro Monat, max. 9 Punkte

1.2 Berufserfahrung als hauptberuflich tätiger Wahlarzt.

Als hauptberuflich gilt eine Wahlarztstätigkeit, sofern nicht gleichzeitig Tätigkeiten in Anstellungsverhältnissen, deren Ausmaß mehr als 20 Wochenstunden betragen, ausgeübt werden.

Bewertung nach Punkten:

0,5 Punkt pro Monat, max. 5 Punkte

1.3 Berufserfahrung als Praxisvertreter in Ordinationen mit Verträgen mit Gebietskrankenkassen.

Bewertung nach Punkten:

1 Punkt pro 15 Vertretungstage, max. 16 Punkte

1.4 Berufserfahrung im Ärztefunkdienst bzw. in analogen Notarztsystemen (nur bei Bewerbungen um eine Kassenplanstelle für Allgemeinmedizin) bzw. analogen Diensten in Einrichtungen der medizinischen Erstversorgung.*)

*)Einrichtungen der medizinischen Erstversorgung sind Abteilungen mit Ambulanzen, die für die Ausbildung in Allgemeinmedizin gemäß der Ärzteausbildungsordnung anerkannt sind.

Bewertung nach Punkten:

0,125 Punkte pro Dienst im Ärztefunkdienst oder einem analogen Notarztsystem bzw. 0,625 Punkte pro Monat in Einrichtungen der medizinischen Erstversorgung, max. 5 Punkte

2. Fachliche Qualifikation

2.1 Allgemeine fachliche Qualifikation

2.1.1 Aufgrund eines von der ÖÄK verliehenen Diploms:

Bewertung nach Punkten:

Fortbildungsdiplom – 4 Punkte

Notarztdiplom - 2 Punkte

PSY III Diplom - 2 Punkte

PSY I Diplom – 1 Punkt
PSY II Diplom – 1 Punkt
Diplom für manuelle Medizin – 1 Punkte
Diplom für Neuraltherapie – 1 Punkt
Diplom für Arbeitsmedizin – 1 Punkt
Diplom für Ernährungsmedizin – 1 Punkt
Diplom für Kurortemedizin – 1 Punkt
Diplom für Geriatrie – 1 Punkt
Diplom für Sportmedizin – 1 Punkt
Diplom Umweltmedizin – 1 Punkt
Diplom Palliativmedizin – 1 Punkt
Schularztdiplom – 1 Punkt
Physikatskurs – 1 Punkt
EEG-Zertifikat – 1 Punkt
Verrechnungsberechtigung Sonographie – 1 Punkt
Alle übrigen Diplome der ÖÄK – 0,5 Punkte pro Diplom

2.1.2 Aufgrund von Zusatzfächern:

Bewertung nach Punkten:

8 Punkte pro Additivfach

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

Bewertung nach Punkten:

7 Punkte

Insgesamt können durch die Punkte 2.1 und 2.2 maximal 15 Punkte erworben werden.

3. „Wartezeit“ auf der InteressentInnenliste

Die „Wartezeit“ beginnt mit dem Datum der Eintragung in die fachspezifischen InteressentInnenlisten der Ärztekammer für Wien oder mit der ersten ordnungsgemäßen Bewerbung für ausgeschriebene Kassenplanstellen nach Erlangung der Berufsberechtigung als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt.

Bewertung nach Punkten:

0,25 Punkte pro Monat, max. 20 Punkte

4. Bemühung um behindertengerechten Zugang

Schriftliche Zusage, sich ernsthaft zu bemühen, einen behindertengerechten Zugang zur Praxis nach den Bestimmungen der Ö-Norm 1600 „barrierefreies Bauen“ sowie der Ö-Norm 1601 „spe-

zielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ bei Vertragsbeginn oder innerhalb einer angemessenen Frist nach Vertragsbeginn zu schaffen.

Bewertung nach Punkten:

2 Punkte

5. Mutterschutz- bzw. Karenzzeiten oder Präsenz-, Ausbildungs- oder Zivildienst, Mutterschutz, Elternkarenz nach der Geburt eines Kindes, Präsenz-, Ausbildungs- oder Zivildienst nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, sofern während dieser Zeit keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird und diese Zeiten zwischen dem Zeitpunkt der Promotion und der Erlangung des Berufsberechtigung als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt liegen.

Bewertung nach Punkten:

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

II.

Nachweise

1. Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.1 und 1.2 werden ausschließlich die Ärzteliste bzw. schriftliche Bestätigungen aus dem Ausland herangezogen.
2. Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.3 wird eine vom vertretenden Arzt bestätigte Vertretung auf dem von der Ärztekammer für Wien aufgelegtem Formular, sowie gemeldete Vertretungen bei Witwenquartalen herangezogen.
3. Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.4 werden ausschließlich schriftliche Bestätigungen des Ärztekammergebietes bzw. Honorarlisten des Ärztekammergebietes bzw. des analogen Notarztsystems bzw. sonstige Dienstbestätigungen herangezogen.
4. Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 2 werden ausschließlich die von der Österreichischen Ärztekammer ausgestellten Diplome oder sonst angeführten Nachweise herangezogen.
5. Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 5 werden Bestätigungen der Sozialversicherung über Karenz- oder Kindergeldbezug bzw. Bestätigungen von Dienstgebern, sowie Bestätigungen über Präsenz-, Ausbildungs- und Zivildienst herangezogen.

III.

Stichtage

1. Stichtag für die Berechnung der Punkte ist der letzte Tag der Bewerbungsfrist
2. Berufserfahrungen nach I. werden nur angerechnet, sofern die Erfahrungen vor dem letzten Tag der Bewerbungsfrist liegen. Erfolgt die Berechnung nach Monaten so sind bei I. Ziff. 2.1 sowie Ziff. 5 nur volle Kalendermonate zur Berechnung heranzuziehen.
3. Bei der Berechnung der Punkte nach I. Ziff. 3 werden grundsätzlich volle Kalendermonate herangezogen. Verbleibende Tage werden als Resttage aliquotiert, indem sie durch 30 dividiert werden.

IV.

Sonstiges

1. Bewirbt sich ein Arzt mehrmals, sind reihungsrelevante Unterlagen, die weiterhin Gültigkeit haben, nicht nochmals einzureichen, sondern werden automatisch zur Bewertung herangezogen.
2. Alle für die Bewerbung relevanten Unterlagen müssen bis zum Ende der Bewerbungsfrist in der Ärztekammer für Wien eingelangt sein. Später einlangende Unterlagen werden bei der Errechnung der Punkte nicht berücksichtigt.

Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen Frau/Herrn

Dr. med.

(im Folgenden Vertragsarzt genannt) und der Wiener Gebietskrankenkasse auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2004 abgeschlossen.

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

§ 2

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

Berufssitz W I E N

Ordinationsstätte

Ordinationszeit

§ 3

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

§ 4

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

§ 5

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

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 43 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem _____.

Wien,

Für die

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Unterschrift des Vertragsarztes:

Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Wien gemäß § 7a des Gesamtvertrages vom 25. Juni 1956 in der Fassung vom 1. Jänner 2002.

Präambel

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

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

§ 1

Persönliche Voraussetzungen

(1) Die Vereinbarung gilt für alle Ärzte, die mit der Wiener Gebietskrankenkasse einen Einzelvertrag im Sinne von § 8 des Gesamtvertrages vom 25. Juni 1956 in der Fassung vom 1. Jänner 2002 abgeschlossen haben, mit Ausnahme folgender Fachgruppen

- Vertragsfachärzte für physikalische Medizin
- Vertragsfachärzte für Radiologie
- Vertragsfachärzte medizinische und chemische Labordiagnostik
- Vertragsfachärzte für Pathologie.

(2) Ebenfalls von der Vereinbarung ausgenommen sind alle übrigen Vertragsärzte, die nicht den unter Absatz (1) aufgelisteten Fachsparten angehören, sofern die Anzahl der vom betreffenden Vertragsarzt in dem der Antragstellung vorausgegangenen Abrechnungsjahr das 1,5-fache der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe überschritten hat.

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

§ 2

Sachliche Voraussetzungen

Voraussetzung für die Vertragsteilung gemäß § 2 Absatz (2) ist das Vorliegen von Fakten, die es dem Vertragsarzt unmöglich machen, die vertraglich vereinbarten Ordinationszeiten im vollen Umfang einzuhalten.

Als ausreichende Begründung gelten insbesondere

- Betreuungsverpflichtungen für minderjährige Kinder,
- persönliche Erkrankung oder Krankheit,
- Sterbebegleitung für einen Angehörigen.

§ 3 Antragstellung

- (1) Der Antrag auf Teilung einer Vertragsarztstelle ist vom Vertragsarzt schriftlich an die Ärztekammer für Wien zu richten.
- (2) Der Antrag hat jedenfalls folgende Angaben zu enthalten:
- Name und Adresse des Antragstellers
 - Name des gewünschten Teilhabers
 - Begründung für die Vertragsteilung (samt allen erforderlichen Unterlagen)
 - Gewünschte Dauer der Vertragsteilung
- (3) Die Ärztekammer für Wien wird den Antrag prüfen und diesen mit einer Stellungnahme so rasch wie möglich an die Wiener Gebietskrankenkasse weiterleiten.
- (4) § 5 Abs. 1 Gesamtvertrag gilt sinngemäß.

§ 4 Dauer der Teilung

- (1) Die Dauer der Teilung einer Vertragsarztstelle kann beim Erstantrag fünf Jahre nicht übersteigen.
- (2) Eine einmalige Verlängerung der Teilung für maximal weitere fünf Jahre ist möglich.
- (3) Die Bestimmungen von § 2 gelten sinngemäß.

§ 5 Person des Teilhabers

- (1) Die Auswahl des Teilungspartners erfolgt durch den Inhaber des Einzelvertrages. Reihungsrichtlinien sowie sonstige Vereinbarungen zwischen der Ärztekammer für Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse zur Auswahl von Vertragsärzten finden keine Anwendung.
- (2) Der Teilhaber muss die für den Abschluss eines Einzelvertrages gemäß § 5 Gesamtvertrag erforderlichen Voraussetzungen erfüllen.

§ 6 Rechtswirkungen der Teilung

- (1) Die Teilung der Vertragsarztstelle bedingt den Abschluss eines auf beide Vertragsinhaber lautenden Einzelvertrages zwischen den betroffenen Ärzten (Vertragsinhaber) und der Wiener Gebietskrankenkasse.
- (2) Ein gemäß dieser Vereinbarung geteilter Einzelvertrag ist, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, einem Einzelvertrag gemäß § 7 des Gesamtvertrages gleichzuhalten.
- (3) Beide Vertragsinhaber sind gleichermaßen zur Einhaltung der Vertragsbestimmungen verpflichtet.

§ 7 Ruhe des Einzelvertrages

(1) Der Einzelvertrag des Antragstellers ruht für die Dauer der Teilung und lebt mit deren Beendigung wieder auf.

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

§ 8 Beendigungsgründe

Die Teilung der Vertragsarztstelle endet

- mit Zeitablauf
- mit dem Tod des Inhabers des ruhend gestellten Einzelvertrages
- durch Übermittlung einer von beiden Vertragsinhaber unterfertigte Erklärung, die Vertragsteilung beenden zu wollen an die Wiener Gebietskrankenkasse

§ 9 Rechnungslegung

(1) Die Vertragsinhaber legen gemeinsam Rechnung.

(2) Die Überweisung des Honorares durch die Wiener Gebietskrankenkasse erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung auf ein bekanntzugebendes auf beide Vertragsinhaber lautendes Konto.

§ 10 Honorierung

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

(2) Auf Basis der Abrechnungen der letzten vier Quartale des bisherigen Einzelvertragsinhabers vor der Teilung des Vertrages wird die für jeden geteilten Einzelvertrag und für jedes Abrechnungsquartal eine individuelle Fallzahl ermittelt. Vertretungsscheine werden aliquot berücksichtigt.

(3) Als individuelle Fallzahl gilt grundsätzlich die im jeweiligen Abrechnungsquartal erreichte durchschnittliche Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe. Übersteigt die vom bisherigen Inhaber des Einzelvertrages erreichte durchschnittliche Fallzahl jedoch die durchschnittliche Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe, ist diese als individuelle Fallzahl heranzuziehen.

(4) Zur Berechnung der individuellen Fallzahl werden ausschließlich kurative Fälle herangezogen, Vorsorgeuntersuchungsfälle und reine Mutter-Kind-Pass-Fälle werden nicht berücksichtigt.

(5) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Absatz (2) bis (4) festgelegten individuellen Fallzahl um 10 % erfolgt keine Kürzung des gemäß Absatz (1) errechneten Honorares.

(6) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Absatz (2) bis (4) festgelegten individuellen Fallzahl um mehr als 10 % erfolgt eine Kürzung des gemäß Absatz (1) errechneten Honorares um 3 %.

(7) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Absatz (2) bis (4) festgelegten individuellen Fallzahl um mehr als 20 % erfolgt eine Kürzung des gemäß Absatz (1) errechneten Honorares um 5 %.

(8) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Absatz (2) bis (4) festgelegten individuellen Fallzahl um mehr als 30 % erfolgt eine Kürzung des gemäß Absatz (1) errechneten Honorares um 8 %.

(9) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Absatz (2) bis (4) festgelegten individuellen Fallzahl um mehr als 40 % erfolgt eine Kürzung des gemäß Absatz (1) errechneten Honorares um 16 %.

§ 12 Geltungsdauer

Diese Vereinbarung wird für die Dauer von drei Jahren abgeschlossen und verlängert sich automatisch unbefristet, sofern keine der Vertragsparteien vor Ablauf dieser Frist der jeweils anderen schriftlich mitteilt, diese nicht mehr fortsetzen zu wollen.

§ 13 Nachwirkung

Im Falle einer Kündigung oder des Auslaufens gemäß § 12 bleiben die zum Zeitpunkt der Beendigung in Kraft stehenden geteilten Verträge bis zum Auslaufen der genehmigten Fristen bestehen.

Wien, 26. November 2002

Wiener Gebietskrankenkasse
Der leitende Angestellte: Der Obmann:

Ärztammer für Wien