

Gebührenfrei gemäß
§ 110 ASVG

GESAMTVERTRAG

vom 20.Mai 1994

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

Grundlagen

§1

- (1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz ASVG), BGB1.Nr. 189, in der jeweils geltenden Fassung, sowie gemäß § 38 Abs.2 Z.8 des Ärztegesetzes, BGB1.Nr. 373/84, in der jeweils geltenden Fassung, zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ärztlichen Hilfe gemäß § 133 ASVG bzw. der Zahnbehandlung, des Zahnersatzes gemäß § 153 ASVG 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 abgeschlossen:

1. Burgenländische Gebietskrankenkasse, Eisenstadt,
Esterhazyplatz 3
2. Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues,
Graz, Lessingstraße 20

(im folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsärzte

§ 3

- (1) Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Anspruchsberechtigten im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in einem Anhang zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt.
- (2) Bei der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muß. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein.
- (3) Wird ein Einvernehmen über die Zahl der Vertragsärzte, ihre örtliche Verteilung sowie über die beantragte Abänderung der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission.

Ausschreibung freier Vertragsarztstellen

§ 4

- (1) Die freien Vertragsarztstellen werden in Einvernehmen mit der Kammer von den Versicherungsträgern in der nächsten Nummer der Mitteilungen der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren.
- (2) Die Anträge auf Vertragsabschluß sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.

Auswahl der Vertragsärzte

§ 5

- (1) Die Kammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme binnen drei Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an die Versicherungsträger weiter und erstattet einen begründeten Vorschlag. Sind die Versicherungsträger mit dem Vorschlag nicht einverstanden

haben sie einen begründeten Gegenvorschlag binnen vier Wochen nach Einlangen des Vorschlages der Kammer zu erstatten. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Versicherungsträger. Kommt innerhalb von zwei Wochen ein Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.

- (2) Die Vertragsparteien können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren.
- (3) Bis zur Besetzung einer freien Vertragsarztstelle kann, im Falle eines dringenden Bedarfs, im Einvernehmen mit der Kammer ein befristeter Einzelvertrag abgeschlossen werden.
- (4) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte 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 den Vertragsparteien zulässig.

Einzelvertragsverhältnis

§ 6

- (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 praktischen Ärzte und Fachärzte.
- (3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.
- (4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird von den Versicherungsträgern der Kammer übermittelt.
- (5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und den zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

Abschluß des Einzelvertrages

§ 7

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

Wechsel der Ordinationsstätte

§ 8

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

Stellenvertretung

§ 9

- (1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Mit Zustimmung der Versicherungsträger kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden. Sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenen zugemutet werden kann.
- (2) Sofern die Vertretung länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der Kammer und den Versicherungsträgern bekanntzugeben; dauert die Vertretung länger als drei Monate, so können die Kammer oder die Versicherungsträger gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird ein Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die Kammer und die Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

Ärztliche Behandlung

§ 10

- (1) Die vertragsärztliche Behandlung des Anspruchsberechtigten obliegt dem Vertragsarzt nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Diese ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben.
- (2) Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muß ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der Versicherungsträger vom Arzt zu begründen.
- (3) Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt und gebessert werden.
- (4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürften für Rechnung der Versicherungsträger nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden von den Versicherungsträgern nicht vergütet.

- (5) Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb des Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers, welcher den behandelnden Arzt vorher anzuhören hat, vornehmen.
- (6) Der Vertragsarzt wird ärztliche Leistungen im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung seiner eigenen Person, des Ehegatten, der Kinder, Enkel und Eltern, soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, den Versicherungsträgern nicht verrechnen; er ist jedoch zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der Versicherungsträger in diesen Fällen berechtigt.

Behandlung in der Ordination

§ 11

- (1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen. Getrennte Wartezimmer (und unterschiedliche Ordinationszeiten) für Kassen- und Privatpatienten sowie die Bevorzugung von Privatpatienten oder Patienten anderer Versicherungsträger vor den Anspruchsberechtigten sind unzulässig.
- (2) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit den Versicherungsträgern vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die den Versicherungsträgern bekanntgegebenen Ordinationszeiten, sofern diese dagegen keinen Einspruch erheben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an die Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheiden auf Antrag die paritätische Schiedskommission.
- (3) Nur in medizinischen dringenden Fällen (wie z.B. bei Erster-Hilfe-Leistung) 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.

Krankenbesuch

§ 12

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

- (2) Für den Vertragsarzt der Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsarzt) besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächsterreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis zu 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Vertragsärzte der Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzte) als nächsterreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern ist der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin (praktische Vertragsarzt) in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von 1 km – gerechnet von seiner Ordinationsstätte – zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächsterreichbarer Vertragsarzt in Anspruch genommen wird.
- (3) Für den Vertragsfacharzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht nicht ausgehändig ist und am Niederlassungsort des Vertragsfacharztes oder innerhalb eines Umkreises von 5 km – gerechnet von der Ordinationsstätte – wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt als nächsterreichbarer Facharzt berufen wird.
- (4) Für die Landeshauptstadt sowie für bestimmte Gemeinden kann im Anhang zu diesem Gesamtvertrag zwischen den Vertragsparteien eine Sonderregelung über die Verpflichtung des Vertragsarztes zu Krankenbesuchen vereinbart werden.
- (5) Ein zu einem Krankenbesuch nicht verpflichteter Vertragsarzt ist berechtigt, den Versicherungsträgern den Krankenbesuch einschließlich jener Wegegebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren kann der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.
- (6) Die Vertragsparteien können im Anhang zu diesem Gesamtvertrag weitere Bestimmungen über die Verpflichtung zu Krankenbesuchen vereinbaren.

Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten

§ 13

- (1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (2) Der Vertragsfacharzt soll Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsarzt) überweisen. Diesem ist hiebei 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 Leistung

§ 14

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

Nachweis der Anspruchsberechtigung

§ 15

- (1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Hilfe unaufgefordert ihre Berechtigung in der von den Versicherungsträgern vorgeschriebenen Form (z.B. Krankenkassenscheck) nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.
- (2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung der Versicherungsträger nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches der Krankenkassenscheck ausgestellt wurde.
- (3) Erkrankte, die sich nicht im Sinne des Abs. 1 als Anspruchsberechtigte ausweisen, dürfen grundsätzlich für Rechnungen der Versicherungsträger 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 der Versicherungsträger zu behandeln und hierbei 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, von den Versicherungsträgern die Ausstellung eines Ersatzbehandlungsscheines zu verlangen. Der Ersatzbehandlungsschein gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Die näheren Bestimmungen über die Ausstellung des Ersatzbehandlungsscheines vereinbaren die Vertragsparteien.

Sonn- und Feiertagsdienst

§ 16

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

Konsilium

§ 17

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

Betreuungsfälle

§ 18

- (1) Soweit die Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet sind, übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten der Versicherungsträger gelten, mit denen der Arzt im Vertragsverhältnis steht. Das gleiche gilt für jene Personen, die von einem Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.
- (2) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten auch für nicht krankenversicherte Personen, deren Unfallheilbehandlung von einem österreichischen Träger der Unfallversicherung einem Krankenversicherungsträger übertragen wurde, sofern über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen eine Sondervereinbarung zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.
- (3) Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen einem österreichischen Krankenversicherungsträger zur Betreuung überweisen werden, sind den Anspruchsberechtigten nach Abs. 1 gleichzustellen, sofern es sich um Grenzgänger oder um Dienstnehmer handelt, die sich zum Zwecke der Berufsausübung im Bundesgebiet aufhalten. Über diesen Personenkreis hinaus wird die vertragsärztliche Behandlung nur übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

Ablehnung der Behandlung

§ 19

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

Anstaltspflege

§ 20

- (1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert und medizinische Hauskrankenpflege nicht durchgeführt werden kann, 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 erstellen.
- (3) Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt der Versicherungsträger oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand der Versicherungsträger eintritt.
- (4) Zu Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z.B. Krankenautos) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung der Versicherungsträger ist in jedem Fall von Vertragsarzt zu bescheinigen.

Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

§ 21

- (1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten der Versicherungsträger nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben
- (2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der Versicherungsträger die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten
- (3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der Versicherungsträger sind die von diesen zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.

- (4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung der Versicherungsträger in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung der Versicherungsträger nicht verschrieben werden.
- (5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien ist von Vertragsarzt bei den Versicherungsträgern anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigestellt. Die Art des Bezuges wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (6) Beabsichtigt der Chef- (Kontrolle-) 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 der Versicherungsträger führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 36 Anwendung.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 22

- (1) Die Maßnahmen der Versicherungsträger zur Festigung der Gesundheit (Rehabilitations-, Kur-, Landaufenthalte und dgl.) sind an ihre 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) Beabsichtigen die Versicherungsträger Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so haben die Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

§ 23

- (1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem behandelnden Vertragsarzt. Die Vertragsparteien können Abweichungen hievon vereinbaren.
- (2) Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hiezu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Arzt in einer eigenen Einrichtung und 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 die Versicherungsträger nicht behindert wird.

Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

§ 24

- (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 der Versicherungsträger auf Grund eines Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes zu. Der Vertragsarzt hat in der Regel am gleichen Tag, an dem er die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen.
- (2) Die Krankenstandsmeldung ist auf dem vorgesehenen Vordruck zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigung 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 eine Dritten zugefügte Verletzung (z.B. Verkehrsunfall) besteht.
- (3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigkeit der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankheitstand 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 der den Forbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann.
- (5) Besteht nach einem Spitalaufenthalt oder nach einer Maßnahme gemäß §§ 155 Abs. 2 bzw. 154a Abs.2 Z.1 ASVG Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

Feststellung der Arbeitsfähigkeit durch die Versicherungsträger

§ 25

- (1) Die Versicherungsträger sind berechtigt, durch die hierzu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Arzt in einer eigenen Einrichtung und dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist der behandelnde Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.
- (2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organes eines Versicherungsträgers gemäß Abs.1 festgestellt worden, so kann während des gleichen Krankheitsfalles eine Abänderung dieser Feststellung vom Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit dem Organ des Versicherungsträgers vorgenommen werden.
- (3) Beabsichtigt der Chef- (Kontroll-) Arzt, einen Versicherten, der durch den behandelnden Vertragsarzt nicht in den Krankenstand genommen wurde, arbeitsunfähig zu erklären, so ist dem behandelnden Vertragsarzt vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (4) Ist der behandelnde Vertragsarzt mit einer Verfügung eines Organes des Versicherungsträgers gemäß Abs. 2 oder 3 nicht einverstanden, so ist er berechtigt, dagegen schriftlich unter Anführung der medizinischen Gründe Einspruch zu erheben. Die endgültige Entscheidung steht dem Chefarzt des Versicherungsträgers zu.

Mutterschaft

§ 26

Der Vertragsarzt ist zur Betreuung (Beratung, Untersuchung, allenfalls Behandlung) der schwangeren Anspruchsberechtigten und zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigung zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft und für die Erlangung von Leistung aus dem Mutter-Kind-Paß verpflichtet.

Auskunftserteilung

§ 27

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

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

Krankenaufzeichnungen

§ 28

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

Administrative Mitarbeit

§ 29

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.
- (2) Die Muster der für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigung) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbart.
- (3) Die Versicherungsträger haben 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 den Versicherungsträgern 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 die Versicherungsträger zu verweisen.

Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit

§ 30

- (1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird durch die Honorarordnung geregelt; diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere:
- a) die Grundsätze über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen;
 - b) das Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen
 - c) die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten, und, soweit dies vorgesehen ist, in Schillingbeträgen.
- (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

§ 31

- (1) Die Rechnungslegung durch den Vertragsarzt wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung verrechnet der Versicherungsträger nur mit dem vertretenen Vertragsarzt.
- (2) Rechnet der Vertragsarzt ohne triftige Begründung später als einen Monat nach Ablauf des Einsendetermines ab, können die Versicherungsträger die Honorarvorauszahlung bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare von den Versicherungsträgern nicht bezahlt.

Honorarabzüge und Honorareinbehalt

§ 32

- (1) Die Versicherungsträger werden von dem dem Vertragsarzt zustehenden Honorar jede Beträge (§ 56 Abs.3 und § 75 Abs.5 Ärztegesetz) einbehalten, die rechtzeitig von der Kammer schriftlich bekanntgegeben werden. Diese Beträge sind ehestens der Kammer zu überweisen. Die Überweisungstermine werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (2) Wird von einem 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

§ 33

- (1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt des Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die im Zeitpunkt des Todes des Vertragsarztes diesem gebührenden offenen Honoraransprüche gegen die Versicherungsträger stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.
- (2) Der von der Witwe eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Vertragsparteien mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossen Einzelvertrages berechtigt.

Gegenseitige Unterstützungspflicht

§ 34

- (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 oder den gesetzlichen bzw. gesamtvertraglich vorgesehenen Schlichtungs- und Schiedsinstanzen gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.
- (3) Der Vertragsparteien werden einander auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehende Auskünfte erteilen.
- (4) Die Versicherungsträger haben alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was den Versicherungsträgern und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder Öffentlichkeit herabsetzen könnte.
- (5) Der Vertragsarzt teilt dem Versicherungsträger die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistung mit, das gleiche gilt, wenn ein in Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das seine Wiedergenesung erschwert oder verzögert.

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

§ 35

- (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

§ 36

- (1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und den Versicherungsträgern sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei werden die Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten (§ 35). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuß nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.
- (2) Der Schlichtungsausschuß besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und der Versicherungsträger. Dem Schlichtungsausschuß können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.
- (3) Der Schlichtungsausschuß trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die von den Versicherungsträgern dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistung aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Der Schlichtungsausschuß ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 den Versicherungsträgern zu leisten hat.
- (4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie den Versicherungsträgern mittels eingeschriebenen Briefes bekanntzugeben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs.5 hinzuweisen ist.
- (5) Der Vertragsarzt und die 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 die Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung der Versicherungsträger nur innerhalb von neuen Monaten nach Einlangen der Verschreibung bei den Versicherungsträgern zulässig.

Verfahren bei Streitigkeiten

§ 37

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

Auflösen des Einzelvertragsverhältnisses

§ 38

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

Ausschreibung von freien Facharztstellen in den Ambulatorien der Versicherungsträger

§ 39

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

Gemeinsame Durchführung des Gesamtvertrages seitens der Versicherungsträger

§ 40

- (1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Burgenländische Gebietskrankenkasse, Eisenstadt, bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung diese Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Burgenländische Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere ist der Burgenländischen Gebietskrankenkasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.
- (2) Zur Entgegennahme der den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, wird die Burgenländische Gebietskrankenkasse, Eisenstadt, Esterhazyplatz 3, bevollmächtigt.

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

Sonderregelung für die Vertragszahnärzte

§ 41

- (1) Die Durchführung der vertragsärztlichen Zahnbehandlung und des Zahnersatzes sowie der kieferorthopädischen Behandlungen wird in einer Sonderregelung vereinbart, die von diesem Gesamtvertrag abweichende Bestimmungen enthalten kann.
- (2) Die Sonderregelung ist ein Bestandteil des Gesamtvertrags. Der Gesamtvertrag kann mit ausschließlicher Wirkung oder ohne Wirkung für die Vertragszahnärzte gekündigt werden (§ 43)

Übernahme der bisherigen Vertragsärzte

§ 42

Alle Ärzte, die am 30. Juni 1994 in einem kurativen Vertragsverhältnis zu den Versicherungsträgern standen, werden ohne neuerlichen Antrag in das Vertragsverhältnis nach dem vorliegenden Gesamtvertrag im bisherigen Umfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit übernommen.

Gültigkeitsdauer

§ 43

- (1) Dieser Gesamtvertrag tritt am 1. Juli 1994 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.
- (2) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluß eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

Verlautbarung

§ 44

Der Abschluß dieses Gesamtvertrages und der Abschluß seiner Abänderungen werden in der „Österreichischen Ärztezeitung“ auf Kosten der Kammer und in der Zeitschrift „Soziale Sicherheit“ auf Kosten der Versicherungsträger verlautbart.

Eisenstadt/Wien, den 20. Mai 1994

Ärzttekammer für Burgenland
Der Präsident:

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Der Präsident:

Der Generaldirektor:

Burgenländische Gebietskrankenkasse

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Gebührenfrei gem. § 110
Abs.1 Z.2 lit.a ASVG

ANHANG
Zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994
EINZELVERTRAG

§ 1

- (1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen Herrn/Frau Dr. med.
.....
.....
(im folgenden Vertragsarzt genannt) in
.....
und der..... in
.....
auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vomabgeschlossen.
- (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 Allgemeinmedizin (praktischer Arzt), Facharzt für ausgeübt.

Berufssitz:

.....

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 bekanntgegeben Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.
- (2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung, des Schlichtungsausschusses (§ 36 Abs.3 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 amund wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

....., den

Für die
Versicherungsträger:

Unterschrift des
Vertragsarztes:

ANHANG
zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994

ABSCHNITT A: AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN

Zu § 13 des Gesamtvertrages:

Die Beanspruchung eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann nur dann auf Grund einer Zuweisung durch den Vertragsarzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist.

Wurde im Kalendervierteljahr bereits ein Facharzt unmittelbar in Anspruch genommen und wird im gleichen Quartal die Behandlung durch einen Facharzt eines anderen Fachgebietes erforderlich, kann der letztgenannte Facharzt in der Regel nur über Zuweisung durch den seinerzeit gewählten Arzt für Allgemeinmedizin (praktischen Arzt) in Anspruch genommen werden. Falls mit der Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes Fahrtspesen verbunden ist, so ist grundsätzlich der zunächst niedergelassene Vertragsfacharzt zuständig.

Zu § 15 Abs.2 des Gesamtvertrages:

Die gemeinsam zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegte Interpretation des § 15 Abs.2 des Gesamtvertrages wird für den Bereich des Bundeslands Burgenland voll anerkannt.

Diese Interpretation lautet:

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

Zu § 15 Abs.4 des Gesamtvertrages:

Selbstaussstellung eines Ersatzbehandlungsscheines bei Unfällen und Erster Hilfe durch den intervenierenden Arzt:

Wenn die im dritten und vierten Satz des Absatzes 4 angeführten Voraussetzungen zutreffen, ist der Vertragsarzt berechtigt, einen Überweisungsschein auszustellen, der als Ersatzbehandlungsschein gilt und am oberen Rand ausdrücklich als solcher zu bezeichnen ist. Auf diesem ist vom Vertragsarzt anzugeben, aus welchen der in den Sätzen drei und vier angeführten Gründen die Ausfertigung des Ersatzbehandlungsscheines erfolgte.

Der vom Vertragsarzt unterfertigte Ersatzbehandlungsschein, welcher Namen, Versicherungsnummer und Wohnanschrift des Versicherten und des Arbeitgebers enthalten muß, ist dem Kontrollor zu übergeben, der beim zuständigen Versicherungsträger die Feststellung der Anspruchsberechtigung veranlasst. Die Zurücksetzung des Ersatzbehandlungsscheines an den Vertragsarzt erfolgt wieder durch den Kontrollor; ebenso eine allfällige Verständigung des Vertragsarztes, wenn eine Anspruchsberechtigung nicht gegeben ist.

Die Versicherungsträger behalten sich ausdrücklich die genaue Überprüfung der in den Sätzen drei und vier des Absatzes 4 angeführten Voraussetzungen für die Ausstellung des Ersatzbehandlungsscheines vor und machen vom Ergebnis dieser Überprüfung die Anerkennung des Überweisungsscheines als gültigen Ersatzbehandlungsscheines abhängig. Über die Gründe einer etwaigen Ablehnung wird der Vertragsarzt von den Kassen schriftlich verständigt.

Zu § 21 Abs.5 des Gesamtvertrages:

Bis zu einer endgültigen bundeseinheitlichen Regelung der Beistellung des Ordinationsbedarfes gelten die bisherigen „Pro-ordinatione-Richtlinien“.

Zu § 29 des Gesamtvertrages:

Der Vertragsarzt ist insbesondere zu folgenden schriftlichen bzw. administrativen Arbeiten, die dem bisherigen Umfang solcher Arbeiten entsprechen, verpflichtet:

1. Ausfertigung der Krankmeldungsanzeigen und Führung des Krankenstandsverzeichnisses für arbeitsunfähige erkrankte Versicherte;
2. Bestätigung des weißen Auszahlungsscheines für Krankengeld für arbeitsunfähige erkrankte Versicherte;
3. Ausfertigung der Anweisung auf Fahrtspesenersatz;
4. Ausfertigung der Anträge auf Anstaltspflege;
5. Ausfertigung der Aufträge für Transporte mit Rettungs- und Krankentransportfahrzeugen;
6. Ausfertigung des Formulars „Antrag auf Heilverfahren bzw. Erholungsaufenthalt“ (Stellungnahme und Vorschläge);
7. Erledigung von Anfragen der Versicherungsträger an den behandelnden Vertragsarzt
 - a) über den Krankheitsverlauf,
 - b) zur Klarstellung, ob Wiedererkrankung bzw. Fortsetzung einer früher schon bestandenen Krankheit vorliegt;
8. Durchführung der für die Honorarverrechnung bzw. Rückverrechnung mit den Vertragskassen erforderlichen Trennung der Krankenscheine (Behandlungsscheine) nach Versicherten und Familienangehörigen;
9. Krankheits- und Dienstunfähigkeitsbescheinigungen, welche die bei einer Vertragskasse versicherten Vertragsbediensteten des Bundes oder des Landes für ihren Dienstgeber benötigt, werden ohne Anrechnung einer Gebühr ausgefertigt, wenn vom Versicherten eine Drucksorte beigebracht wird, in der nur die Krankheit und die voraussichtliche Dauer der Dienstunfähigkeit einzutragen sind.
10. Administrative Arbeiten im Zusammenhang mit der krankenhausersetzenden medizinischen Hauskrankenpflege, soweit diese gemäß Gesamtvertraglicher Vereinbarung über die medizinische Hauskrankenpflege vom 31.3.1993 vorgesehen sind.

ANHANG
Zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994

ABSCHNITT B: ZUSATZ-UND ERGÄNZUNGSBESTIMMUNGEN

Zu § 4 Abs.1 des Gesamtvertrages:

Der Wortlaut der Ausschreibung wird zwischen den Vertragsparteien wie folgt vereinbart:
Ärztchammer für Burgenland, Eisenstadt.

Eisenstadt, den.....

Betrifft: Stellenausschreibung

Die burgenländischen Krankenversicherungsträger schreiben hiermit gemäß § 4 (1) des Gesamtvertrages im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Burgenland folgende neu errichtete Vertragsarztstellen zur Bewerbung aus:

.....

Gemäß § 4 (2) des Gesamtvertrages haben die bewerbenden Ärzte unter Beischluß eines curriculum vitae und des Nachweises einer ärztlichen Ausbildung ihre Bewerbung bei der Ärztekammer für Burgenland, Eisenstadt, Permayerstraße 3, bis zum schriftlich einzureichen. Die Gesuche sind jedoch an die Burgenländische Gebietskrankenkasse, Eisenstadt, Esterhazyplatz 3, zu richten und sind nicht stempelpflichtig

Zum Eintritt in das Vertragsverhältnis ist der Nachweis des Besitzes der österreichisch Staatsbürgerschaft und der von der Ärztekammer für Burgenland geforderten und anerkannten Ausbildungszeit erforderlich.

Die Berufung als Vertragsarzt erfolgt durch Abschluß eines Einzelvertrages.

Zu § 18 Abs.3 des Gesamtvertrages:

Gemäß § 18 Abs.3 letzter Satz des Gesamtvertrages gilt folgende Sondervereinbarung:

§ 1

- (1) An Personen, die gegenüber dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland Anspruch auf ärztliche Betreuung haben, sich zu Urlaubszwecken vorübergehend in der Republik Österreich aufhalten und wegen ihres Zustandes sofort Arzthilfe benötigen, erbrachte ärztliche Leistungen werden mit einem bundeseinheitlichen Pauschalbetrag für das Kalendervierteljahr je Behandlungsfall honoriert.

- (2) Dieser Pauschalbetrag wird für jedes Kalenderjahr neu ermittelt, wobei der Pauschalbetrag für das Kalendervierteljahr im Jahre 1982 S 454,78 beträgt.
- (3) Der Pauschalbetrag wird in der Weise ermittelt, daß der für das Vorjahr errechnete durchschnittliche Fallwert um jenen Prozentsatz verändert wird, der der Veränderung des durchschnittlichen Fallwertes aller Behandlungsfälle sämtlicher Vertragsärzte im Bereiche der Vorarlberger Gebietskrankenkasse – mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – des jeweils zweitvorangegangenen Jahres gegenüber dem Fallwert des jeweiligen Vorjahres entspricht.
- (4) Eine auftretende Differenz zwischen dem Grundwert nach Abs.2 und dem für das Rechnungsjahr nachträglich ermittelten tatsächlichen Fallwert wird durch eine Erhöhung bzw. Verminderung des Grundwertes im nächsten Jahr ausgeglichen, sodaß eine Nachverrechnung in jedem Fall unterbleibt.

§ 2

- (1) Für die Zahlung des Pauschalbetrages ist jene Gebietskrankenkasse zuständig, die den Krankenschein ausgestellt hat oder im Fall des § 3 Abs.2 in deren Bereich die Ordinationsstätte des den Krankenschein ausstellenden Arztes liegt.
- (2) Diese Kranken(Ersatzkranken)scheine sind vom Vertragsarzt an die von der Österreichischen Ärztekammer namhaft gemachte Abrechnungsstelle innerhalb von drei Wochen nach Ende eines jeden Kalendervierteljahres zu senden. Die Abrechnungsstelle wird die Kranken(Ersatzkranken)scheine alphabetisch geordnet an die Gebietskrankenkasse (Abs.1) übersenden. Die Gebietskrankenkasse hat innerhalb von drei Wochen nach Einlangen der Scheine die dafür fälligen Pauschalbeträge an die von der Österreichischen Ärztekammer dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekanntgegebene Zahlstelle zu überweisen.

§ 3

- (1) Die im § 1 Abs.1 genannten Personen, welche in Österreich auf Grund des Abkommens ärztliche Hilfe bei einem Vertragsarzt in Anspruch nehmen wollen, haben sich grundsätzlich bei der für ihren Aufenthaltsort zuständigen Gebietskrankenkasse einen Krankenschein für die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes ausstellen zu lassen.

- (2) Ist wegen der Dringlichkeit der Behandlung der Umtausch des Formblattes Ö/D 6, auf dem der deutsche Krankenversicherungsträger die Anspruchsberechtigung bestätigt hat, nicht möglich, so kann der in Anspruch genommene Vertragsarzt einen Ersatzkrankenschein ausstellen, wenn ihm das Formblatt Ö/D 6 übergeben wird. In diesem Fall ist das vom Vertragsarzt einzuziehende Formblatt Ö/D 6 vom Vertragsarzt umgehend an die zuständige Gebietskrankenkasse (§ 2 Abs.1) weiterzuleiten.

§ 4

Personen, die von einem Träger der Bundesrepublik Deutschland eine Rente beziehen und ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Gebiet der Republik Österreich haben, wird die Arzthilfe wie bisher unter denselben Bedingungen gewährt, wie wenn sie bei einem österreichischen Krankenversicherungsträger versichert wären.

§ 5

Die vorstehenden Regelungen gelten sinngemäß auch für die von den Vertragsfachärzten für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde erbrachten Leistungen.

§ 6

Die Vertragsärzte der §2-Krankenversicherungsträger sind nur dann zur Behandlung der deutschen krankenversicherten Urlauber nach Maßgabe dieser Sondervereinbarung verpflichtet, wenn sie dies der zuständigen Gebietskrankenkasse mittels eingeschriebenen Briefes mitteilen bzw. schon mitgeteilt haben. Dieser Mitteilung, die sondervereinbarungsgemäße Behandlung zu übernehmen, ist eine entsprechende Erklärung beim Abschluß eines Einzelvertrages gleichzuhalten. Diese Mitteilung bzw. Erklärung kann zum Ende eines jeden Quartals mittels eingeschriebenen Briefes widerrufen werden.

§ 7

Die Sondervereinbarung kann mittels eingeschriebenen Briefes unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zu jedem Quartalsende unabhängig vom Gesamtvertrag aufgekündigt werden.