

Gebührenfrei gemäß  
§ 110 ASVG

## **GESAMTVERTRAG**

vom 1. August 1972

in der Fassung des Zusatzübereinkommens vom 12. September  
2023

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Kärnten (im  
Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und der  
Österreichischen Gesundheitskasse andererseits.

Die Vertragspartner vereinbaren für den Fall, dass die  
Inflationsrate (VPI) für den Zeitraum Oktober 2022 bis September  
2023 größer gleich 5% ist, verbindlich die Aufnahme von  
Gesprächen darüber zu führen, ob bzw. inwieweit sich daraus  
unter Beachtung des § 342 Abs. 2a ASVG eine Notwendigkeit  
bzw. Rechtfertigung einer nachträglichen Adaptierung des  
Abschlusses für 2024 ableitet.

## **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 § 38 Abs. 2 Ziff. 8 des  
Ärztegesetzes, BGBl. 373/84, 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 des im § 2 angeführten  
Krankenversicherungsträger andererseits.

## **GELTUNGSBEREICH**

### **§ 2**

Dieser Gesamtvertrag wird für die Österreichische Gesundheitskasse (im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt) abgeschlossen.

## **FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE**

### **§ 3**

(1) Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung werden unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten 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 Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein.

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

(4) Ab 1.1.2005 müssen neue Standorte von Ordinationen über einen barrierefreien Zugang verfügen. Für am 1.1.2005 bestehende Ordinationsstandorte von Vertragsärzten sind nach Möglichkeit Maßnahmen zur Erleichterung des Zuganges mit dem

Ziel zu setzen, dass mindestens 25 % aller Ordinationsstandorte über einen barrierefreien Zugang verfügen. Kriterien der Barrierefreiheit sind die Bestimmungen des Anhangs zur Gruppenpraxen-Rahmenvereinbarung mit der Österreichischen Ärztekammer. Dieser Anhang ist ein integrierter Bestandteil dieser Vereinbarung.

## **AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSARZTSTELLEN**

### **§ 4**

(1) Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen zwischen der Kammer und den Versicherungsträgern auf der Homepage 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 den Versicherungsträger weiter und erstattet einen begründeten Vorschlag. Ist der Versicherungsträger mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat er einen begründeten Gegenvorschlag binnen vier Wochen nach Einlangen des Vorschlages der Kammer zu erstatten. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen der Kammer und der 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 Bedarfes 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 (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin und dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihres Versicherungsträgers sein. Dies gilt auch für nicht angestellte SV-Ärzte/SV-Ärztinnen. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

## **EINZELVERTRAGSVERHÄLTNIS**

### **§ 6**

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

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

(3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.

(4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird vom Versicherungsträger der Kammer übermittelt.

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

## **ABSCHLUSS DES EINZELVERTRAGES**

### **§ 7**

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und dem Versicherungsträger 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) Der Versicherungsträger hat 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 zum einvernehmlich festgelegten Zeitpunkt, nach Möglichkeit jedoch mit dem ersten Tag des ersten Monats eines Quartals.

(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 dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die paritätische Schiedskommission.

(2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs. 1 erhoben wurde oder die paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat.

## STELLVERTRETUNG

### § 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 des Versicherungsträgers kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenen zugemutet werden kann. In Urlaubszeiten ist durch Bestellung einer Vertretung sicherzustellen, dass (fach-)ärztliche Versorgung im Sprengel bzw. Bezirk tunlichst gewährleistet ist.

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

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

### § 10

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

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

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

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

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



(6) Der Vertragsarzt 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.

(7) Der Vertragsarzt ist zur Fortbildung verpflichtet. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und über die fachspezifischen Qualitätsstandards zu informieren. Angestrebt wird, dass möglichst viele Vertragsärzte durch die Teilnahme am ÖÄK-Fortbildungsprogramm ihre Fortbildungsverpflichtung erfüllen.

## 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 Privat- vor Kassenpatienten sind unzulässig.

(2) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekanntgegebenen Ordinationszeiten, wenn sie den folgenden Regelungen entsprechen. Die Ordinationszeiten haben mindestens 20 Wochenstunden, verteilt auf fünf Tage, zu umfassen. Für Vertragsärzte, die nach dem 31.12.2006 einen Einzelvertrag abschließen, haben die Ordinationszeiten mindestens 22 Wochenstunden zu umfassen. Von diesen 20 bzw. 22 Wochenstunden sind mindestens zwei Wochenstunden auf einen Nachmittag zwischen 15.00 und 19.00 Uhr oder auf einen Samstag zu legen. In begründeten Fällen können abweichende Regelungen getroffen werden.

Bei Änderung bestehender Ordinationszeiten ist tunlichst auf die Versorgungssituation im Bezirk bzw. Sprengel Rücksicht zu nehmen. 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 zustande, entscheidet auf Antrag die paritätische Schiedskommission.

(3) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie z.B. 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.

Zweitordinationen, in denen Leistungen erbracht werden, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung iSd § 10 des Gesamtvertrages darstellen (wazu auch Mutter-Kind-Pass Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen zählen), dürfen nur mit Zustimmung von Ärztekammer und Versicherungsträger betrieben werden. Die Wirkung des Einzelvertrages erstreckt sich auf die Zweitordination, wenn Kammer und Versicherungsträger zustimmen. Die Eröffnung einer Zweitordination ist vom Vertragsarzt dem Versicherungsträger und der Kammer zu melden. Die obigen Regelungen gelten sinngemäß auch für Vertragsärzte, die über die einzelvertraglich vereinbarte Tätigkeit in einem bestimmten Fachgebiet (auch Arzt für Allgemeinmedizin) hinaus eine Tätigkeit in einem anderen Fachgebiet (auch Arzt für Allgemeinmedizin) ausüben bzw. ausüben wollen.

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

(3) Für den Vertragsfacharzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgehfähig 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, dem Versicherungsträger den Krankenbesuch einschließlich jener Weggebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Weggebühren 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 überweisen. Diesem sind hierbei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

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

## **GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE ÄRZTLICHE LEISTUNGEN**

### **§ 14**

(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**

### **§ 15**

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

(2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches mit der e-card bzw. Ordinationskarte ein positiver Anspruchsnachweis erbracht 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 von Erkrankten, deren Anspruchsberechtigung nicht mittels e-card nachgewiesen werden kann, einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung mittels e-card innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag rückzuerstatten.

## **WOCHENEND- UND FEIERTAGSBEREITSCHAFTSDIENST**

### **§ 16**

Der Vertragsarzt ist im Jahr 2024 nicht zur Teilnahme an dem von der Ärztekammer für Kärnten eingerichteten Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist der 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) Für Versicherte der Österreichischen Gesundheitskasse übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung gemäß Gesamtvertrag i.d.g.F. seines Bundeslandes, mit dem der Arzt im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Verbrechensopfergesetzes, 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 aufgrund zwischenstaatlicher Übereinkommen von einem österreichischen Krankenversicherungsträger betreut werden, haben Anspruch auf Sachleistungen, die sich während des vorübergehenden Aufenthaltes als medizinisch notwendig erweisen, wobei die voraussichtliche Dauer des Aufenthaltes bei der Art und dem Umfang der zu erbringenden Leistungen zu berücksichtigen sind.



## **ABLEHNUNG DER BEHANDLUNG**

### **§ 19**

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

## **ANSTALTPFLEGE**

### **§ 20**

(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 (z.B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers ist in jedem Fall vom Vertragsarzt zu bescheinigen.

## **VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN**

### **§ 21**

(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 Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die Bestimmungen der Richtlinien des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV) in der jeweils geltenden Fassung beachten. Bei medizinischer Vertretbarkeit und unter Berücksichtigung einer gesicherten Compliance wird der Vertragsarzt unter mehreren therapeutisch gleich geeigneten Heilmitteln das kostengünstigste verordnen. Ob im konkreten Behandlungsfall ein wirkstoffgleiches, wirkstoffähnliches Heilmittel oder ein Biosimilar geeignet sind, entscheidet (solange keine anderslautende Vereinbarung zwischen Dachverband und Österreichischer Ärztekammer besteht) der behandelnde Vertragsarzt. Dies gilt vor allem bei Neueinstellungen, grundsätzlich auch bei Folgeverordnungen. Nicht betroffen davon sind die Verordnungen von Heilmitteln im Vertretungsfall.

(2a) Um die Regelungen des Abs. 2 einhalten zu können, steht den Vertragsärzten ein Ökotool mit den regelmäßigen Updates über die Ärztesoftware oder eine Webversion zur Verfügung, umlaufende Änderungen des Heilmittelmarktes zu berücksichtigen. Die Vertragsärzte werden dieses Instrument bei der Verordnung ihrer Heilmittel entsprechend dem Abs. 2 verwenden. Vertragsärzte mit Ärztesoftware haben das Ökotool, soweit technisch möglich, spätestens mit 1.4.2012 in diese zu integrieren.

(2b) Die Ärztekammer für Kärnten und die Österreichische Gesundheitskasse informieren gemeinsam die Krankenanstalten über diese Vereinbarung.

(2c) Der SV-ärztliche Dienst der Österreichischen Gesundheitskasse im Bundesland Kärnten ist bei Bewilligungsansuchen von Patienten und Patientinnen an diese Vereinbarung gebunden.

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

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

(5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandsmaterial und Reagenzien ist vom Vertragsarzt beim Versicherungsträger anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigestellt. Die Art des Bezuges wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(6) Beabsichtigt der Leitende Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin, 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, 2, 2a, 3 und 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 36 Anwendung.

## **MASSNAHMEN ZUR FESTIGUNG DER GESUNDHEIT**

### **§ 22**

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

(2) Beabsichtigt der Versicherungsträger Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der 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 hiervon vereinbaren.

(2) Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin, Ambulatorium 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 den 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 Leitenden Arzt/Leitender Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin des Versicherungsträgers aufgrund 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 und zumindest zweimal wöchentlich an den Versicherungsträger zu übermitteln.

(2) Alle Vertragsärzte mit Vertragsbeginn ab dem 1. Jänner 2012 haben Krankenstandsmeldungen elektronisch mittels des über das e-card-System angebotenen Arbeitsunfähigkeitsmeldungsservice (AUM) zu erstatten.

Ab 1. Jänner 2015 sind alle Vertragsärzte (also auch diejenigen mit einem Vertragsbeginn vor 1.1.2012) dazu verpflichtet, die Krankenstandsmeldungen ausschließlich auf elektronischem Weg unter Verwendung des e-AUM-Systems des Dachverbandes durchzuführen. Im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse sind Ausnahmeregelungen (z.B. wenige AU-Meldungen; kurz vor der Pensionierung oder nachvollziehbare Gründe für die Nichtanwendung der e-AUM) möglich.

Folgende Felder sind vom Vertrags(fach)arzt verpflichtend zu befüllen:

1. SVNr. (falls nicht durch Stecken der e-card ohnehin erfasst)
2. Zuständiger KV-Träger (falls nicht automatisch ermittelt bzw. Patient nur Meldung an bestimmten KV-Träger wünscht)
3. EKVK-Daten (falls es sich um Patienten handelt, die den Arzt aufgrund eines Anspruches gemäß diesbezüglichen rechtlichen Bestimmungen mittels EKVK in Anspruch nehmen)
4. Arbeitsunfähig von
5. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit bei Kurzkrankenständen bis 14 Tagen. Die Felder „voraussichtliches Ende der AU“ und „wiederbestellt am“ sind bis auf weiteres nicht zu befüllen.
6. Behandlungsbeginn
7. Rückdatierungsgrund (falls Rückdatierung erfolgt)
8. Diagnose (im Klartext oder in ICD 10 Codierung)
9. Bettruhe
10. Berufskrankheit
11. Stromunfall
12. Ereignis (Zusatzdiagnose)
13. Besonderer Erkrankungstyp
14. Ausgehzeit von - bis (falls Ausgehzeit bewilligt wird)

Für den Fall von Releaseänderungen, die zusätzliche, vom Vertragsarzt verpflichtend und händisch zu befüllende Datenfelder vorsehen, wird das Einvernehmen zwischen der Kammer und Versicherungsträger hergestellt.

Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Verbrechensopfergesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes 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 Folgen der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z.B. Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben. Bei Kurzkrankenständen (bis 14 Tage) legt der Vertragsarzt gleichzeitig mit der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit den Termin der Arbeitsfähigkeit fest.

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

(5) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient oder nach einem Kuraufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.



## **FESTSTELLUNG DER ARBEITSFÄHIGKEIT DURCH DEN VERSICHERUNGSTRÄGER**

### **§ 25**

(1) Der Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hierzu beauftragten Organe (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin, Ambulatorium und dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist der behandelnde Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.

(2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organs des 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 Leitende Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin 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 Organs 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 Leitenden Arzt/Leitender Ärztin des Versicherungsträgers zu.

## **MUTTERHILFE**

### **§ 26**

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**

### **§ 27**

(1) Der Vertragsarzt ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, nur gegenüber den ordnungsmäßig ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten des 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 Versicherungsträgers notwendig ist.

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

## **KRANKENAUFZEICHNUNGEN**

### **§ 28**

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

(2) Im Rahmen der künftigen Vertragsverhandlungen werden die Vertragsparteien das Thema „Dokumentationspflicht“ behandeln.

## 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 (Bescheinigungen) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Dachverband 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 vom Versicherungsträger 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 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 Euro-Beträgen.

(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 Einsendetermins ab, kann der Versicherungsträger die Honorarvorauszahlung bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare vom Versicherungsträger nicht bezahlt.

## **HONORARABZÜGE UND HONORAREINBEHALT**

### **§ 32**

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

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

## **TOD DES VERTRAGSARZTES**

### **§ 33**

(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 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**

### **§ 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, der paritätischen Schiedskommission und der Landesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

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

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

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

## **ZUSAMMENARBEIT DER VERTRAGSÄRZTE MIT DEM ÄRZTLICHEN DIENST**

### **§ 35**

(1) Der Versicherungsträger wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber dem Vertragsarzt durch den Leitenden Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt /SV-Ärztin vertreten. Der Leitende Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Leitende Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

## **VORBEHANDLUNG VON STREITIGKEITEN IM SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS**

### **§ 36**

(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 Leitenden Arzt/Leitende Ärztin 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 des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 dem Versicherungsträger zu leisten hat.

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

(5) Der Vertragsarzt und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.

(6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechs-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträgers nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.



## **VERFAHREN BEI STREITIGKEITEN**

### **§ 37**

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

## **AUFLÖSUNG DES EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISES**

### **§ 38**

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

## **AUSSCHREIBUNG VON FREIEN FACHARZTSTELLEN IN DEN AMBULATORIEN DES VERSICHERUNGSTRÄGERS**

### **§ 39**

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

## **GEMEINSAME DURCHFÜHRUNG DES GESAMTVERTRAGES SEITENS DER VERSICHERUNGSTRÄGER**

### § 40

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Österreichische Gesundheitskasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Österreichische Gesundheitskasse 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 Österreichischen Gesundheitskasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, wird die Vertragspartnerabteilung der Österreichischen Gesundheitskasse, 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.

## **ÜBERNAHME DER BISHERIGEN VERTRAGSÄRZTE**

### **§ 41**

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

## **GÜLTIGKEITSDAUER**

### **§ 42**

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

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

## **VERLAUTBARUNG**

### **§ 43**

Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden auf der Homepage der Österreichischen Gesundheitskasse und der Ärztekammer für Kärnten verlautbart.

## **INKRAFTTRETEN**

### **§ 44**

Das Zusatzübereinkommen 2024 tritt mit 1.1.2024 in Kraft.

Wien, Klagenfurt am Wörthersee am 12.09.2023

### **Für die Ärztekammer für Kärnten:**

Der Obmann der Kurie  
niedergelassener Ärzte:

Der Präsident

Vizepräs. Dr. Wilhelm Kerber

Dr. Markus Opriessnig

### **Für die Österreichischen Gesundheitskasse**

Für den leitende Angestellten:

Der Vorsitzende des  
Verwaltungsrates

Dr. Rainer Thomas  
Generaldirektor Stellvertreter

Andreas Huss, MBA

ANLAGE:

Vertragsmuster gemäß § 7 Abs.1 des Gesamtvertrages

Gebührenfrei gemäß  
§ 110 ASVG

## **EINZELVERTRAG**

### § 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen Frau/Herrn Dr. med..... (im Folgenden Vertragsarzt genannt) in .....und der ..... in ..... aufgrund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom ..... 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 Allgemeinmedizin, 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 bekannt gegebenen 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 mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei dem zustellungsbevollmächtigten Versicherungsträger folgt.

....., den .....

Für den Versicherungsträger:

Unterschrift des  
Vertragsarztes:

## ZUSATZ- UND ERGÄNZUNGSBESTIMMUNGEN

### **Zu § 3 Abs.1 des Gesamtvertrages:**

Die Zahl der Vertrags(fach)ärzte und ihre örtliche Verteilung ist im Stellenplan der § 2-Kassen für Kärnten, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Kärnten einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die und mit Zustimmung der Kärntner Gebietskrankenkasse (als Rechtsträgerin der Österreichischen Gesundheitskasse) andererseits, vom 01.01.2019 geregelt.

### **Zu § 4 Abs.1 des Gesamtvertrages:**

(1) Freie Vertragsarztstellen werden in der Kärntner Ärztezeitung und auf der Homepage der Ärztekammer für Kärnten mit folgendem Wortlaut ausgeschrieben:

„Im Einvernehmen der Kärntner § 2-Kassen und der Ärztekammer für Kärnten wird hiermit folgende Kassenarztstelle ausgeschrieben:“

- Fachrichtung, Ort, allenfalls Sprengel
- Die Bewerbungen sind bei der Ärztekammer für Kärnten, 9020 Klagenfurt, St. Weiterstrasse 34, schriftlich einzureichen. Bewerbungen per Fax oder E-Mail werden nicht berücksichtigt.
- Die Bewerbungsfrist (mindestens 3 Wochen) endet am ....., um ..... Uhr. Die Bewerbung gilt als zeitgerecht, wenn sie bis zum angegebenen Zeitpunkt in der Ärztekammer einlangt.
- Für die Bewerbung ist das im Einvernehmen der Gesamtvertragspartner aufgelegte Bewerbungsformular zu verwenden

Ein Bewerber muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Staatsbürgerschaft eines EWR-Staates oder der schweizerischen Eidgenossenschaft.
- Diplom der Österreichischen Ärztekammer über Zuerkennung des Arztes für Allgemeinmedizin oder des ausgeschriebenen Facharztes bzw. eine gleichwertige Bescheinigung (§§ 4, 5, 5a, 7 und 8 ÄrzteG).

Die Vergabe der Kassenarztstelle erfolgt nach den zwischen Kasse und Kammer vereinbarten Reihungsrichtlinien. Für die Beurteilung der Bewerbung werden alle Unterlagen und Nachweise berücksichtigt, die bis zum Bewerbungstichtag (Ende der Ausschreibungsfrist) eingelangt sind.

Mitglieder der Ärztekammer für Kärnten haben dem Bewerbungsformular einen Lebenslauf beizulegen.

Nichtmitglieder der Ärztekammer für Kärnten haben folgende Nachweise dem Bewerbungsformular beizulegen:

- Promotionsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Diplom(e)
- Lebenslauf
- Nachweise über die berufliche Erfahrung (Dienstbestätigung, Zeugnisse, Bestätigung der beruflichen Interessensvertretung über die Eintragung in der Ärzteliste als Praxisvertreter, niedergelassener Arzt oder angestellter Arzt)



**Zu § 20 des Gesamtvertrages:**

Die Ärztekammer für Kärnten wird in Rundschreiben und mit Veröffentlichungen in ihren periodischen Mitteilungen auf ihre Kammermitglieder dahingehend einwirken, dass dieselben bei Krankenhauseinweisungen einen strengen Maßstab anlegen, um dadurch die ökonomischen Maßnahmen der Vertragskassen tatkräftig zu unterstützen.

Klagenfurt/Wien, den 4. April 2017

**Zusatzvereinbarung**  
**zum Gesamtvertrag vom 01.08.1972 idgF**  
**über die befristete Teilung einer Vertragsarztstelle**

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Kärnten, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer) und der Österreichischen Gesundheitskasse.

**Anhang A zu § 9 des Gesamtvertrages**

**Präambel**

(1) Kasse und Kammer vereinbaren die Ermöglichung einer befristeten erweiterten Stellvertretung mit dem Ziel,

a) dem Vertragsarzt in bestimmten Lebenssituationen trotz vorübergehender Einschränkung seiner persönlichen vertragsärztlichen Tätigkeit zeitlich begrenzt die Fortführung des Kassenvertrages unter Zuziehung eines Vertreters zu ermöglichen;

b) durch zeitlich befristete Mitarbeit von Ärzten mit ius practicandi diesen die Möglichkeit zu geben, Anforderungen und Betrieb einer Kassenvertragspraxis für Allgemeinmedizin mit breitem Leistungsspektrum kennen zu lernen und dabei Erfahrungen zu sammeln, die es ihnen erleichtern, zeitnah eine frei werdenden Kassenstelle, bevorzugt in ländlichen Regionen mit besonderem Nachbesetzungsbedarf, zu übernehmen, und auf diese Weise durch Mitarbeit eines weiteren Arztes (Vertreters gemäß § 9 Gesamtvertrag) die Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten bzw. zu sichern.

(2) Die erweiterte Stellvertretung eines Vertrags(fach)arztes führt zu keiner Vermehrung der Anzahl der Planstellen; ebenso wenig soll dadurch eine Erweiterung der Versorgungskapazitäten bewirkt werden; eine Verbesserung des Service für die Versicherten wird begrüßt.

## **§ 1**

### **Persönliche Voraussetzungen**

(1) Die Vereinbarung kann nur auf jene Ärzte angewendet werden, die mit der Kasse seit mindestens drei Jahren in einem Einzelvertragsverhältnis gemäß § 6 des Gesamtvertrages stehen.

(2) Der Inhaber des Einzelvertrages verpflichtet sich für die Dauer der Vertretung zur persönlichen ärztlichen Tätigkeit von mindestens 50 % der Ordinationszeit pro Quartal (wobei Zeiten des Urlaubs, der Fortbildung und der Arbeitsunfähigkeit bei der Berechnung außer Betracht bleiben). Abweichungen können im Einvernehmen mit Kammer und Kasse vereinbart werden.

(3) Der Inhaber des Einzelvertrages darf während der Dauer der erweiterten Stellvertretung grundsätzlich keine neuen ärztlichen Nebenbeschäftigungen aufnehmen bzw. bestehende Nebenbeschäftigungen nicht ausdehnen. Abweichungen können nur im Einvernehmen mit Kammer und Kasse vereinbart werden. Bei bestehenden Nebenbeschäftigungen von mehr als 10 Stunden pro Woche ist die erweiterte Stellvertretung nur im Einvernehmen mit Kammer und Kasse möglich.

## **§ 2**

### **Sachliche Voraussetzungen und Dauer der Stellvertretung**

(1) Die erweiterte Stellvertretung ist als Ergänzung der Regelungen gemäß § 9 des Gesamtvertrages eine gesonderte Vertretungsbefugnis über einen längeren Zeitraum, insbesondere wenn Umstände vorliegen, die es dem Inhaber des Einzelvertrages erschweren, die vertraglich vereinbarten Ordinationszeiten im vollen Umfang einzuhalten.

(2) Ohne Angabe von Gründen ist die erweiterte Stellvertretung für die Dauer des Einzelvertrages höchstens für zwei Zeiträume zu je längstens einem Jahr möglich, wobei dazwischen zumindest fünf volle Kalenderjahre liegen müssen.

(3) Für nachstehende Fälle wird die Maximaldauer der erweiterten Stellvertretung wie folgt festgelegt:

1. Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr maximal drei Jahre pro Kind, wobei
  - a) die Mindesttätigkeit des Inhabers des Einzelvertrages gemäß § 1 Abs. 2 von 50 % der Ordinationszeiten sich auf den gesamten Vertretungszeitraum bezieht und
  - b) wenn beide Elternteile Vertragsärzte sind, der Vertretungszeitraum für dasselbe Kind nur einmal beansprucht werden kann;
2. im Einvernehmen von Kammer und Kasse bei schwerer Erkrankung des Einzelvertragsinhabers, welche eine verminderte Tätigkeit gem. § 1 Abs. 2 zulässt, für die Dauer derselben; maximal jedoch für die Dauer von drei Jahren;
3. im Einvernehmen von Kammer und Kasse zum Zwecke der Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen für einen bestimmten, drei Monate nicht übersteigenden Zeitraum, auch wenn kein gemeinsamer Haushalt mit dem nahen Angehörigen gegeben ist. Eine solche Maßnahme kann auch für die Sterbebegleitung von Geschwistern, Schwiegereltern, Schwiegerkindern, Wahl- und Pflegeeltern und von leiblichen Kindern des anderen Ehegatten oder Lebensgefährten sein;
4. die erweiterte Stellvertretung bei Mandatsausübung (Nationalrats- oder Landtagsabgeordnete) oder Funktionärstätigkeit (Mitglieder der Kurienversammlung der Kurie niedergelassener Ärzte der Ärztekammer) ist auf die Dauer der Mandatsausübung bzw. der Funktionstätigkeit beschränkt.

(4) Die Maximalzeiträume des § 2 Abs. 2 und 3 können aus besonderen Gründen im Einvernehmen mit Kammer und Kasse verlängert werden.

(5) Zusätzlich, aber nicht zeitgleich zu den oben angeführten Maximalzeiten kann ohne Rechtsanspruch und im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse in Vertragsordinationen für Allgemeinmedizin längstens für die Dauer eines Jahres (4 Quartale) ein Arzt mit ius practicandi als Vertreter im Sinne dieser Vereinbarung tätig sein. Kammer und Kasse legen gemeinsam fest, welche Voraussetzungen der Vertragsinhaber hinsichtlich Art und Umfang des von ihm angebotenen Leistungsspektrums sowie der fachlichen Betreuung des Vertreters erfüllen muss und in welchen Regionen ein besonderer Nachbesetzungsbedarf besteht.

(6) Die Kasse kann der Fortdauer der Vertretung mit sofortiger Wirkung widersprechen, wenn der Vertreter für Leistungen, die Gegenstand der Vertragspflicht des Vertragsarztes sind, von Patienten die sich als Anspruchsberechtigte zu erkennen geben, ein Privathonorar verlangt.

### **§ 3 Person des Vertreters**

(1) Der Inhaber des Einzelvertrages macht den Vertreter namhaft. Dieser kann nur ein Arzt desselben Fachgebietes sein. Bei Facharztstellen mit einem speziellen Zusatzfach muss der Vertreter ebenfalls die spezielle Ausbildung vorweisen können. Besteht eine Sonderverrechnungsbefugnis und weist der Vertreter nicht dieselbe, dem Abschluss dieser Vereinbarung zugrundeliegende fachliche Qualifikation wie der Vertragsarzt auf, darf die Leistung von ihm nicht erbracht und über den Vertragsarzt verrechnet werden. Der Vertreter darf für die Dauer der erweiterten Stellvertretung keine eigene Vertragsarztordination führen. Der Inhaber des Einzelvertrages haftet für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen (insbesondere auch für die Ökonomie von Verordnungen und Überweisungen).

(2) Kammer oder Kasse können binnen eines Monats nach Bekanntgabe gemäß § 4 gegen die Person des Vertreters begründete Einwände erheben. In diesem Fall hat der Inhaber des Einzelvertrages binnen eines Monats einen Vertreter auszuwählen, mit dem sowohl Kammer als auch Kasse einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dem nicht nach, ist die erweiterte Stellvertretung nicht zulässig.

## **§ 4**

### **Bekanntgabe der erweiterten Stellvertretung**

(1) Der Inhaber des Einzelvertrages hat die erweiterte Stellvertretung mindestens ein Monat vor dem Beginn schriftlich der Kammer und der Kasse bekannt zu geben.

(2) Die Bekanntgabe hat jedenfalls folgende Angaben zu enthalten:

- Name und Adresse des Einzelvertragsinhabers
- Name, Anschrift, allfälliger Ordinationssitz und tabellarischer Lebenslauf (insbesondere genaue Darstellung des Ausbildungsverlaufes) des Vertreters
- Dauer der beabsichtigten erweiterten Stellvertretung
- Aktuelle Nebenbeschäftigungen des Einzelvertragsinhabers

(3) Die Gründe für die Vertretung sind darzulegen und die erforderlichen Nachweise beizulegen.

(4) Beginn und Ende der erweiterten Stellvertretung und Wechsel der Person des Vertreters sind grundsätzlich nur jeweils zu Beginn bzw. Ende eines Quartals möglich. (Es gelten die obigen Bestimmungen zur Bekanntgabe sowie § 3).

## **§ 5**

### **Abschluss der Einzelvereinbarungen**

(1) Die sich aus dem Innenverhältnis zwischen dem Inhaber des Einzelvertrages und dem Vertreter ergebenden Beziehungen sind zwischen diesen zu regeln. Die Honorierung des Vertreters hat angemessen zu erfolgen. Dies wird von der Kammer überwacht und kann diese bei Missachtung dieser Verpflichtung der erweiterten Stellvertretung gemäß § 6 Abs. 3 widersprechen.

(2) Der Vertreter hat der Kasse gegenüber eine Erklärung abzugeben, dass ihm bekannt ist, dass ihm aus dieser Vereinbarung keinerlei Rechtsansprüche gegenüber der Kasse entstehen.

## **§ 6**

### **Beendigungsgründe**

(1) Die Stellvertretung endet

- mit Zeitablauf,
- mit dem Tod des Inhabers des Einzelvertrages oder Tod des Vertreters,
- mit Beendigung des Einzelvertrages,
- mit Wegfall der persönlichen und/oder sachlichen Voraussetzungen, was vom Inhaber des Einzelvertrages unverzüglich den Vertragsparteien schriftlich zu melden ist,
- im Fall der Stellvertretung gemäß § 2 Abs. 2: mit Vollendung des 65. Lebensjahres des Inhabers des Einzelvertrages (sofern Kammer und Kasse nichts anderes vereinbaren).

(2) Eine Beendigung ist auch durch Erklärung des Inhabers des Einzelvertrages möglich, die der Kammer und der Kasse spätestens ein Monat vor dem beabsichtigten Ende zu übermitteln ist.

(3) Aus wichtigen und dringlichen Gründen, welche die Weiterführung der erweiterten Stellvertretung unzumutbar machen, ist im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse eine Beendigung durch Widerspruch jederzeit oder durch Kammer oder Kasse aus anderen, die vertragsärztliche Versorgung betreffenden, wesentlichen Gründen nach zumindest einmaliger Verwarnung mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende möglich. Kammer und Kasse haben sich davon gegenseitig zu verständigen und auf Verlangen der anderen Gesamtvertragspartei binnen eines Monats über die Gründe zu beraten.

## **§ 7 Honorierung**

(1) Hinsichtlich der Honorarabrechnung gelten für die befristete Teilung der Vertragsarztstelle alle Honorierungsbestimmungen, wie sie für einen Einzelvertrag zur Anwendung kommen (Staffelung der Ordinationspunkte, fallzahlabhängige Limite, etc.), jedoch mit folgenden Besonderheiten.

(2) Für die laufende Leistungsverrechnung (§ 2-Kassen-Honorar, ohne Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) zwischen der Kasse und dem Vertragsarzt wird folgende Einschränkung vereinbart:

a.)

Steigt das Honorar bis 10 %  
zum Vergleichsjahr

Kein Honorarabzug

b.)

Steigt das Honorar mehr als  
10 % bis 20 % zum Vergleichs-  
jahr

Abzug von 50 % des 10%  
überschreitenden Honorars



c.)

Steigt das Honorar mehr als 20 % bis 30 % zum Vergleichsjahr

Abzug von 75 % des 20% überschreitenden Honorars

d.)

Steigt das Honorar mehr als 30 % zum Vergleichsjahr

Abzug von 90 % des 30 % überschreitenden Honorars

Als Vergleichsjahr wird jeweils das Kalenderjahr des Vorjahres herangezogen. Die Berechnung erfolgt im Zuge der Abrechnung des 4. Quartals für alle abgerechneten Quartale des aktuellen Kalenderjahres.

(3) Wenn Umstände vorliegen, die eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen rechtfertigen, wird im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse die Honorarsummenbegrenzung im Einzelfall unter Bedachtnahme auf den Fachgruppendurchschnitt gesondert vereinbart.

(4) Befindet sich ein Patient im selben Quartal auch in wahlärztlicher Behandlung des Vertreters, dürfen für diesen Patienten vom Inhaber des Einzelvertrages keine Vertragsleistungen abgerechnet und umgekehrt vom Vertreter keine wahlärztlichen Honorarnoten gestellt werden, wenn sich der Patient im selben Quartal beim ausscheidenden Vertragsarzt in Behandlung befindet (Grundsatz: in einem Quartal entweder Vertragsarztpatient oder Wahlarztpatient).

## **§ 8**

### **Rechtswirkungen**

Das bestehende Einzelvertragsverhältnis gemäß § 6 des Gesamtvertrages bleibt, soweit diese Vereinbarung keine anderslautenden Regelungen normiert, durch die erweiterte Stellvertretung unberührt. Der Vertreter hat aus dieser Vereinbarung keinerlei Rechtsanspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages mit der Kasse.

## **§ 9 Inkrafttreten**

(1) Diese Zusatzvereinbarung tritt mit 01.01.2015 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie kann von beiden Seiten jeweils zum Ende eines jeden Quartals unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mittels eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Im Falle des Auslaufens dieser Zusatzvereinbarung gelten bis dahin abgeschlossene Vereinbarungen über befristete erweiterte Stellvertretungen bis zu deren individuellen Befristungsablauf weiter.

(2) Diese Zusatzvereinbarung tritt an die Stelle der bislang geltenden „Vereinbarung über die erweiterte Vertretung (Dauervertretung) bei Vertragsärzten der Kärntner § 2 Krankenversicherungsträger“ vom 07.06.2006. Letztere wird zum Zeitpunkt des Vertragsbeginnes dieser Zusatzvereinbarung aufgelöst, ohne dass es einer weiteren Kündigung bedarf. Bereits bestehende Sondervereinbarungen aus der Vereinbarung vom 07.06.2006 bleiben bis zum Ablauf der jeweiligen Befristung aufrecht.

Wien, Klagenfurt am Wörthersee, am 20.04.2020

### **Für die Ärztekammer für Kärnten:**

Der Obmann der Kurie  
niedergelassener Ärzte:

Die Präsidentin

Vizepräs. Dr. Wilhelm Kerber

Petra Preis

### **Für die Österreichische Gesundheitskasse:**

Für den Leitenden Angestellten:

Der Obmann des  
Verwaltungsrates:

Dr. Rainer Thomas  
Generaldirektor-Stellvertreter

KommR Matthias Krenn

**Zusatzvereinbarung  
zum Gesamtvertrag vom 01.08.1972, idgF, betreffend  
Übergabepaxis**

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Kärnten, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer) und der Österreichischen Gesundheitskasse.

**§ 1  
Dauer der Übergabepaxis, Ausschreibung**

Ein Vertragsarzt kann frühestens 3 Jahre und spätestens 1 Jahr vor dem vom Vertragsarzt in der Kündigung festgelegten Vertragsende gemeinsam mit der Kündigung seines Einzelvertrages die Führung einer Übergabepaxis verlangen. Die Planstelle ist dann mit dem Hinweis auszuschreiben, dass ein Stellenbewerber zur Führung der Übergabepaxis bereit sein muss; eine privatrechtliche Einigung über Bedingungen einer allfälligen Praxisübernahme selbst ist keine Ausschreibungs- (oder Auswahl-) Bedingung.

**§ 2  
Voraussetzungen**

Folgende Voraussetzungen müssen für die Ausschreibung einer Übergabepaxis vorliegen:

- a) Gleichzeitig mit der Bekanntgabe des Wunsches muss der Vertragsarzt seinen Kassenvertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt der Vertragsübergabe kündigen.

- b) Die Praxis ist behindertengerecht gemäß den Bestimmungen der ÖNORM 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM 1601 „spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“. Im Detail sind die in der Anlage 1 dieser Zusatzvereinbarung festgelegten Parameter zu berücksichtigen. Inwieweit ein in diesem Anhang genanntes Kriterium konkret umzusetzen ist, richtet sich nach diesem Anhang und dem Wortlaut der entsprechenden ÖNORM. Dies ist gleichzeitig mit der Bekanntgabe des Wunsches anhand einer Bestätigung nachzuweisen. Ist die Praxis nicht behindertengerecht, hat die Ausschreibung die Auflage zu enthalten, dass spätestens mit 31.12.2015 ein behindertengerechter Umbau oder (unbeschadet des Einspruchsrechtes gem. § 8 des Gesamtvertrages) eine Verlegung in behindertengerechte Räumlichkeiten erfolgt sein muss. Die Nichteinhaltung dieser vertraglichen Bestimmung stellt eine Vertragsverletzung im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG dar.

Es darf keine begründete Ablehnung von Kammer oder Kasse (z.B. Kassenstelle soll verlegt oder nicht mehr nachbesetzt werden) vorliegen.

### **§ 3**

#### **Ausschreibungsverfahren**

(1) Die Auswahl erfolgt gemäß den jeweils gültigen Kriterien für die Reihung der BewerberInnen um Einzelverträge bei den § 2-Krankenversicherungsträgern. Dem Praxisübergeber wird der Bewerber mit den meisten Bewertungspunkten bekannt gegeben, mit welchem er eine maximal 3-jährige Zusammenarbeit in Form einer Übergabep Praxis starten kann.

(2) Kommt eine Übergabep Praxis in Form der befristeten Teil-einzelverträge durch die Kasse mit dem Praxisübergeber und dem Bewerber mit den meisten Punkten aus welchen Gründen immer nicht zu Stande, sind der Antrag auf Führung der Übergabep Praxis und das erfolgte Auswahlverfahren als gegenstandslos zu betrachten.

## **§ 4**

### **Abschluss von (Teil-)Einzelverträgen**

(1) Die Übergabep Praxis bedingt den Abschluss je eines befristeten Teil-Einzelvertrages zwischen dem Praxisübergeber und der Kasse und dem potentiellen Nachfolger und der Kasse und ist erst ab dem im jeweiligen Teil-Einzelvertrag genannten Quartal wirksam. Für diese Teil-Einzelverträge gelten die Bestimmungen des § 343 ASVG.

(2) Der bestehende Einzelvertrag des Praxisübergebers ruht für die Dauer der Übergabep Praxis und lebt bei Kündigung des Teil-Einzelvertrages des Nachfolgers wieder auf, er erlischt jedoch aufgrund der bereits erfolgten Kündigung gemäß Abs. 1 zum dort geregelten Zeitpunkt. In besonders schwerwiegenden Einzelsituationen kann im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse der Beendigungszeitpunkt des Einzelvertrages um höchstens ein Jahr über den Kündigungszeitpunkt gemäß Abs. 1 verschoben werden.

(3) Der Teil-Einzelvertrag des Praxisübergebers erlischt spätestens mit dem gemäß Abs. 1 festgelegten Vertragsende. Der Teil-Einzelvertrag des potentiellen Nachfolgers wird in diesem Fall in einen normalen Einzelvertrag umgewandelt. Gleiches gilt bei Tod des Praxisübergebers.

(4) Der ausscheidende Vertragsarzt hat über den gesamten Übergabezeitraum mindestens 50 %, und in allen Quartalen mindestens 25 % der Ordinationszeiten selbst zu erbringen (sofern in diesem Rahmen keine anderslautende Regelung zwischen ausscheidendem Vertragsarzt und Nachfolger vereinbart wird, gilt eine durchgehende 50 % Teilung der Ordinationszeiten in jedem Quartal). Die sich aus dem Innenverhältnis zwischen ausscheidendem Vertragsarzt und Nachfolger ergebenden Beziehungen sind zwischen diesen zu regeln. Die Beteiligung am gemeinsam erwirtschafteten Umsatz hat angemessen zu sein.

(5) Der ausscheidende Vertragsarzt hat die Möglichkeit, sich aus schwerwiegenden persönlichen Gründen auch schon vor dem

Kündigungs(end)termin zum Ende des laufenden Quartals aus der Übergabep Praxis zurückzuziehen. Der Einzelvertrag des Nachfolgers beginnt dann mit dem Beginn des folgenden Quartals. Erfolgt durch die Versicherungsträger eine Vertragskündigung wegen einer Vertragsverletzung während des Übergabezeitraumes, sind diese berechtigt, die Invertragnahme des Nachfolgers wegen Vertrauensunwürdigkeit zu verweigern, wenn hinreichende Gründe für die Annahme vorliegen, dass der Nachfolger an den Vertragsverstößen beteiligt war oder von ihnen wissen musste.

(6) Die Übergabep Praxis hat nicht das Ziel, dass die Praxis eine Kapazitätsausweitung erfährt. Während der Phase der Übergabe dürfen bestehende Nebenbeschäftigungen nicht ausgeweitet werden bzw. neue nicht aufgenommen werden. Ausnahmen sind im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse möglich

## **§ 5 Honorierung**

(1) Hinsichtlich der Honorarabrechnung gelten für die Tätigkeit beider Ärzte einer Übergabep Praxis alle Honorierungsbestimmungen, wie sie für einen Einzelvertrag zur Anwendung kommen (Staffelung der Ordinationspunkte, fallzahlabhängige Limite, etc.), jedoch mit folgenden Besonderheiten:

Für die laufende Leistungsverrechnung (§2-Kassen-Honorar – ohne SVB und ohne Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) zwischen der Kasse und dem Vertragsarzt wird folgende Einschränkung vereinbart:

a.)

Steigt das Honorar bis 10 %  
zum Vergleichsjahr

Kein Honorarabzug

b.)

Steigt das Honorar mehr als 10 % bis 20 % zum Vergleichsjahr

Abzug von 50 % des 10% überschreitenden Honorars

c.)

Steigt das Honorar mehr als 20 % bis 30 % zum Vergleichsjahr

Abzug von 75 % des 20% überschreitenden Honorars

d.)

Steigt das Honorar mehr als 30 % zum Vergleichsjahr

Abzug von 90 % des 30 % überschreitenden Honorars

Als Vergleichsjahr wird jeweils das Kalenderjahr des Vorjahres herangezogen. Die Berechnung erfolgt im Zuge der Abrechnung des 4. Quartals für alle abgerechneten Quartale des aktuellen Kalenderjahres.

(2) Wenn Umstände vorliegen, die eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen rechtfertigen, wird im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse die Honorarsummenbegrenzung im Einzelfall unter Bedachtnahme auf den Fachgruppendurchschnitt gesondert vereinbart.

## **§ 6 Gültigkeit Gesamtvertrag**

Sofern in dieser Zusatzvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist, gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 01.08.1972 samt Zusatzvereinbarungen sowie die sonstigen zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen



Zusatzvereinbarungen auch für die Teil-Vertragsärzte in der jeweils zum Anwendungszeitpunkt geltenden Form verbindlich.

## **§ 7 Inkrafttreten**

Diese Zusatzvereinbarung tritt mit 01.01.2015 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie kann von beiden Seiten jeweils zum Ende eines jeden Quartals unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mittels eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Im Falle des Auslaufens dieser Zusatzvereinbarung gelten bis dahin abgeschlossene Vereinbarungen über Übergabepaxen bis zu deren individuellen Befristung weiter.

Wien, Klagenfurt am Wörthersee, am 20.04.2020

Für die Ärztekammer für Kärnten:

Der Obmann der Kurie  
niedergelassener Ärzte:

Die Präsidentin

Vizepräs. Dr. Wilhelm Kerber

Petra Preis

Für die Österreichischen Gesundheitskasse:

Für den Leitenden Angestellten:

Der Obmann des  
Verwaltungsrates:

Dr. Rainer Thomas  
Generaldirektor-Stellvertreter

KommR Matthias Krenn

**Grundsätzlich ist nur die ÖNORM B 1600 (in Teilbereichen) umzusetzen. Die ÖNORM B 1601 nur in einzelnen Punkten.**

Die kursiven Anmerkungen dienen dem besseren Verständnis bzw. der Erläuterung der Umsetzungsnotwendigkeiten.

**Gliederung (gemäß ÖNORM B 1600)**

Text	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar im Einzelfall	Einhaltung ÖNORM B 1600 nicht relevant
<b>2. Außenanlagen</b> <i>Anmerkung: Notwendigkeit ist ein stufenloser Zugang zur Praxis vom Parkplatz (Behinderten-, „Rettungsparkplatz“) bzw. vom Gehsteig.</i>			
2.1 Gehsteige, Gehwege und Radwege		Bestimmungen für Gehsteige und Gehwege sind relevant, sofern von dort Zugang zum Objekt, in dem die Praxis untergebracht ist, erfolgt.	Radwege
2.2 Fußgängerübergänge			x
2.3 Rampen	x		
2.4 Stellplätze für PKW von behinderten Personen <i>Anmerkung: Anzahl je nach Bedarf in unmittelbarer Nähe zum behindertengerechten Zugang – möglichst dem Haupteingang</i>	x		
2.5 Fernsprechstellen, Notrufeinrichtungen			x wenn notwendige Telefonate durch das Sekretariat der Praxis erledigt werden
<b>3 Gebäude</b>			
3.1 Eingänge, Türen	x		

3.2 Horizontale Verbindungswege	x		
3.3 Vertikale Verbindungswege	x		
3.4 Sanitärräume <i>Anmerkung: Gemeint sind WC-Räume</i>	x gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4		
3.5 Spezielle bauliche Ausführungen			
3.5.1 Anordnung von Rollstuhlplätzen <i>Anmerkung: Rollstuhlstellplätze im Warteraum</i>	Mindestens zwei Plätze		
3.5.2 Anordnung von behindertengerechten Unterkunftseinheiten in Beherbergungsbetrieben und Heimen			x
3.5.3 Schalter, Durchgänge <i>Anmerkung: Rezeption</i>	x Induktionsschleife zusätzlich		
3.5.4 Anordnung von behindertengerechten Umkleidekabinen		x wenn die Praxis über Umkleidekabinen verfügt mindestens eine behindertengerecht	
-, von Duschen und Bädern		nach Bedarf gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4	
3.5.5 Einstieg bei Schwimmbädern <i>Anmerkung: Therapiebecken, Therapiebadewannen o.ä.</i>		nach Bedarf	
3.5.6 Allgemein zugängliche Nutzräume <i>Anmerkung: z.B. Abstellplatz für Kinderwagen, insbesondere beim Kinderarzt</i>		nach Bedarf	
3.5.7 Freibereich			x
3.5.8 Technische Ausstattung, Materialien	x		

<i>Anmerkung: z.B. Gegensprechanlage, Bodenbelag, Lichtschalter</i>			
3.5.9 Orientierung	x		
4 <b>Kennzeichnung</b>	x		

**Zusatzvereinbarung**  
**zum Gesamtvertrag vom 01.08.1972, idgF, betreffend die**  
**Anstellung von ÄrztInnen bei ÄrztInnen**

Mit 01.10.2019 ist der bundesweit geltende Gesamtvertrag über den Einsatz von angestellten Ärzten nach § 47a ÄrzteG 1998 bei Vertragsärzten, Vertragsgruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten (im Folgenden: GV Anstellung) in Kraft getreten und gelten die darin vereinbarten Rahmenbedingungen auch für die VertragsärztInnen, Vertragsgruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten in Kärnten der ÖGK.

Hinsichtlich einiger Punkte verweist der GV Anstellung auf regionale Verträge bzw. auf notwendige Festlegungen im Rahmen des Stellenplanes. Im Einvernehmen zwischen Kammer und ÖGK wird Folgendes festgelegt:

1. Eine Anstellung beginnt bzw. endet jeweils mit einem Quartal. Ein Antrag auf Anstellung ist mindestens drei Monate vor Beginn der Anstellung bei der Kammer und der ÖGK einzubringen.
  
2. Wird ein Antrag auf Anstellung zur dauerhaften Abdeckung eines Zusatzbedarfs mehr als ein Jahr nach erfolgloser Ausschreibung der betreffenden Stelle eingebracht, muss die Stelle zuvor erneut ausgeschrieben werden. Wenn die Ausschreibung neuerlich erfolglos verläuft, kann die Stelle bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen über die Anstellung abgedeckt werden.

3. Soll ein temporärer Zusatzbedarf (z.B. zum Abbau von Wartezeiten oder Teilabdeckung einer vakanten Stelle) abgedeckt werden, wird die Genehmigung der Anstellung nur befristet für maximal 12 Monate ohne Anrechnung auf den Stellenplan erteilt. Eine Verlängerung kann auf Antrag genehmigt werden, sofern Kammer und ÖGK einvernehmlich den Zusatzbedarf weiterhin als gegeben beurteilen. Ein Antrag auf Verlängerung ist grundsätzlich mindestens drei Monate vor Ablauf der Befristung zu stellen.
4. Das Ausmaß eines etwaigen Zusatzbedarfs ist im Einvernehmen zwischen ÖGK und Ärztekammer für Kärnten gemeinsam festzulegen.
5. Erfolgt die Anstellung zur Entlastung ohne Zusatzbedarf, gelten nach den gesamtvertraglichen Regelungen die bisherigen Öffnungszeiten der Vertragsärztin/des Vertragsarztes unverändert weiter. Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt bzw. die GesellschafterInnen einer Vertragsgruppenpraxis sind trotz Anstellung zur persönlichen Berufsausübung im Ausmaß von zumindest der halben Ordinationszeit verpflichtet. Paralleles Arbeiten ist zulässig.
6. Wird die Anstellung zur Deckung eines Zusatzbedarfes beantragt, sind grundsätzlich jene Regelungen über die Öffnungszeiten anzuwenden, die für die Gruppenpraxen gelten, die mehr als eine Stelle abdecken. Der Vertragsarzt ist in diesen Fällen zur persönlichen Berufsausübung im Ausmaß der Mindestordinationszeit gemäß Gesamtvertrag für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte idjgF verpflichtet. Paralleles Arbeiten ist zulässig.

7. Für die Gründe und die Dauer der Anstellung ohne Zusatzbedarf werden die Bestimmungen aus der Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag über die befristete Teilung einer Vertragsarztstelle vom 28.09.2016, idgF. angewendet. Ausdrücklich ausgenommen davon ist § 2 Abs. 2 der befristeten Teilung („ohne Grund“). Begründete Ausnahmeregelungen davon können im Einzelfall im Einvernehmen von ÖGK und Kammer getroffen werden (z.B.: überdurchschnittliche Belastung bei fortgeschrittenem Alter).
  
8. Für die Anstellung bei temporärem oder dauerhaftem Zusatzbedarf werden die jeweils adäquaten Honorierungsregelungen für Gruppenpraxen, die mehr als eine Planstelle abdecken, angewendet. Für die Anstellung ohne Zusatzbedarf gelten die entsprechenden Honorierungsbestimmungen über die Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag über die befristete Teilung einer Vertragsarztstelle vom 28.09.2016, idgF, bzw. die analoge Bestimmung für Teilgruppenpraxen.
  
9. Die Kammer prüft die berufsrechtliche Zulässigkeit der Ausübung der beantragten Tätigkeit durch den angestellten Arzt/die angestellte Ärztin. Ein approbierter Arzt kann nicht als Angestellter bestellt werden.



Klagenfurt am Wörthersee, 23.11.2021

**Für die Ärztekammer für Kärnten:**

Der Obmann der Kurie  
niedergelassener Ärzte:

Die Präsidentin

Vizepräs. Dr. Wilhelm Kerber

Petra Preis

Wien, 20.12.2021

**Für die Österreichischen Gesundheitskasse**

Der Leitende Angestellte:

Der Obmann des  
Verwaltungsrates

Dr. Rainer Thomas  
Generaldirektor-Stellvertreter

Andreas Huss, MBA