Gebührenfrei gemäß
§ 110 Abs. 1 Z. 1 lit. a ASVG

GESAMTVERTRAG

abgeschlossen gemäß § 338 ff des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG, BGBl 1955/189) und § 66 Abs. 2 Z. 8 Ärztegesetz 1998 (BGBl 1998/169), jeweils in geltender Fassung, zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, für die in § 2 bezeichneten Krankenversicherungsträger einerseits und der Ärztekammer für Salzburg, Kurie der niedergelassenen Ärzte, andererseits.

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

§ 1
Vertragsgegenstand

(1) Dieser Gesamtvertrag dient der ausreichenden Sicherstellung der Krankenbehandlung, insbesondere der vertragsärztlichen Versorgung als Sachleistung sowie der notwendigen Mitwirkung der Vertragsärzte an der Anspruchsprüfung für sonstige Leistungen der Sozialversicherung und regelt
- die Aufgaben, Rechte und Pflichten der Gesamtvertragsparteien,
- Anzahl und Verteilung der Vertrags(fach)ärzte und -gruppenpraxen sowie deren Auswahl,
- das Einzelvertragsverhältnis,
- den Kreis der Leistungsberechtigten, die Modalitäten der Inanspruchnahme und Anspruchsprüfung,
- Inhalt und Umfang der Behandlungs- und sonstigen Pflichten sowie Befugnisse der Vertragsärzte,
- die Honorierung und Abrechnung,
- die Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag.

(2) Dieser Gesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien (§ 2) zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief (oder Zustellung durch EMS oder Boten) aufgekündigt werden. Für einzelne Teile des Gesamtvertrages können Befristungen und abweichende Beendigungsregelungen ausdrücklich vereinbart werden. Im Falle einer Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien ohne Verzug Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages aufnehmen. Streitigkeiten über die Auslegung und Anwendung des Gesamtvertrages werden von der Landesschiedskommission entschieden (§ 345a ASVG).

(3) Über die Publikation gemäß § 338 Abs. 1 ASVG hinaus wird dieser Gesamtvertrag und jede Änderung auf der Homepage der Ärztekammer für Salzburg (www.aeksbg.at) sowie im Rechtsinformationssystem des Bundes (www.ris.bka.gv.at/Avsv/) verlautbart. Der Gesamtvertrag liegt überdies zur Einsichtnahme für alle Vertragsärzte sowohl bei der ÄKS als auch bei der ÖGK auf.

(4) Die Bestimmungen dieses Gesamtvertrages gelten grundsätzlich auch für Vertragsgruppenpraxen nach Maßgabe der Besonderheiten und Abweichungen gemäß den Gesamtverträgen über die vertragliche Tätigkeit von Gruppenpraxen.

§ 2
Vertragsparteien

(1) Vertragsparteien dieses Gesamtvertrages sind die Ärztekammer für Salzburg, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz ÄKS genannt) einerseits und die Österreichische Gesundheitskasse (im Folgenden kurz ÖGK genannt).

Abschnitt I
Gestaltung des Leistungsangebotes

§ 3
Stellenplan

(1) Die Konkretisierung der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertrags-Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten, entsprechend den Verordnungen nach § 23 G-ZG zur Verbindlicherklärung von Teilen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG), wird im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in zwei Anhängen (sog. „Stellenplan“, Anhang A zu § 3 für Ärzte für Allgemeinmedizin, Anhang B zu § 3 für Fachärzte) zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt.

(2) Die örtliche Verteilung der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen hat sicherzustellen, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen sowie der örtlichen und Verkehrsverhältnisse für die Anspruchsberechtigten eine ausreichende ärztliche Versorgung gewährleistet wird. Dabei sind zu berücksichtigen:
- das Ziel, dass die Anspruchsberechtigten zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder einem Vertragsarzt und einer Vertragsgruppenpraxis wählen können,
- das Ziel eines zwischen den Versorgungsregionen ausgewogenen Versorgungsgrades,
- die Veränderung der Morbidität und demographischen Entwicklung,

- der medizinische Fortschritt,
- die finanzielle Leistungsfähigkeit der ÖGK.

§ 4
Ausschreibung und Auswahl

(1) Die freien Vertragsarztstellen gemäß Stellenplan werden im Einvernehmen mit der ÄKS von der ÖGK in der Zeitschrift *medium* der ÄKS und/oder auf der Homepage der ÄKS (www.aeksbg.at) ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren.

(2) Die Bewerbungen sind innerhalb der Bewerbungsfrist schriftlich bei der ÄKS einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.

(3) Die ÄKS überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme binnen drei Wochen nach Ablauf der Bewerbungsfrist an die ÖGK weiter und erstattet (gegebenenfalls unter Bekanntgabe einer detaillierten Punktereihung nach den Reihungsrichtlinien gemäß Abs. 4) einen begründeten Vorschlag. Ist die ÖGK mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat sie einen begründeten Gegenvorschlag binnen drei Wochen nach Einlangen des Vorschlages der ÄKS zu erstatten. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen ÄKS und ÖGK. Kommt innerhalb von zwei Wochen ein Einvernehmen nicht zustande, entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.

(4) Die Vertragsparteien können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren. (Anmerkung: Derzeit gelten die Richtlinien für die Auswahl der VertragsärztInnen für Allgemeinmedizin und VertragsfachärztInnen sowie GesellschafterInnen von Vertragsgruppenpraxen, kurz: Reihungsrichtlinien, Anhang A zu § 4.)

(5) Dienstnehmer der ÖGK dürfen nicht gleichzeitig in einem Einzelvertragsverhältnis zur ÖGK stehen. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 5
Übergabepraxis

(1) 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 Übergabepraxis verlangen, sofern zum selben Kündigungstermin auch alle kurativen und Vorsorgeuntersuchungs-Einzelverträge zu den Sonderversicherungsträgern gekündigt wurden. Die Planstelle ist dann mit dem Hinweis auszuschreiben, dass ein Stellenbewerber zur Führung der Übergabepraxis bereit sein muss; eine privatrechtliche Einigung über Bedingungen einer allfälligen Praxisübernahme selbst ist keine Ausschreibungs- (oder Auswahl-)Bedingung.

(2) Die Auswahl erfolgt gemäß den Reihungsrichtlinien gem. § 4 Abs. 4. Der ausscheidende Vertragsarzt hat bei besonders schwerwiegenden Einwänden gegen die Person des erstgereihten Bewerbers binnen 6 Wochen nach Mitteilung des Reihungsergebnisses ein Vetorecht mit der Folge, dass die in den Reihungsrichtlinien vorgesehene Hearingkommission darüber zu entscheiden hat, ob die Einwände berechtigt sind. Spricht die Hearingkommission (zumindest mit Stimmenmehrheit) aus, dass die Einwände berechtigt sind, kommt der nächstgereihte Bewerber, dem gegenüber keine berechtigten Einwände bestehen, zum Zug. Kommt eine solche Entscheidung der Hearingkommission nicht zustande, oder stellt sie ausdrücklich fest, dass die Einwände nicht berechtigt sind, kann der ausscheidende Vertragsarzt seine Praxis bis zum Kündigungs(end)termin alleine weiterführen und verliert das Recht auf die Führung einer Übergabepraxis. Die Stelle wird dann nochmals so rechtzeitig ausgeschrieben, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist.

(3) Der ausscheidende Vertragsarzt hat über den gesamten Übergabezeitraum mindestens 50 %, und in allen Quartalen mindestens 25 % der Ordinationszeiten selbst zu erbringen. (Soferne in diesem Rahmen keine anders lautende Regelung zwischen ausscheidendem Vertragsarzt und Nachfolger vereinbart wird, gilt eine durchgehende 50 %-Teilung der Ordinationszeiten in jedem Quartal.) Die Ordinationszeit ist (falls sie davon abweicht) im Laufe des Übergabezeitraumes auf mindestens 20 Stunden pro Woche (bei Ärzten für Allgemeinmedizin 5-Tage-Woche, mindestens 2 Nachmittagsordinationen) anzuheben; diese Ordinationszeitenregelung gilt dann auch für den Neuvertrag des Nachfolgers. 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; dies wird von der ÄKS überwacht. Auf Vorschlag der ÄKS kann von der ÖGK ein Teil der (oder die gesamte) Honorarsumme dem Nachfolger direkt angewiesen werden (insbesondere, wenn der ausscheidende Vertragsarzt seine Leistungspflichten nicht erfüllt).

(4) Der ausscheidende Vertragsarzt hat die Möglichkeit, sich aus wichtigen Gründen (insbesondere bei schwerwiegenden Problemen in der Zusammenarbeit mit seinem Nachfolger)

auch schon vor dem Kündigungs(end)termin zum Ende des laufenden Quartals aus der Übergabepraxis zurückzuziehen. Der Einzelvertrag des Nachfolgers beginnt dann mit dem Beginn des folgenden Quartals. Ein vorzeitiger Rückzug ohne wichtigen Grund ist nur im Einvernehmen mit dem Nachfolger möglich. Eine Verlängerung des Übergabezeitraumes ist nur im begründeten Einzelfall mit Zustimmung von ÄKS und ÖGK zulässig. Erfolgt durch die ÖGK eine Vertragskündigung wegen einer Vertragsverletzung während des Übergabezeitraumes, ist die ÖGK 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.

(5) Ein Recht auf die Führung einer Übergabepraxis besteht nur, wenn der Beendigungstermin für Vertrag und Übergabepraxis nicht nach dem auf Vollendung des 70. Lebensjahres folgenden Quartalsende liegt.

§ 6
Sicherstellung der Erreichbarkeit von Vertragsärzten

(1) Die ÄKS ist zur Bereitstellung der vertragsärztlichen Hilfe verpflichtet:

a) Für die Versorgung dringender Fälle, in denen mit der Behandlung nicht mehr bis zu den normalen Ordinationszeiten zugewartet werden kann, ist ein flächendeckender (d.h. in zumutbarer Entfernung bzw. Zeit erreichbarer bzw. verfügbarer) Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin
   - in den Abend- und Nachtstunden wochentags zwischen 19:00 Uhr und 07:00 Uhr;
   - daran anschließend an Wochenenden (Samstagen und Sonntagen) sowie gesetzlichen Feiertagen bis 07:00 Uhr des nächstfolgenden Werktags und
   - am 24. und 31. Dezember zu betreiben.

   Die ÖGK ist von der Diensteinteilung zu verständigen. Zum Bereitschaftsdienst können im Einvernehmen mit der ÖGK und der ÄKS (mit den VertragsärztInnen des jeweiligen Sprengels), auch Nichtvertragsärzte eingeteilt werden.

   Für die Stadt Salzburg besteht die Pflicht zur Sicherstellung eines Bereitschaftsdienstes nach Maßgabe des Anhanges A.

b) Die ÄKS überwacht die Einhaltung der Verpflichtung jedes Vertragsarztes, einen geeigneten Vertreter zu bestellen (§ 10), damit in Fällen der Verhinderung bzw. Abwesenheit von Vertragsärzten (insbesondere wegen Krankheit, Fortbildung, Urlaub) die (fach)ärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten gewährleistet bleibt.

(2) Die ÄKS ist bei der Organisation des Bereitschaftsdienstes weitgehend frei, doch bedarf eine Verringerung der Zahl der an den jeweiligen Tagen bzw. Nächten diensthabenden Ärzte unter jene der bis 31.12.2000 (im Wege der Sprengeleinteilung auf dem Land sowie Bereitschaftsdiensteinteilung in der Stadt Salzburg) vorgesehenen Ärzte des Einvernehmens mit der ÖGK. Die ÄKS teilt im Hinblick auf § 343 Abs. 4 ASVG Verstöße von Vertragsärzten gegen die Verpflichtungen zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst bzw. zur Bestellung eines Vertreters mit.

(3) Die Modalitäten der Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes und von Vertretern sind in § 14 Abs. 1 und die Honorierung in § 25 Abs. 6 geregelt.

§ 6a
Zusätzliche Instrumente zur Entschärfung von Versorgungsengpässen und deren Folgen

(1) Im Einvernehmen der Gesamtvertragsparteien kann im Einzelfall zur Aufrechterhaltung der vertragsärztlichen Versorgung
von der Mindestvertragsdauer des § 1 Abs 1 des Anhanges A zu § 10 und für Vertragsärzte ab dem 50. Lebensjahr vom Zwischenzeitraum gemäß § 2 Abs 2 des Anhanges A zu § 10 abgewichen werden.

(2) Zur Entschärfung einer durch die Staffelung der Grundvergütung entstehenden finanziellen Benachteiligung jener Vertragsärzte, die in erheblichem Maß durch einen Zustrom von Patienten eines ausgeschiedenen Vertragsarztes, dessen Stelle ungeplant über einen längeren Zeitraum nicht nachbesetzt werden kann, betroffen werden, erfolgt eine Nachzahlung gemäß Anhang A. Dasselbe gilt bei längerer Erkrankung eines Vertragsarztes, dessen gemäß § 10 Abs 1 gebotene Vertretung im gesamten Quartal unmöglich war (die Kammer hat dies und den Krankenstand der Kasse schriftlich zu bestätigen).

§ 7
Gegenseitige Unterstützungs- und Informationspflichten

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.
Die Vertragsparteien werden sich auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

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

(3) Die ÖGK gibt der ÄKS folgende Abrechnungsdaten, sobald sie vorliegen, bekannt:
- Pro Quartal: Zahl der Gesamtfälle, Gesamtaufwand.
- Pro Quartal getrennt in Ärzte für Allgemeinmedizin und einzelne Fachgruppen: Zahl der Ärzte (ohne Ärzte mit ausschließlichem Vorsorge[Gesunden]untersuchungs-Einzelvertrag), Zahl der Fälle, Gesamtaufwand, Zahl und Aufwand für Grundvergütungen, Zahl und Aufwand für die einzelnen Sonderleistungen (einschließlich Visiten).

- Für Allgemeinmediziner und Internisten erfolgt hinsichtlich Pauschalfällen, Gesamthonorar und Anzahl der verrechneten Sonderleistungen eine Trennung nach dem Ordinationssitz in der Stadt oder einem Landbezirk.
- Pro Quartal für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte: Aufwand für Mutter-Kind-Pass-Sonderleistungen gegliedert nach Fachgruppen.
- Pro Quartal Kostenentwicklung Labor: Zahl der Fälle der Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik, Aufwand für Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik.

Die ÖGK gibt der ÄKS rechtzeitig die Formate der Aufstellungen, die Übertragungsform und die Konfiguration der Datenträger bekannt.

(4) Sämtliche Verpflichtungen der ÖGK zur Datenweitergabe stehen unter der Bedingung, dass der Schutz personenbezogener Daten gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes gewahrt bleibt. Sollten eine oder mehrere Datenübermittlungen aufgrund rechtskräftiger Entscheidung der zuständigen Gerichte oder Verwaltungsbehörden unzulässig sein, werden diese Datenübermittlungen eingestellt. Andere Übermittlungen, welche getrennt von der unzulässigen Übermittlung fortgeführt werden können, werden davon nicht berührt. Die ÄKS verpflichtet sich, die ihr ausschließlich aufgrund dieser Vereinbarung übermittelten Unterlagen, sofern sie auf Personen rückführbar sind, nicht weiterzugeben.

(5) Die ÄKS gibt der ÖGK Einsicht in die öffentlichen Daten der Standesliste und eine allfällige (auch vorübergehende) Untersagung der Berufsausübung von Ärzten bekannt.

(6) Die ÄKS erhält für ihre Mitarbeit bei der Durchführung des Gesamtvertrages bis auf weiteres einen Betrag von € 80.000 jährlich, zahlbar in vier gleichen Teilbeträgen, mit welchem Betrag insbesondere

a) die Verlautbarungen der ÖGK in Rundschreiben der ÄKS,
b) die Ausgabe von Drucksorten der ÖGK an die Vertragsärzte,
c) die Entgegennahme der Urlaubs- und Vertretermeldungen sowie deren Weiterleitung an die ÖGK,
d) die Aufklärung der Vertragsärzte in allen Kassen- und Vertragsfragen

abgegolten sind, insbesondere zu den verschiedenen Zusammenarbeitsformen

e) zur Unterstützung einer finanziell von Anbietern der Pharmawirtschaft unabhängigen ärztlichen Fortbildung, an deren Programmgestaltung der Leiter des Ärztlichen Dienstes der ÖGK Salzburg mitwirkt.

Abschnitt II
Der Einzelvertrag

§ 8
Abschluss und Inhalt

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem ÖGK und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet. Dem Abschluss ist der Muster-Einzelvertrag (Anhang A zu § 8) zugrunde zu legen. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages (insbesondere sogenannte Sonderverrechnungsbefugnisse) können von der ÖGK mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit der ÄKS vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform. Streitigkeiten zwischen Vertragsarzt und ÖGK, die im rechtlichen oder tatsächlichen Zusammenhang mit dem Einzelvertrag stehen, werden von der Paritätischen Schiedskommission entschieden (§ 344 ASVG).

(2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle aufgrund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte. Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.

(3) Die ÖGK hat dem Arzt den Einzelvertrag tunlichst innerhalb von drei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der Landesschiedskommission (§ 4 Abs. 3) auszufolgen. Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird von der ÖGK der ÄKS übermittelt.

(4) Das Vertragsverhältnis beginnt, sofern im Einzelfall nichts anderes vereinbart wurde, mit dem Quartalsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei der ÖGK folgt. Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen zwischen ÄKS und ÖGK ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden. Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und den zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

(5) Der Vertragsarzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Tätigkeit als niedergelassener Arzt auf den vertragsgegenständlichen Ordinationssitz und das vertragsgegenständliche Fach zu beschränken. Er darf auch nicht zugleich Gesellschafter einer Gruppenpraxis sein. Davon ausgenommen sind Tätigkeiten, die ihrer Art nach keine Krankenbehandlung im Sinne des § 16 darstellen, sowie Tätigkeiten als Belegarzt in einer Krankenanstalt, nicht jedoch gesamtvertragliche Mutter-Kind-Paß-Leistungen. Weitere Ausnahmen sind nur im Einvernehmen mit ÄKS und ÖGK möglich. Der Vertragsarzt hat Nebenbeschäftigungen (darunter fällt nicht die Ausübung eines öffentlichen Mandates, sofern § 10 eingehalten wird) zu unterlassen, die seine vertragsärztliche Tätigkeit erheblich beeinträchtigen (siehe § 2 Abs 5 des Anhanges A zu § 4). Die Eröffnung einer Zweitordination bzw. Beteiligung an einer

Gruppenpraxis oder die Erweiterung der Tätigkeit auf ein anderes Fachgebiet ohne Zustimmung der Gesamtvertragsparteien oder die fortgesetzte Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch eine Nebenbeschäftigung stellt einen Kündigungsgrund gemäß § 343 Abs. 4 ASVG dar.

§ 9
Änderung der Ordinationsstätte oder der Ordinationszeiten

(1) Eine beabsichtigte Änderung der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt der ÄKS und der ÖGK nachweislich bekanntzugeben. Erfolgt die Änderung innerhalb des Gemeindegebietes der bisherigen Niederlassung (hinsichtlich Ärzte für Allgemeinmedizin innerhalb der Stadt Salzburg: des Zählbezirkes) und wird innerhalb von zwei Wochen nach Einlangen von keiner Vertragspartei Einspruch erhoben, gilt dies als Anpassung des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die paritätische Schiedskommission, die einen Antrag auf Ordinationssitzänderung (mit Anpassung des Einzelvertrages) nur dann ablehnen kann, wenn diese zu einer Verschlechterung der Erreichbarkeit vor allem für alte und/oder gebrechliche und/oder behinderte Anspruchsberechtigte führt. Eine Ordinationssitzänderung über das Gemeindegebiet (bzw. den Zählbezirk der Stadt Salzburg) hinaus bedarf jedenfalls der ausdrücklichen Zustimmung von ÖGK und ÄKS.

(2) Eine Änderung der Ordinationsstätte ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs. 1 erhoben wurde bzw. sobald die Zustimmung von ÄKS und ÖGK vorliegt oder die paritätische Schiedskommission dem Antrag auf Änderung der Ordinationsstätte (mit Anpassung des Einzelvertrages) stattgegeben hat.

(3) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit der ÖGK vereinbarten Ordinationszeiten einzuhalten. Eine beabsichtigte Änderung der Ordinationszeiten ist der ÖGK vorher nachweislich anzuzeigen und darf erst dann (mit Anpassung des Einzelvertrages) umgesetzt werden, wenn die ÖGK schriftlich zugestimmt hat bzw. dagegen nicht binnen zwei Wochen nach Einlangen Einspruch erhebt. Kommt ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die paritätische Schiedskommission, die einen Antrag auf Änderung der Ordinationszeiten nur dann ablehnen kann, wenn dieser (auch unter Berücksichtigung des sonst bestehenden Leistungsangebotes) zu einer Verschlechterung der Versorgung der insbesondere erwerbstätigen Anspruchsberechtigten führt.

(4) Die Verlegung des Ordinationssitzes iSd Abs. 1 letzter Satz ohne ausdrückliche Zustimmung von ÄKS und ÖGK gilt als sofortige Beendigung des Einzelvertrages durch den Vertragsarzt, sofern der Vertragsarzt der Aufforderung der ÖGK auf Herstellung des vertraglichen Zustandes nicht binnen zwei Wochen nachgekommen ist.

§ 10
Stellvertretung

(1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung für eine Vertretung Sorge zu tragen, und zwar entweder
   a) durch einen Arzt desselben Fachgebietes, der als Vertreter in der Ordination des Vertragsarztes auf dessen Kosten und unter dessen Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen tätig ist, das e-card-System, Formulare und Stempel des Vertragarztes verwendet, unterschreibt und dessen Leistungen der Vertragsarzt entsprechend den Bestimmungen der Honorarordnung abrechnet, oder
   b) durch einen oder mehrere andere(n) Vertragsarzt (Vertragsärzte) desselben Fachgebietes in für die Patienten zumutbarer Entfernung, mit denen die Vertretung abgesprochen ist; diese rechnen ihre Vertragsleistungen selbst mit der ÖGK ab.

   Bei einer Vertretung in der Ordination des abwesenden Vertragsarztes darf zur gleichen Zeit immer nur ein Vertreter tätig sein. Regelmäßige tageweise Vertretungen sind, ausgenommen nach Absatz 6, unzulässig. Erfolgt die Vertretung durch andere Vertragsärzte, sind die Patienten darüber auf geeignete Weise (Anschlag, Anrufbeantworter) unter Bekanntgabe der Vertreter zu informieren. Ein Vertreter soll voraussichtlich den gesamten Vertretungszeitraum zur Verfügung stehen, um das Aufsuchen mehrerer Vertreter während des Vertretungszeitraumes zu vermeiden. Von einer Vertretung kann nur mit Zustimmung der ÖGK abgesehen werden.

(2) Dauert die Vertretung länger als zwei Wochen, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung zeitnah (innerhalb der 2 Wochen) der ÄKS und der ÖGK bekannt zu geben. Erhebt die ÖGK im Einvernehmen mit der ÄKS gegen die Person des Vertreters und/oder die Dauer der Vertretung einen Einwand, ist die Fortsetzung der Vertretung nicht zulässig und der Vertragsarzt verpflichtet, eine Vertretungsregelung vorzuschlagen, mit der ÖGK und ÄKS einverstanden sind, oder binnen zwei Wochen (ab nachweislichem Zugang des Einwandes) die vertragsärztliche Tätigkeit wieder selbst aufzunehmen. Andernfalls liegt eine Vertragsverletzung iSd § 343 Abs. 4 ASVG vor.

(3) Ist der Vertragsarzt wegen Erkrankung an der persönlichen Leistungserbringung gehindert, dürfen ÖGK und/oder ÄKS der Vertretung hinsichtlich ihrer Dauer zwischen 3 Monaten und einem Jahr* nur widersprechen, wenn diese zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Versorgung der Anspruchsberechtigten führt. Eine Vertretung aus anderen Gründen in der Dauer von mehr als drei Monaten in einem Zeitraum von 12 Monaten bedarf jedenfalls der Zustimmung von ÖGK und ÄKS. Dauert eine Vertretung länger als ein Jahr*, kann die ÖGK oder die ÄKS ihrer Fortführung ohne Angabe von Gründen mit eingeschriebenem Brief widersprechen; nimmt der Vertragsarzt seine Vertragstätigkeit binnen eines Monats nach Zustellung des Widerspruchs nicht wieder auf, gilt dies als Auflösung des Einzelvertrages durch den Vertragsarzt. (* Diese Zeiten werden zusammengezählt, solange sie nicht durch eine vertragsärztliche Tätigkeit von insgesamt zumindest 12 Monaten unterbrochen sind.)

(4) Die ÖGK kann (unabhängig von der Dauer der Vertretung) der namhaft gemachten Person des Vertreters aus wichtigen Gründen (zB wegen mangelnder Vertrauenswürdigkeit des Vertreters) widersprechen. Macht der Vertragsarzt binnen zwei Wochen keinen Vertreter namhaft, mit dem die ÖGK einverstanden ist, bzw. nimmt er seine Vertragstätigkeit nicht selbst wieder auf, kann die ÖGK bei der Paritätischen Schiedskommission einen Antrag auf Feststellung stellen, dass die beanstandete Vertretung die Vertragspflicht, bei Verhinderung an der persönlichen Leistungserbringung einen geeigneten Vertreter zu bestellen, verletzt (bzw. verletzt hat, sofern die beanstandete Vertretung nach Antragstellung geendet hat). Die Fortsetzung der Vertretung trotz einer solchen Feststellung oder eine wiederholte derartige Feststellung stellt eine Vertragsverletzung im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG dar.

(5) Unbeschadet der vorstehenden Vertretungsregelungen ist eine erweiterte Stellvertretung bei befristeter Teilung einer Vertragsstelle („Jobsharing“) nach den Bestimmungen des Anhanges A zu § 10 zulässig.

(6) Vertragsärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet und seit zumindest 10 Vertragsjahren Mindestordinationszeiten im Sinne des § 1 Z. 10 des Anhanges A zu § 4 (bzw. die für Psychiater abweichend geregelten Ordinationszeiten) vereinbart und erbracht haben*, dürfen längstens bis zum 65. Lebensjahr diese Mindestordinationszeiten (20 Stunden, 2 Frühsowie 2 Nachmittags- oder Abendordinationen) persönlich an 4 dieser Werktage erbringen, sofern sie für den 5. Werktag für zumindest 3 Stunden zusätzlich einen geeigneten Vertreter der ÖGK-Salzburg namhaft machen. Es gilt Abs 1 lit a; dafür ist kein Vertretungsfall zu buchen; es gebührt kein Vertretungshonorar (§ 26 Abs 4). Die Bekanntgabe an die ÖGK muss im Wege der ÄKS zumindest einen Monat vor Beginn (nächster Quartalsanfang) erfolgen. Die ÖGK kann dieser Vertretung bzw. ihrer Fortsetzung aus wichtigen Gründen (insbesondere bei Einwänden gegen die Person des Vertreters, z.B. wegen gleichzeitiger, die Sachleistungserbringung unterlaufender wahlärztlicher Tätigkeit, Patientenbeschwerden, qualitativen oder administrativen Problemen) widersprechen; in diesem Fall sind die Mindestordinationszeiten wieder an den 5 Werktagen vom Vertragsarzt allein zu erbringen. Für jüngere Vertragsärzte gilt diese Regelung nur nach vorheriger Zustimmung der ÖGK bei einer nachgewiesenen erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigung oder aus anderen wichtigen persönlichen Gründen für die Dauer von längstens einem Jahr; eine Verlängerung ist nur im begründeten Einzelfall möglich. Von diesen Regelungen unberührt bleiben die Möglichkeiten der Teilgruppenpraxis oder erweiterten Stellvertretung gemäß Anhang A.

* Übergangsregelung: Von dieser Möglichkeit können auch Vertragsärzte Gebrauch machen, die am 31.12.2016 zumindest 25 Vertragsjahre mindestens 18 Ordinationsstunden an 5 Werktagen vereinbart und erbracht haben.

(7) Als Maßnahme eines im Einzelfall zweckmäßigen Belastungsausgleiches kann mit Zustimmung der Gesamtvertragsparteien ein Vertragsarzt auch regelmäßig stundenweise als Vertreter eines anderen Vertragsarztes in dessen Ordination tätig sein. Es gilt Abs 1 lit. a;

dafür ist kein Vertretungsfall zu buchen; es gebührt kein Vertretungshonorar (§ 26 Abs 4). Die Zustimmung kann aus wichtigem Grund widerrufen werden.

§ 11
Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses; Tod des Vertragsarztes; Altersgrenze

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und der ÖGK kann – ausgenommen die Beendigung des Vertragsverhältnisses gemäß § 9 Abs. 4 und § 10 Abs. 3, 3. Satz – nur aufgrund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG aufgelöst werden.

(2) 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 die ÖGK stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu. Der vom hinterbliebenen Ehegatten bzw. eingetragenen Partner eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Gesamtvertragsparteien 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.

(3) Bestehende Einzelverträge von Vertragsärzten (und Gesellschaftern in Vertragsgruppenpraxen) erlöschen mit Vollendung des 70. Lebensjahres mit Ablauf jenes Quartales, in dem der Vertragsarzt das 70. Lebensjahr vollendet hat. Im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse können bei drohender ärztlicher Unterversorgung bestehende Einzelverträge solange aufrechtbleiben, bis die betreffende Stelle nachbesetzt werden kann. Für die Weiterführung einer solchen Stelle, kann im Einvernehmen eine Prämie aus dem Struktur- und Innovationstopf zwischen des Gesamtvertragsparteien vereinbart werden.

Abschnitt III
Anspruchsberechtigung

§ 12
Das e-card-System

(1) Die e-card hat den Krankenschein ersetzt; sie ist eine Keycard (Schlüssel- und Signaturkarte), welche in Echtzeit auf Validität geprüft wird; dabei erfolgt auch in Echtzeit eine Anspruchsprüfung. Der Begriff „e-card“ im vertraglichen Sinne umfasst auch die mit ihr verbundenen Organisationsformen, Geräte, Programme und Abläufe, die notwendig sind, um die Funktionen der e-card zu ermöglichen. Die Komponenten und Funktionsweise des e-card-Systems sind in der technischen Beilage zur gesamtvertraglichen Vereinbarung zwischen Österreichischer Ärztekammer und Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger über die Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die

Handhabung der e-card in der aktuellen Fassung (Anhang A zu § 12) beschrieben (bei textlicher Abweichung zu Bestimmungen dieses Gesamtvertrages gilt Letzterer).

(2) Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der Sozialversicherungsnummer bei der online-Anspruchsprüfung wird im e-card-System gespeichert. Die Speicherung bei der ÖGK bzw. die Übertragung vom e-card-Server an die ÖGK erfolgt mit dem Tagesdatum (keine Uhrzeit). Diese gespeicherten Daten werden von der ÖGK mit den Abrechnungsdaten abgestimmt. Um die Nachvollziehbarkeit der übertragenen Daten (z.B. bei etwaigen Störungen) sicherzustellen, steht dem Vertragsarzt das Recht auf Übermittlung der Logfiles der übertragenen Daten einer Abrechnungsperiode bis zu 6 Monaten nach Ende derselben zu (Anforderung von Konsultationsdaten). Im Falle von Honorarstreitigkeiten verlängert sich die Frist bis zu deren rechtskräftigen Entscheidung. Vom Honorarstreit ist der e-card-Server-Betreiber von der ÖGK in Kenntnis zu setzen.

(3) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, in der Ordination die für die Verwendung des e-card-Systems notwendigen Voraussetzungen (insbesondere Hardware und Netzzugang) zu schaffen. Die spezielle e-card-Hardware (GINA-Box) und die dazugehörige Software (beides wird von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt) stehen im Eigentum der Sozialversicherung bzw. deren Auftragnehmer oder Systemvertragspartner und werden auf deren Kosten betriebsbereit gehalten bzw. allenfalls erneuert.

(4) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, spätestens bis 01.11.2018 die technischen Voraussetzungen für den Einsatz der e-Medikation zu schaffen und spätestens ab 08.11.2018 (Bezirke Salzburg und Salzburg Umgebung) bzw. ab 22.11.2018 (Bezirke Hallein, St. Johann im Pongau, Tamsweg und Zell am See) ELGA-Gesundheitsdaten gemäß § 2 Z 9 lit. b GTelG im Informationssystem „e-Medikation“ bei der Verordnung zu speichern, sofern dies nicht durch die Ausübung von Teilnehmerrechten ausgeschlossen oder aus sonstigen Gründen (z.B. Offline-Betrieb, Hausbesuche etc.) nicht bzw. nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Ausgenommen von der verpflichtenden Verwendung sind Vertragsärzte, die zum 01.01.2019 das 68. Lebensjahr bereits vollendet haben werden. Darüber hinaus sind Fachärzte der technischen Fächer sowie der Fachgebiete 04, 13, 15 und 18 ebenso von der Verpflichtung ausgenommen. In allen anderen Fällen stellt die beharrliche Nicht-Anwendung der e-Medikation eine nicht unerhebliche Verletzung der kurativen Einzelverträge dar, ausgenommen bei jenen Ärzten, die zum vereinbarten Rollout-Termin das 66. Lebensjahr bereits vollendet haben.

(5) Die Vertragsparteien vereinbaren, die geplanten Einführungstermine für e-Rezept, e-Transportschein und das Foto auf der e-card entsprechend den österreichweiten Vorgaben umzusetzen und die Vertragsärzte zeitgerecht über die jeweiligen e-Services zu informieren.

(6) Die anteilige Kostentragung für Anschaffungs-, Installations- und Betriebskosten erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

a) Die Kosten der Bereitstellung der e-card-Grundausstattung (GINA-Box und Karten-Lesegerät) trägt der Vertragsarzt.
b) Die Sozialversicherung übernimmt den Aufpreis für den Router mit zwei Eingängen (LAN-Anschlüsse), die Kosten für die Servicelevels und die Wartung für die e-card-Grundausstattung (lit. a); dies gilt nicht für Neuinvertragnahmen an neuen Standorten.
c) Die laufenden Kosten (Anschluss- und Betriebskosten - exklusive Wartung gemäß Z. 2) für den GIN-Zugangsnetz-Anschluss (Anschluss in ADSL-Technologie, Router mit zwei Eingängen, GINA) sind von den Vertragsärzten zu übernehmen. Allfällige ISDN-Ersatz-Schaltungskosten sind innerhalb der Peering-Point-Gesellschaft zu regeln, d.h. es darf daraus keine Mehrkosten für Ärzte geben.

Sollten zwischen Österreichischer Ärztekammer und Dachverband der Sozialversicherungsträger andere Kostenregelungen vereinbart werden, ist dieser Gesamtvertrag entsprechend anzupassen.

§ 13
Die Anspruchsberechtigten

(1) Die in diesem Gesamtvertrag geregelten (Behandlungs-)pflichten und Honoraransprüche der Vertragsärzte beziehen sich auf die Versicherten (samt deren leistungsberechtigten Angehörigen) der ÖGK, sowie der von ihr aufgrund gesetzlicher oder zwischenstaatlicher bzw. internationaler Regelungen zu betreuenden Personen, die ihre Anspruchsberechtigung dem Vertragsarzt gegenüber gemäß den nachfolgenden Bestimmungen nachweisen.

(2) **In der Regel** wird die Anspruchsberechtigung durch Vorlage der **e-card** (§ 12) und eine online vom Vertragsarzt durchgeführte positive Anspruchsprüfung festgestellt. Eine solche positive Anspruchsprüfung bestätigt einen aufrechten Versicherungsschutz und die Zulässigkeit der Inanspruchnahme des Vertragsarztes des betreffenden Fachgebietes gem. Abs. 5 (oder einer Mutter-Kind-Pass- bzw. Vorsorgeuntersuchung). **Ausnahmen** gelten für:
a) Patienten, die aufgrund internationaler bzw. zwischenstaatlicher Abkommen betreut werden und keine e-card erhalten haben – für sie gilt § 15 Abs. 3.
b) Patienten, die aufgrund innerstaatlicher Regelungen Anspruch auf Krankenbehandlung haben, aber keine e-card erhalten (z.B. Grundversorgte, sog. „Asylanten“) – für sie gilt § 15 Abs. 4.
c) Personen, die zwar Anspruch auf eine e-card haben, eine solche aber (aus verschiedenen Gründen) nicht besitzen oder ihre e-card vergessen haben oder deren e-card nicht funktioniert oder für die vom e-card-System keine Anspruchsberechtigung bestätigt wird – für alle diese gilt § 15 Abs. 2.
d) Bei ausschließlicher Zuweisung von Untersuchungsmaterial mit Zuweisungsschein erfolgt nur eine online-Anspruchsprüfung mit der Admin-Karte (§ 18 Abs. 1).

(3) Die e-card ist **bei jeder Inanspruchnahme** eines Vertragsarztes vorzulegen. Hat der Vertragsarzt Zweifel an der Berechtigung des Patienten zur Verwendung der e-card, soll er dessen Identität anhand eines Lichtbildausweises überprüfen. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die e-card **einzulesen** (siehe Ausnahmen gem. Abs. 4). Wurde dabei (oder in den nachstehend angeführten Ausnahmefällen bei Abfrage nur mittels Admin-Karte und Versicherungsnummer) die Anspruchsberechtigung vom e-card-System online bestätigt, ist dem Vertragsarzt die Honorierung dieser Konsultation nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages garantiert („Abrechnungsgarantie“).
Ist der Patient dem Vertragsarzt unbekannt und die vorgelegte e-card gesperrt oder die Identität von Patient und Karteninhaber gemäß Kartendaten (insbesondere hinsichtlich des Alters) unplausibel, hat jedenfalls eine **Identitätskontrolle** zu erfolgen. Dasselbe gilt, wenn das e-card-System auf das Erfordernis einer Identitätskontrolle hinweist (die Vertragsparteien gehen davon aus, dass Letzteres im Durchschnitt aller Vertragsärzte in höchstens 5 Fällen pro Woche erforderlich sein wird).

(4) Eine **nachträgliche Anspruchsprüfung** ist nur in folgenden Fällen zulässig:
a) Bei einer **Systemstörung** werden die e-cards offline eingelesen und die Daten bis zum drittfolgenden Ordinationstag ins e-card-System eingespielt. (Ist eine offline-Erfassung technisch nicht möglich, werden alle zur Anspruchsabfrage erforderlichen Daten in der Ordination notiert bzw. erfasst, um diese nach Wiederherstellung der technischen Möglichkeit zeitgerecht nacherfassen zu können.) Lag der Grund der Störung beim e-card-System der Sozialversicherung, hat der Vertragsarzt eine „Abrechnungsgarantie“. (Stellt sich heraus, dass der Patient keinerlei aufrechte Versicherung hatte, soll mit jenem Versicherungsträger (ÖGK bzw. Sonderversicherungsträger) abgerechnet werden, bei dem der Patient zuletzt versichert war.) Lag der Grund beim EDV-System des Vertragsarztes, erfolgt eine Honorierung der Konsultation nur, wenn eine Anspruchsberechtigung des Patienten festgestellt wurde und der Patient im selben Abrechnungszeitraum noch keinen Arzt desselben Fachgebietes (ausgenommen Konsultationen gem. § 14 Abs. 1 Z. 3 bis 8) in Anspruch genommen hat. Letzteres gilt auch für andere außerordentliche, nachvollziehbare außerordentliche persönliche Umstände, die dem Vertragsarzt die online-Anspruchsprüfung unmöglich gemacht haben. Im Falle eines vollständigen Blackouts (Strom- und/oder Netzausfall), der eine elektronische oder offline-gestützte Datenerfassung unmöglich macht, sind die zur Anspruchsabfrage erforderlichen Patientendaten manuell zu dokumentieren und nach Wiederherstellung der technischen Voraussetzungen unverzüglich nachzuerfassen.
b) Bei **Hausbesuchen** hat spätestens zum 3. Ordinationstag eine online-Anspruchsprüfung durchgeführt zu werden; verläuft Letztere negativ, gilt § 15 Abs. 2, Z. 5. Dasselbe gilt für Mitvisiten (§ 27 Abs. 1) oder in Fällen, in denen aufgrund einer dringlichen Inanspruchnahme außerhalb der Ordinationszeit das e-card-System aus organisatorischen Gründen nicht zur Verfügung stand.
c) Soferne in den **Ausnahmefälle**n **des § 15 Abs. 2** eine online-Anspruchsprüfung mittels Admin-Karte nicht möglich ist, ist ein fristgerechtes Nachbringen der e-card (bzw. Buchung des Behandlungsfalles mittels Admin-Karte) nur bis zum 5. Tag (jedenfalls den 3. Werktag) nach Ende der Abrechnungsperiode (Quartal), in dem die Konsultation

erfolgte, zulässig; danach kann eine Abrechnung nur noch mittels e-card-Ersatzbeleg (§ 15 Abs. 2 Beilage C) in den dafür vorgesehenen Fällen erfolgen.

d) Die Änderung oder Stornierung des Behandlungsfalles mittels Admin-Karte ist nur bis zum 5. Tag (jedenfalls den 3. Werktag) nach Ende der Abrechnungsperiode (Quartal) zulässig.

Der Verlust oder Defekt aller Admin-Karten gilt als Störfall; es besteht keine Abrechnungsgarantie.

(5) Grundsätzlich darf ein Patient in einem Abrechnungszeitraum nur einen Arzt desselben Fachgebietes in Anspruch nehmen. Davon ausgenommen sind die Fälle des § 14 Abs. 1 Z. 3 bis 8. In allen anderen Fällen (z.B. Arztwechsel aus wichtigem Grund wie etwa bei schwerwiegender Störung des Patienten-Arzt-Verhältnisses) bedarf die Inanspruchnahme eines weiteren Arztes desselben Fachgebietes der vorhergehenden Zustimmung der ÖGK („Freischaltung eines weiteren Behandlungsfalles“).

(6) Zusätzlich zur e-card ist in folgenden Fällen die Vorlage eines Überweisungs- bzw. Zuweisungsscheines erforderlich:

a) Bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes der Fächer Radiologie, Labordiagnostik (FG 50 bis 55) für ausdrücklich angeforderte Untersuchungen;

b) bei Zuweisungen zu bestimmten Untersuchungen/Behandlungen innerhalb desselben Fachgebietes.

c) Die Vorlage eines Überweisungs- bzw. Zuweisungsscheins ist erforderlich, sofern es sich um eine Leistungsart handelt, die von der eKOS-Applikation nicht umfasst ist.

Ein Überweisungs- bzw. Zuweisungsschein darf nur nach positiver Anspruchsprüfung (bzw. bestätigter Anspruchsberechtigung) ausgestellt werden. Die Zuweiser haben § 18 Abs. 2 zu beachten.

(7) Folgebelege (Überweisungen, Zuweisungen, Verordnungen etc.) außerhalb der eKOS-Applikation sind vom Vertragsarzt unter Verwendung der vom e-card-System online zur Verfügung gestellten Daten zu erzeugen, wobei die Angabe des Arbeitgebers entfallen kann.

(8) Die von den Patienten (in der Regel gemeinsam mit der e-card) vorgelegten Überweisungs- oder Zuweisungsscheine sind der ÖGK nach Quartalsende zum Abrechnungstermin zu übermitteln (s. § 31a Abs. 1 lit c). Sofern es im Rahmen der eKOS-Applikation eine Möglichkeit der digitalen Übertragung der Überweisungs- oder Zuweisungsscheine gibt, kann für jene Leistungsarten, für die die Anwendung von eKOS verpflichtend ist, die Übermittlung entfallen.

§ 14
Eingabe des zutreffenden Behandlungsfalles
Vorgehensweise bei Mehrfachversicherung und Versicherungswechsel

(1) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, bei der Vorlage der e-card durch den Anspruchsberechtigten bzw. online-Anspruchsprüfung im e-card-System **den zutreffenden Behandlungsfall** einzugeben. Im Einzelnen gilt:

1. Ein **Regelfall** wird abgebucht, wenn keiner der Sonderfälle der Z. 2 bis 10 vorliegt (die Absicht des Patienten ist allenfalls zu klären; siehe Abs. 2) **und** im selben Abrechnungszeitraum (Quartal) noch kein Vertragsarzt desselben Fachgebietes in Anspruch genommen wurde. (Insbesondere im Bereitschaftsdienst [Z. 6] oder für reine Vorsorgeuntersuchungen [Z. 10] darf kein Regelfall abgebucht werden.)

2. Eine **Überweisung** ist abzubuchen, wenn im selben Abrechnungszeitraum (Quartal) noch kein Vertragsarzt desselben Fachgebietes in Anspruch genommen wurde und eine Überweisung vorliegt.

3. Für die Inanspruchnahme eines Facharztes für Radiologie, Labordiagnostik (FG 50 bis 55) ist eine **Zuweisung** abzubuchen, ebenso zur Durchführung ausdrücklich bestimmter Sonderleistungen, für die nach dem Honorartarif (insbesondere innerhalb desselben Fachgebietes und Abrechnungszeitraumes) ohne Anspruch auf Grundvergütung zugewiesen werden darf.

4. Wurde bereits im selben Abrechnungszeitraum (Quartal) einer der Behandlungsfälle gem. Z. 1, 2, 7, 8, 9 für das betreffende Fachgebiet von einem anderen Vertragsarzt abgebucht und liegt für den in Anspruch genommenen Vertragsarzt ein Fall honorierter Vertretung (§ 26 Abs. 4) vor, ist einer der Behandlungsfälle der **Vertretung** auszuwählen.

5. Liegt kein Fall honorierter Vertretung vor (siehe Z. 4) und ist der behandelnde Vertragsarzt, der im Abrechnungszeitraum bereits einen Regelfall bzw. eine Überweisung abgebucht hat, nicht erreichbar und kann mit der Untersuchung/Behandlung nicht bis zur Erreichbarkeit dieses Arztes zugewartet werden, bucht ein dringlich in Anspruch genommener anderer Vertragsarzt dieses Fachgebietes den Behandlungsfall „**Nichterreichbarkeit Erstbehandler**“ oder „**Erste Hilfe**“ ab.

6. Der Behandlungsfall „**Bereitschaft**“ darf nur für Krankenbehandlung während eines Bereitschaftsdienstes abgebucht werden, zu dem der Vertragsarzt eingeteilt ist. Im Bereitschaftsdienst darf kein anderer Behandlungsfall abgebucht werden. Wird der Vertragsarzt nach dem Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen, ist dafür der entsprechende Behandlungsfall (Regelfall, Vertretung, Nichterreichbarkeit Erstbehandler, Erste Hilfe, Urlaub/Dienstreise/Wohnungswechsel des Patienten, Vertragsende/Tod

des Erstbehandlers, Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, Vorsorgeuntersuchung) abzubuchen.

7. In Fällen, in denen bei Urlaubsaufenthalt oder dienstlich (bzw. schulisch) bedingtem Aufenthalt des Anspruchsberechtigten mit einer Untersuchung/Behandlung bis zur Rückkehr nicht zugewartet werden kann und aufgrund der Entfernung das Aufsuchen des im Abrechnungszeitraum bereits konsultierten Arztes nicht möglich ist, wählt der später in Anspruch genommene Vertragsarzt entweder den Behandlungsfall „**Urlaub Patient**“ oder „**Dienstreise Patient**“ aus. Es steht dem Vertragsarzt auch frei, sich einen Behandlungsfall gem. Z. 5 abzubuchen.
   Ist aufgrund eines Wechsels seines Wohnortes dem Anspruchsberechtigten die weitere Konsultation des bereits gem. Z. 1, 2 oder 9 in Anspruch genommenen Vertragsarztes wegen der Entfernung zu dessen Ordination nicht mehr zumutbar, bucht der nach dem Wohnortwechsel konsultierte Vertragsarzt den Behandlungsfall „**Wohnungswechsel Patient**“ ab.

8. Hat ein Vertragsarzt für einen Abrechnungszeitraum einen Regelfall oder eine Überweisung abgebucht und endet dessen Vertragsverhältnis während dieses Abrechnungszeitraumes, kann der deshalb in Anspruch genommene Vertragsarzt desselben Fachgebietes den Behandlungsfall „**Vertragsende Erstbehandler**“ bzw. „**Tod Erstbehandler**“ abbuchen.

9. Immer dann, wenn eine „**Mutter-Kind-Pass-Untersuchung**“ erfolgt, ist dieser Behandlungsfall abzubuchen. Erfolgt im selben Abrechnungszeitraum zusätzlich eine Krankenbehandlung oder Vorsorgeuntersuchung, ist zusätzlich der zutreffende Behandlungsfall gem. Z. 1 bis 8 oder Z. 10 abzubuchen.

10. Immer dann, wenn eine Vorsorgeuntersuchung erfolgt, ist der zutreffende **“VU“-Behandlungsfall** abzubuchen. Erfolgt im selben Abrechnungszeitraum zusätzlich eine Krankenbehandlung oder Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, ist zusätzlich der zutreffende Behandlungsfall gem. Z. 1 bis 8 oder Z. 9 abzubuchen.

(2) Wurde für einen Anspruchsberechtigten noch kein Regelfall (Abs. 1 Z. 1) abgebucht und nimmt der Anspruchsberechtigte den Vertragsarzt ausdrücklich mit der Absicht in Anspruch, danach im selben Quartal den bisher behandelnden, aber nicht erreichbaren Arzt wieder in Anspruch nehmen zu wollen, darf der Vertragsarzt sich keinen Regelfall abbuchen, sondern hat den zutreffenden Behandlungsfall gem. Z. 4 oder Z. 5 oder Z. 7 abzubuchen. Neue Patienten sind vor der Auswahl des Behandlungsfalles diesbezüglich zu befragen.

(3) **Mehrfachversicherung und Versicherungswechsel:**

a) Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn während des Abrechnungszeitraumes gleichzeitig eine Anspruchsberechtigung (als Versicherter oder Angehöriger) gegen-

über mehreren Krankenversicherungsträgern besteht. In diesem Fall hat der Vertragsarzt bei der ersten Inanspruchnahme im Abrechnungszeitraum nach Wahl des Anspruchsberechtigten im e-card-System einen VTr (ÖGK oder Sonderversicherungsträger) auszuwählen (der für den Abrechnungszeitraum alleiniger Kostenträger ist; siehe § 28 Abs. 1).

b) Ein Versicherungswechsel liegt vor, wenn während des Abrechnungszeitraumes die Anspruchsberechtigung zum bereits ausgewählten Versicherungsträger endet und bei einem anderen Versicherungsträger beginnt. Dies wird vom e-card-System dem Vertragsarzt im Zuge der Anspruchsprüfung angezeigt; es wird ein neuer Behandlungsfall für den zuständig gewordenen Versicherungsträger abgebucht. (Zur Honorierung siehe § 28).

§ 15
Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card und bei negativer Anspruchsprüfung

(1) Die Vertragsparteien und auch die Vertragsärzte haben darauf hinzuwirken, dass der Einsatz der e-card möglichst regelmäßig erfolgt. Die nachstehenden Regelungen betreffen daher grundsätzlich Ausnahmefälle.

(2) Es sind folgende Fälle zu unterscheiden und folgende Vorgangsweisen zu beachten:

1. **Der Patient hat die e-card vergessen (oder legt eine defekte e-card vor bzw. die vorgelegte e-card ist gesperrt) oder hat noch keine e-card:**
   Erscheint der Patient ohne e-card in der Arztpraxis (oder ist die e-card defekt oder gesperrt) und erklärt, versichert zu sein, steckt der Vertragsarzt die Admin-Karte (o-card) und prüft die Anspruchsberechtigung online. Ist der Patient dem Arzt nicht bekannt, muss sich der Patient ausweisen.

   a) **Bei positiver Anspruchsprüfung** bucht der Vertragsarzt den zutreffenden Behandlungsfall mit seiner Admin-Karte ab. Der Patient hat die Inanspruchnahme auf einem vom Vertragsarzt (unter Verwendung der online zur Verfügung gestellten Daten) erzeugten Beleg / Bestätigung (Anhang A zu § 15) durch Unterschrift zu bestätigen, soferne § 31a Abs. 1a keine Befreiung vorsieht.

   b) **Bei negativer Anspruchsprüfung** (obwohl der Patient dem Vertragsarzt bisher als Versicherter bekannt war bzw. der Patient erklärt, krankenversichert zu sein und noch keinen Arzt desselben Fachgebietes im selben Quartal in Anspruch genommen zu haben)
      - bestätigt der Patient die Inanspruchnahme (Muster-Erklärung / Anhang B zu § 15)
      - behandelt der Vertragsarzt den Patienten und
      - verweist ihn zur Klärung des Anspruches an seinen Versicherungsträger.

Der Vertragsarzt hat keine Honorargarantie, weshalb er berechtigt ist, vom Patienten einen angemessenen Erlag zu verlangen.
Kann innerhalb von 3 Werktagen nach der Konsultation eine positive online-Anspruchsprüfung durchgeführt werden oder wird binnen 14 Tagen ein vom Versicherungsträger ausgestellter e-card-Ersatzbeleg (Anhang C zu § 15) vorgelegt, ist der Erlag zurückzuzahlen. Erfolgte kein Nachweis der Anspruchsberechtigung, ist der Vertragsarzt zur Privathonorierung berechtigt (darf die Leistung aber nicht zugleich dem Versicherungsträger verrechnen).

2. **Der Patient legt eine e-card vor, aber die Anspruchsprüfung verläuft negativ:**
Es gilt die Vorgangsweise gemäß Z. 1.b.

3. **Der Patient hat eine e-card, aber der Regelfall (bzw. die Überweisung) ist bereits belegt:**
Ergibt die Online-Anspruchsprüfung, dass der Patient zwar versichert ist, der Regelfall (bzw. die Überweisung) aber für dieses Fachgebiet und das Quartal bereits abgebucht wurde, und liegt kein anderer Behandlungsfall (§ 14 Abs. 1 Z. 4 bis 8) vor
und
   - gibt der Patient an, dass die **vorangegangene Abbuchung des Regelfalles zu Unrecht** erfolgte, weil er den zuvor konsultierten Vertragsarzt als Vertreter, bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes, zur ersten Hilfe, im Bereitschaftsdienst, im Urlaub oder bei einer Dienstreise in Anspruch genommen hatte

   oder
   - gibt der Patient **wichtige Gründe für einen Arztwechsel** während des laufenden Quartals an (z.B. schwerwiegende Störung des Arzt-Patientenverhältnisses),

   so gilt Folgendes:

   Ist die Behandlung unaufschiebbar, behandelt der Vertragsarzt den Patienten und füllt dieser die Erklärung (Anhang B zu § 15) aus. Der Arzt kann einen Einsatz verlangen.

   Ist die Behandlung nicht unaufschiebbar, ist grundsätzlich vom Patienten vor der Behandlung die Freigabe des Regelfalles zu veranlassen. Es steht dem Vertragsarzt aber frei, die Behandlung gegen Einsatz durchzuführen. Der Patient füllt die Erklärung (Anhang B zu § 15) aus.

   Der Patient hat sich umgehend beim zuvor in Anspruch genommenen Vertragsarzt um eine Berichtigung des abgebuchten Falles zu bemühen. (Der zuvor in Anspruch genommene Vertragsarzt ist gegebenenfalls zur unverzüglichen Korrektur verpflichtet!) Soll aus wichtigem anderen Grund ein Arztwechsel erfolgen, obliegt es dem Patienten, mit Begründung bei der ÖGK die Freigabe eines weiteren Regelfalles zu beantragen.

   Kann innerhalb von drei Werktagen nach der Konsultation eine positive online-Anspruchsprüfung durchgeführt werden, oder wird binnen 14 Tagen ein von der ÖGK

ausgestellter e-card-Ersatzbeleg (Anhang C zu § 15) vorgelegt, ist der Erlag zurückzuzahlen. Erfolgte kein Nachweis der Anspruchsberechtigung, bzw. erfolgte keine Freigabe eines weiteren Regelfalles durch die ÖGK, kann keine Verrechnung mit der ÖGK erfolgen und ist der Vertragsarzt zur Privathonorierung berechtigt. Falls erforderlich, unterstützt die ÖGK den Vertragsarzt hinsichtlich der Adressdaten des Versicherten.

4. **Notfälle:**
   Kann ein Patient weder die e-card (oder einen e-card-Ersatzbeleg – Anhang C zu § 15) vorlegen noch eine positive Online-Anspruchsprüfung mit der Admin-Karte erfolgen, weil Patient und Vertragsarzt die Versicherungsnummer nicht wissen, bzw. die Sozialversicherungsnummer-Abfrage über das e-card-System ergebnislos bleibt, und kann der Patient die Erklärung (Anhang B zu § 15) nicht unterfertigen,
   ist die Behandlung jedoch unaufschiebbar,
   darf der Vertragsarzt keine Privathonorierung verlangen, soferne binnen 3 Werktagen eine positive online-Anspruchsprüfung erfolgen konnte oder binnen 14 Tagen ein von der ÖGK ausgestellter e-card-Ersatzbeleg (Anhang C zu § 15) vorgelegt wurde.

5. **Negative Anspruchsprüfung nach Visite:**
   Kann im Zuge der Nacherfassung von Visiten, die binnen 3 Werktagen zu erfolgen hat, keine positive Anspruchsprüfung durchgeführt werden, ist der Vertragsarzt berechtigt, dem Patienten eine Privathonorarnote auszustellen, soferne der Patient nicht binnen 14 Tagen einen von der ÖGK ausgestellten e-card-Ersatzbeleg (Anhang C zu § 15) vorlegt. Darüber ist der Patient ausdrücklich aufzuklären.

6. **Fristenhemmung bei Handlungsunfähigkeit:**
   Ist der Patient krankheitsbedingt zur Erfüllung seiner oben angeführten Obliegenheiten nicht fähig, beginnt die Frist für die Vorlage des von der ÖGK ausgestellten e-card-Ersatzbeleges (Anhang C zu § 15) entweder mit Wiederherstellung dieser Fähigkeit oder mit einer entsprechenden Aufforderung des Vertragsarztes an einen Vertreter (insbesondere Angehörigen) des Patienten.

7. **Vorlage von Belegen mit der Abrechnung:**
   Mit der Abrechnung sind alle e-card-Ersatzbelege (Anhang C zu § 15) und Bestätigungen (Anhang A zu § 15) für abgerechnete Fälle vorzulegen. (Hinsichtlich Anhang A s. § 31a Abs. 1 lit a). Die Erklärungen (Muster / Anhang B zu § 15) verbleiben zur Dokumentation seines vertragskonformen Vorgehens beim Vertragsarzt. (Der Anhang B ist eine Formularempfehlung der Gesamtvertragsparteien. Es steht den Vertragsärzten frei, deren obligate Erklärungsinhalte auch in anderer schriftlicher Form zu gestalten bzw. auf den konkreten Sachverhalt hin zu präzisieren.)

(3) Für Personen, die nach zwischenstaatlichem Recht bei vorübergehendem Aufenthalt Anspruch auf jene Leistungen haben, die im Rahmen der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer medizinisch erforderlich sind, gilt Folgendes:

- Der Nachweis der Anspruchsberechtigung erfolgt gegenüber dem Vertragsarzt durch Vorlage entweder der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) oder eines provisorischen Ersatzbeleges (PEB), die zeitlich gültig sind, jeweils in Verbindung mit einem Lichtbildausweis (Identitätsprüfung).
- Zur Sicherstellung der Abrechnung und Zulässigkeit der Ausstellung von Folgebelegen (Zuweisungen, Verordnungen, etc.) hat der Vertragsarzt anlässlich der Inanspruchnahme die Personal- und EKVK(PEB)-Daten des Patienten mittels eines der Formulare gemäß Anhang D zu erfassen, den Ausdruck vom Patienten unterfertigen zu lassen und darauf die durchgeführte Identitätsprüfung zu bestätigen (Anhang D zu § 15).
- Der unterfertigte Ausdruck ist gemeinsam mit einer lesbaren Kopie der EKVK (des PEB) unverzüglich – z.B. gemeinsam mit den Krankmeldungen an die ÖGK (Zwischenstaatliches Leistungswesen zu senden oder auf vereinbartem elektronischen Weg zu übermitteln. EKVK bzw. PEB verbleiben beim Anspruchsberechtigten (es wird dem Vertragsarzt empfohlen, sich davon zur eigenen Absicherung eine Kopie anzufertigen).
- Bei der Ausstellung von Folgebelegen ist neben den Personendaten und der persönlichen Kennnummer die (länderbezogene) Versichertenkategorie anzuführen.
- Für die Abrechnung gilt der Datensatzaufbau DVP (siehe Anhang B zu § 25, Z. 4.2.).

Anspruchsberechtigte aufgrund zwischenstaatlicher Regelungen, die weder eine EKVK noch einen PEB haben oder zur Durchführung bestimmter Untersuchungen bzw. Behandlungen nach Österreich zugewiesen werden, können einen Vertragsarzt nur unter Vorlage eines e-card-Ersatzbeleges (Anhang C zu § 15) in Anspruch nehmen.

(4) Personen, die gemäß § 9 ASVG durch Verordnung in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden und keine e-card erhalten, nehmen die Vertragsärzte unter Vorlage eines e-card-Ersatzbeleges (Anhang C zu § 15) in Anspruch. Für hilfs- und schutzbedürftige Fremde, die keine e-card erhalten, gilt folgende Vorgangsweise:
   - Die Identität und Zugehörigkeit zum geschützten Personenkreis muss durch Vorlage entweder einer „Verfahrenskarte“ (gem. § 50 Asylgesetz 2005) oder „Aufenthaltsberechtigungskarte“ (gem. § 51 AsylG 2005) oder „Karte für subsidiär Schutzberechtigte“ (gem. § 52 AsylG 2005) und eines gültigen Lichtbildausweises nachgewiesen werden.
   - Die Anspruchsberechtigung ist durch online-Anspruchsprüfung (mit Abbuchung des entsprechenden Behandlungsfalles) zu prüfen; nur wenn diese negativ verläuft, ist ein von der ÖGK ausgestellter e-card-Ersatzbeleg (Anhang C zu § 15) erforderlich und entgegenzunehmen.

Abschnitt IV
Behandlungs- und sonstige Pflichten sowie Befugnisse der Vertragsärzte

§ 16
Ziele, Umfang und Grenzen der vertragsärztlichen Behandlung

(1) Die **vertragsärztliche Behandlung umfasst** neben der ärztlichen Hilfe (Untersuchung, Diagnostik, Beratung und Behandlung, allenfalls Zuweisung bzw. Überweisung dazu) auch
- die Anwendung bzw. Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln,
- die Anordnung medizinischer Hauskrankenpflege und die Einweisung in Krankenanstalten,
- die Feststellung, Bestätigung und Meldung der Arbeitsunfähigkeit bzw. Erlangung der Arbeitsfähigkeit und
- die Bescheinigung der Voraussetzungen für sonstige Leistungsanträge (insbesondere für Krankentransporte, Mutterschaft/Wochengeld, Erholungs- oder Kuraufenthalte, Rehabilitation).

(2) Die vertragsärztliche Behandlung (Abs. 1) der Anspruchsberechtigten ist grundsätzlich **durch den Vertragsarzt selbst zu erbringen**. Eine Anstellung von Ärzten ist nach Maßgabe der Bestimmungen des bundesweiten Gesamtvertrages gemäß § 342e ASVG, abgeschlossen zwischen Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Österreichischer Ärztekammer, nach Vereinbarung mit der Kasse zulässig, wobei ergänzend die in Anhang A angeführten bestehenden Regelungen zur erweiterten Stellvertretung bzw. für Gruppenpraxen zur Anwendung kommen. Die vertragsärztliche Behandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, und hat dem **Ziel** der Wiederherstellung, Besserung oder Festigung der Gesundheit, der Arbeitsfähigkeit und der Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, zu dienen.

(3) Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Aus- und Fortbildung 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 ÖGK vom Vertragsarzt zu begründen.

(4) **Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden** dürfen für Rechnung des VTrs nicht angewendet werden. Ärztliche **Leistungen, die nicht dem Abs. 2 entsprechen**, werden vom VTr nicht vergütet. Ist dem Vertragsarzt bekannt, dass sich ein Anspruchsberechtigter in **Anstaltspflege** (§ 19 Abs. 2 bis 4) befindet, dürfen keine Leistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, insbesondere Diagnostik, Anwendung bzw. Verordnung von Heilmitteln oder Heilbehelfen) auf Rechnung des VTr erbracht werden (s. auch § 21 Abs. 5),

es sei denn, die Verordnung dient der Versorgung für die Zeit nach der Entlassung aus der Krankenanstalt.

§ 17
Behandlung in der Ordination, Krankenbesuche und Bereitschaftsdienst Ablehnung der Behandlung

(1) Die Tätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig (Siehe Anhang A zu § 17 zur Honorierung telemedizinischer Leistungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte). 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. Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie z.B. bei Erster-Hilfe-Leistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb der vertraglich vereinbarten Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

(2) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn der Erkrankte wegen seines Zustandes außer Stande ist, den Vertragsarzt in der Ordination aufzusuchen. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der vom Vertragsarzt beurteilten Dringlichkeit in angemessener Zeit Folge geleistet werden.
   a) Für den Vertragsarzt für Allgemeinmedizin besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächst erreichbarer Vertragsarzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 20.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Ärzte für Allgemeinmedizin als nächst erreichbar.
   b) 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 10 km (gerechnet von der Ordinationsstätte) wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt für Allgemeinmedizin als nächst erreichbarer Facharzt berufen wird.

(3) Der durchschnittlich anfallende Wegegebührenaufwand je Visite wurde in die Visitentarife einberechnet; davon ausgenommen sind Visiten im Bereitschaftsdienst und solche für gemäß § 15 Abs 3 Anspruchsberechtigte. Ein Vertragsarzt, der vom Versicherten zur Visite gerufen wird, obwohl er nicht gemäß Abs 2 zur Visite verpflichtet wäre, ist nach vorheriger Aufklärung berechtigt, vom Versicherten einen Ersatz des Mehraufwandes (Differenz der angefallenen Wegstrecke und jener, die dem gemäß Abs 2 eigentlich verpflichteten Vertragsarzt entstanden wären, entsprechend der Pos. 018 des Honorartarifes) zu verlangen; dies gilt nicht, wenn der gemäß Abs 2 verpflichtete Vertragsarzt nicht erreichbar ist, sowie für Visiten bei Patienten des Vertragsarztes in Alters- oder Pflegeheimen oder Einrichtungen betreuten Wohnens und im Bereitschaftsdienst.

(4) Vertragsärztinnen und -ärzte sind berechtigt, auf ausdrücklichen Wunsch von Patienten privatärztliche Termine außerhalb der Ordinationszeiten (oder an ordinationsfreien Tagen) zu vereinbaren und für die erbrachten Leistungen Privathonorar (ohne Anspruch des Patienten auf Kostenerstattung) zu verrechnen.

(5) Wurde ein Vertragsarzt offensichtlich grundlos zu einer Visite berufen, ist er berechtigt, diese jenem privat in Rechnung zu stellen, der sie angefordert hat (eine gleichzeitige Verrechnung mit der ÖGK ist unzulässig).

(6) Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an den von der ÄKS gem. § 6 Abs. 1 lit a zu betreibenden Bereitschaftsdiensten (auch bei sprengelübergreifender Diensteinteilung) verpflichtet. Bei einer Übergabepraxis (§ 5) und bei einer „Jobsharing-Praxis“ (§ 10 Abs. 5) kann der Dienst auch vom Nachfolger bzw. Stellvertreter erbracht werden. In Fällen der Verhinderung eines fachgleichen Vertragsarztes, in denen kein Vertreter in dessen Ordination tätig ist, ist der/sind die nächsterreichbar(en) Vertragsarzt/Vertragsärzte verpflichtet, die Patienten des verhinderten Kollegen vertretungsweise zu behandeln.

(7) Der Vertragsarzt ist, soferne kein Notfall vorliegt, berechtigt, im begründeten Einzelfall die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen der ÖGK diesem den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 18
Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten; Zuweisungen Bewilligungspflichtige Leistungen

(1) Die Anspruchsberechtigten können einen Vertragsfacharzt grundsätzlich unmittelbar unter Vorlage der e-card in Anspruch nehmen. In den Fällen des § 13 Abs 6 ist außerhalb der eKOS-Applikation die gleichzeitige Vorlage eines entsprechenden Überweisungs- bzw. Zuweisungsscheins erforderlich. (Bei ausschließlicher Zuweisung von Untersuchungsmaterial mit Zuweisungsschein erfolgt nur eine online-Anspruchsprüfung mittels Admin-Karte)

(2) Für erforderliche Untersuchungen oder Behandlungen, die der Vertragsarzt nicht selbst erbringen kann, hat er Überweisungen oder Zuweisungen unter Berücksichtigung der Grundsätze gem. § 16 vorzunehmen. Grundsätzlich ist zu Vertragspartnern der ÖGK (insbesondere Vertragsärzten) im Bundesland Salzburg zuzuweisen, es sei denn, dass dies aus Gründen der Dringlichkeit oder Unzumutbarkeit der Entfernung nicht möglich ist und die Leistung andernorts kostengünstiger erbracht werden kann oder aus medizinischen Gründen dort erbracht werden muss; wünscht der Anspruchsberechtigte ausdrücklich die Zuweisung zu einem Wahlarzt (einer Wahleinrichtung), bedarf es überdies der vorherigen Aufklärung über die private Honorierungspflicht.

(3) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die ihm zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen wurden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der erhobenen Befunde, der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages (einschließlich Medikation) zurückzuüberweisen. Anspruchsberechtigte, die seinem Ermessen nach keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, sind einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin zu überweisen. Diesem sind dabei die erhobenen Befunde, die Diagnose und der Behandlungsvorschlag (einschließlich Medikation) mitzuteilen.

(4) Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann der Vertragsarzt in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem **Konsilium** berufen.

(5) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen oder die Verordnung von Sachmitteln bzw. Dienstleistungen von einer Genehmigung der ÖGK abhängig, so hat der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage bei der ÖGK auszuhändigen, es sei denn, die Abwicklung erfolgt über die eKOS-Applikation oder der Vertragsarzt setzt sich direkt mit dem Versicherungsträger in Verbindung. Die Bewilligung von Arzneispezialitäten oder magistralen Zubereitungen hat der Vertragsarzt selbst einzuholen (§ 350 Abs. 3 ASVG, siehe § 21 Abs. 2).
Die gegebene Begründung soll der ÖGK eine Entscheidung ohne zusätzliche Erhebungen ermöglichen. Die ÖGK darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in kasseneigenen oder Vertragseinrichtungen abhängig machen. In Fällen unverzüglicher Behandlungsnotwendigkeit zur Abwendung einer erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung kann hinsichtlich der Durchführung ärztlicher Leistungen an Stelle eines vorherigen Antrages im Zuge der Abrechnung nachträglich eine entsprechende Begründung der Notwendigkeit der Maßnahme und Unmöglichkeit der vorherigen Einholung der Bewilligung gegeben werden.

(6) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, ab dem bundesweit festgelegten Verpflichtungstermin für Salzburg bei jeder Überweisung, Zuweisung und Verordnung, die eine der nachstehend genannten Leistungsarten betrifft, die eKOS-Applikation zu verwenden. Diese Verpflichtung umfasst nicht die Ausstellung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen bei Hausbesuchen bzw. Hausbesuchen in Heimen, sofern keine (mobile) Ausstattung vorhanden ist. Ausgenommen von der verpflichtenden Verwendung sind Vertragsärzte, die zum 01.01.2019 das 68. Lebensjahr bereits vollendet oder den Einzelvertrag bis zum bundesweiten Verpflichtungstermin für Salzburg gekündigt haben werden. Die Verwendungspflicht umfasst die jeweils bundesweit festgelegten Leistungen ab dem jeweiligen Stichtag.

§ 19
Medizinische Hauskrankenpflege und Anstaltspflege

(1) Ist aufgrund der Art der Erkrankung ergänzend zur ärztlichen Behandlung **medizinische Hauskrankenpflege** erforderlich, ist sie vom Vertragsarzt anzuordnen und bedarf der Bewilligung des VTrs. (Die vom Leistungsberechtigten einzuholende Bewilligung der ÖGK entfällt für die Dauer der zwischen der ÖGK (vormals SGKK) und dem Land Salzburg getroffenen Pauschalvereinbarung über die Erbringung und Finanzierung der medizinischen Hauskrankenpflege.)

(2) Erfordert die Art der Krankheit die **Pflege in einer Krankenanstalt,** hat der Vertragsarzt den Patienten in die nächstgelegene, ausreichend geeignete landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt (allgemeine Gebührenklasse) einzuweisen. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dem VTr kein Mehraufwand entsteht. Die ÖGK kann sich die Entscheidung für die Einweisung in bestimmte Krankenanstalten vorbehalten; darüber sind die Vertragsärzte durch Rundschreiben zu informieren und haben in diesen Fällen einen entsprechenden Antrag an die ÖGK-Landesstelle zu stellen.

Soll die Anstaltspflege der Erbringung einer genehmigungsbedürftigen Leistung (zB kosmetische Leistung, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation) dienen, ist jedenfalls eine vorherige Antragstellung bei der zuständigen ÖGK-Landesstelle erforderlich.

(3) Der Anspruchsberechtigte kann nur dann in eine private Krankenanstalt, die in einem Vertragsverhältnis zur ÖGK steht, eingewiesen werden, wenn der Vertragsarzt ihn über die Kostentragung aufgeklärt hat und der Anspruchsberechtigte dies wünscht.

(4) Ist eine Anstaltspflege oder Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt, so ist sie (zumindest auf Kosten des VTrs) **nicht** zu veranlassen.

§ 20
Krankentransporte

Ist es dem Anspruchsberechtigten aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes (auch mit einer Begleitperson) nicht möglich, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benützen, trägt der Versicherungsträger die Transportkosten des kostengünstigsten geeigneten Transportmittels für Beförderungen im Inland zur Anstaltspflege in der nächst gelegenen geeigneten Krankenanstalt oder zur ambulanten Behandlung (Spitalsambulanz, selbstständiges Ambulatorium, Vertragsarzt, gleichgestellter Leistungserbringer wie Physiotherapeut, etc.) oder zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln beim nächst gelegenen geeigneten Vertragspartner der ÖGK (sowie zurück in die Wohnung des Anspruchsberechtigten). Der

Vertragsarzt bescheinigt zu diesem Zweck den Grund (Beschreibung des Zustandes und Bezeichnung der Behandlungseinrichtung) und die Art (sitzend ohne/liegend mit Transportbegleitung durch Sanitäter/privates Kfz) der Transportbedürftigkeit.

§ 21
Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln

(1) Die Vertragsärzte sind im Rahmen der Leistungszuständigkeit des Versicherungsträgers im Sinne des § 16 und nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen befugt, auf Rechnung des Versicherungsträgers Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel zu verordnen. Diese sind, sofern mittels e-Card die Berechtigung dazu vorliegt, in die e-Medikation Applikation (siehe § 12 Abs 4) einzutragen.

(2) Bei der **Verordnung von Heilmitteln** und Heilbehelfen sind die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV) und hinsichtlich Heilmittel der Erstattungskodex (EKO) sowie die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung in der jeweils geltenden Fassung zu beachten. Der Vertragsarzt wird dabei durch das „Öko-Tool“ unterstützt, das über die Arztsoftware zur Verfügung steht. Vertragsärzte mit Arztsoftware haben das „Öko-Tool“, soweit technisch möglich, unverzüglich in diese zu integrieren (die Implementierungskosten trägt die ÖGK). Der Vertragsarzt verwendet das **„Öko-Tool“ in der aktuellen Version** und verordnet unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die im Ökotool enthaltenen Arznei- und Heilmittel. Dies gilt für wirkstoffgleiche und wirkstoffähnliche Arznei- und Heilmittel sowie Biosimilars.

(3) Die **Verordnung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln** bedarf einer medizinischen Begründung und grundsätzlich der vorherigen Bewilligung der ÖGK, die vom Versicherten einzuholen ist.

(4) Die **Befreiung von der Rezeptgebühr** (**bzw**. von der **Kostenbeteiligung**) ist auf dem Rezept bzw. Verordnungsschein ersichtlich zu machen.

(5) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege (§ 19) befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel nicht für Rechnung des Versicherungsträgers verordnet werden; davon ausgenommen sind nur orthopädische Hilfsmittel (Körperersatzstücke), wenn sie keinen im Rahmen der Anstaltspflege erforderlichen therapeutischen Behelf darstellen, sowie Heilmittel und Heilbehelfe, die für die Zeit nach der Entlassung aus der Krankenanstalt benötigt werden.

(6) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandsmaterial und Reagenzien (soweit sie nicht Bestandteil der honorierten Leistung sind) ist vom Vertragsarzt bei der ÖGK anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß entweder in natura vom Vertragslieferanten der ÖGK kostenlos beigestellt oder kann nach Genehmigung eines eingereichten Rezeptes („pro ordinatione“)

durch die ÖGK vom Vertragsarzt aus der Apotheke kostenlos bezogen werden. Änderungen des Bezuges können zwischen den Vertragsparteien vereinbart werden. Scheitert die Zustellung des vom Vertragsarzt angeforderten Ordinationsbedarfs, weil die Ordination zu den gemeldeten Ordinationszeiten geschlossen ist und der Vertragsarzt dies auf dem Bestellformular nicht vermerkt hat, hat er die Kosten des neuerlichen Zustellversuches zu tragen.

(7) Im Falle der schuldhaften Außerachtlassung der vorstehenden Vorschriften ist der Vertragsarzt zunächst darauf aufmerksam zu machen. Bei Streitigkeiten, insbesondere über einen allenfalls dem Versicherungsträger entstandenen Schaden, sind die Bestimmungen zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten (§ 34) anzuwenden.

§ 22
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation

Anträge auf Unterbringung in einer Rehabilitationseinrichtung oder Kuranstalt oder einem Genesungs- oder Erholungsheim sind auf den dafür bereit gestellten Vordrucken nur dann zu stellen, wenn dafür eine medizinische Indikation vorliegt.

§ 23
Feststellung und Meldung der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit

(1) Die Feststellung und **Meldung** der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten obliegt nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen dem behandelnden Vertragsarzt. Die Meldung hat **auf dem bundesweit vorgegebenen Übermittlungsweg (eAUM)** zu erfolgen. Allgemeine Fachärzte werden auf Antrag im Einvernehmen zwischen ÄKS und ÖGK von der Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung ausgenommen, wenn die Zahl ihrer Krankmeldungen (im Hinblick auf die Wartungskosten des Programmmoduls) unverhältnismäßig gering ist. Jedenfalls ausgenommen sind Radiologen und Fachärzte für Labordiagnostik (FG 50 bis 55). (Anmerkung: Vertragsärzte, an welche zur Einführung der eAUM zum 01.07.2011 der Einmalbetrag von € 380,00 ausbezahlt wurde, sind und bleiben ausnahmslos zur eAUM verpflichtet.)

(2) **Arbeitsunfähigkeit liegt vor**, wenn und solange der Versicherte **wegen einer Krankheit** nicht oder nur mit der Gefahr einer Verschlechterung seines Zustandes in der Lage ist, seine bisherige Erwerbstätigkeit ohne wesentliche Beeinträchtigung auszuüben.
Arbeitsunfähigkeit (infolge Krankheit im sozialrechtlichen Sinn) liegt nicht vor, wenn sie ihren Grund in der Vornahme von Behandlungen hat, die in der Regel keine Krankenbehandlung sind (z.B. kosmetische Behandlung, Schwangerschaftsabbruch, künstliche Befruchtung); eine Arbeitsunfähigkeit darf für solche Behandlungen daher nur dann gemäß

den nachfolgenden Bestimmungen bestätigt und gemeldet werden, wenn diese Behandlung entweder im Ausnahmefall zuvor vom Versicherungsträger als Krankenbehandlung anerkannt worden ist, oder zu einer unvorhergesehenen Erkrankung (im Sinne einer Komplikation) geführt hat.
Bestehen mehrere Beschäftigungsverhältnisse, ist die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit für jedes Beschäftigungsverhältnis gesondert vorzunehmen.
Anzugeben ist, wenn nach Einschätzung des Vertragsarztes die Arbeitsunfähigkeit wahrscheinlich Folge

- eines Arbeitsunfalles bzw. einer Berufskrankheit bzw. einer Dienstbeschädigung,
- eines Raufhandels,
- der Trunkenheit oder des Missbrauchs von Suchtgiften,
- einer Verletzung mit Beteiligung Dritter (z.B. Verkehrsunfall) ist.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse nach persönlicher Untersuchung durch den Vertragsarzt vorzunehmen. Soferne absehbar, ist auch das Ende der Arbeitsunfähigkeit in der Meldung bekannt zu geben. Im Einzelfall kann eine Ausgehzeit festgelegt werden. Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit die Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der ÖGK einholen. Besteht nach einer Anstaltspflege (§ 19) oder im Einzelfall mit besonderer Begründung nach einer Maßnahme gem. § 22 Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

(4) Die Feststellung und Meldung der Arbeitsunfähigkeit kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, an dem die Begutachtung durch den behandelnden Vertragsarzt erfolgte. Eine **rückwirkende Meldung der Arbeitsunfähigkeit** für mehr als einen Werktag steht nur dem Chef(Kontroll)arzt der ÖGK aufgrund eines begründeten Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes zu. Die Begründung hat insbesondere anzugeben, aus welchem Grund eine rechtzeitige Meldung nicht möglich war (zB Eintritt der Arbeitsunfähigkeit während des Urlaubes, Krankenhausaufenthalt, Versäumnis des Versicherten etc). Der Vertragsarzt hat in der Regel am gleichen Tag, an dem er die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an die ÖGK auszufertigen.

(5) 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 in der Erkrankung angemessenen Zeitabständen vorzustellen, damit dieser den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann. Um den Versicherten zur Wahrnehmung dieser Termine zu veranlassen, soll die Arbeitsunfähigkeit befristet bestätigt bzw. gemeldet werden. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist auf der Meldung dessen der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben. Die Verlängerung einer Arbeitsunfähigkeit nach bereits erfolgter Meldung der Arbeitsfähigkeit kann nur die ÖGK aufgrund eines begründeten Vorschlages des Vertragsarztes vornehmen.

(6) Die ÖGK ist berechtigt, durch ihren ärztlichen Dienst die Arbeitsfähigkeit des Versicherten unmittelbar festzustellen. Kommt die Prüfung des Gesundheitszustandes zum Ergebnis, dass im Gegensatz zur Feststellung des Vertragsarztes Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist der behandelnde Vertragsarzt darüber entsprechend zu informieren. Während des gleichen Krankheitsfalles ist eine Abänderung dieser Feststellung des VTrs durch den Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit dem ärztlichen Dienst der ÖGK möglich. Hat ein Vertragsarzt die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten festgestellt, beabsichtigt jedoch der ärztliche Dienst der ÖGK den Versicherten arbeitsunfähig zu erklären, so ist dem behandelnden Vertragsarzt vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Ist der behandelnde Vertragsarzt mit einer Entscheidung des ärztlichen Dienstes der ÖGK nicht einverstanden, ist er berechtigt, unter Anführung der medizinischen Gründe schriftlich Einspruch zu erheben. Der Versicherte hat sich mit diesem Einspruch unverzüglich beim Chefarzt bzw. dessen Stellvertreter vorzustellen, dem die endgültige Entscheidung zusteht.

§ 24
Auskünfte, Informationen und administrative Zusammenarbeit

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, auf der Grundlage seiner schriftlichen bzw. edv-technischen Dokumentation alle Auskünfte – auf Verlangen schriftlich (allenfalls durch Übermittlung lesbarer Ausdrucke oder Kopien oder elektronisch) – der ÖGK, zu erteilen, die dieser zur Erfüllung seiner gesetzlichen und vertraglichen Aufgaben benötigt, und zwar
   a) zu Fragen der Erkrankung, der Arbeitsunfähigkeit und dem erforderlichen Behandlungsumfang für die Anspruchsberechtigten an den ärztlichen Dienst und
   b) zu Fragen, die im Zusammenhang mit der Abrechnung stehen, an die zuständige Fachabteilung der ÖGK.

   Die ÖGK hat für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

(2) In medizinischen Angelegenheiten wird die ÖGK gegenüber dem Vertragsarzt bei Bedarf auch vom Medizinischen Dienst oder der Vertragspartnerkontrolle vertreten (durch Ärzt:innen in diesen Organisationseinheiten). Die Ärzte des Medizinischen Dienstes bzw. der Vertragspartnerkontrolle und der Vertragsarzt sind zur kollegialen Zusammenarbeit verpflichtet. Die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Vertragsarztes bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes und/oder der Vertragspartnerkontrolle sind daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

(3) Der Vertragsarzt teilt der ÖGK mit, wenn Anspruchsberechtigte, insbesondere solche, die als arbeitsunfähig gemeldet sind, beharrlich oder schwerwiegend den ärztlichen Anordnungen zuwider handeln oder sonst ein Verhalten zeigen, das ihre Wiederherstellung erschwert oder verzögert, die ihnen zumutbare Mitwirkung am Behandlungsprozess verweigern, obwohl sie zur Einsicht dieser und entsprechendem Verhalten fähig sind, oder offensichtlich ungerechtfertigt bzw. missbräuchlich Leistungen in Anspruch nehmen.

(4) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart ist. Die Muster der für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart. Der Vertragsarzt ist außerhalb von eKOS (siehe § 18 Abs 6) verpflichtet, Verordnungen, Überweisungen, Zuweisungen, etc. entsprechend den im Einvernehmen zwischen ÄKS und ÖGK festgelegten Vorlagen auf eigene Kosten selbst auszudrucken.

(5) Die ÖGK 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 der ÖGK entweder elektronisch oder kostenlos in Papier zur Verfügung gestellt. Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit seiner Unterschrift und mit einem Stempel zu versehen oder digital zu signieren. Steht ausnahmsweise der Stempel nicht zur Verfügung, sind der Name des Vertragsarztes in Blockschrift und die Ordinationsadresse anzubringen. (Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten gilt § 31a Abs. 2.)

(6) Die ÖGK hat alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Tätigkeit in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was die ÖGK, deren Leistungen und Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(7) Zur Erteilung von Auskünften, die die Krankenversicherung und deren Leistungen, nicht aber medizinische Angelegenheiten betreffen, sind die Anspruchsberechtigten an die ÖGK zu verweisen.

Abschnitt V
Honorierung und Abrechnung

§ 25
Allgemeines

(1) Die Honorierung und Abrechnung der Vertragsärzte erfolgt nach den Bestimmungen dieses Abschnittes sowie des **Honorartarif**es (**Anhang A zu § 25**) und der **Grundsätze der EDV-Abrechnung** (**Anhang B zu § 25**). Eine Leistungshonorierung erfolgt grundsätzlich nur, wenn zum Leistungsdatum eine positive online-Anspruchsprüfung zum entsprechenden Behandlungsfall dokumentiert ist (§ 12 Abs. 2). Ausnahmen gelten für nachträgliche Anspruchsprüfungen gem. § 13 Abs. 4 und für betreute Personen gem. § 15 Abs. 3 und Abs. 4, oder wenn die Leistung in Abwesenheit des Patienten erbracht wird (z.B. Laboruntersuchungen, Koordinationstätigkeit gemäß Pos. 385).

(2) Der Honorartarif unterscheidet zwischen Grundvergütungen, (pauschalen) Zuschlägen, Einzelleistungen und Wegegebühren im Bereitschaftsdienst, sowie nach folgenden Arztgruppen:
   a) Ärzte für Allgemeinmedizin;
   b) Allgemeine Fachärzte, das sind Vertragsärzte der Fachgebiete Augenheilkunde und Optometrie, Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Lungenkrankheiten, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie, Urologie, Neurochirurgie, Neurologie und Psychiatrie;
   c) Fachärzte für Physikalische Medizin;
   d) Ärzte der Fachgebiete Radiologie, Labordiagnostik (FG 50 bis 55).

   Die Tarife für Einzelleistungen sind entweder in Euro oder in Punkten ausgewiesen, die mit den aktuellen (hinsichtlich Leistungsarten unterschiedlichen) Punktwerten zu vervielfachen sind. Wegegebühren im Bereitschaftsdienst werden nach Doppelkilometern (entspricht einem Kilometer der Entfernung, die hin und retour zurückgelegt wird) honoriert.

(3) Die Verrechnung zahlreicher Leistungen ist von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Fachgruppe und/oder von bestimmten (Ausbildungs-)Voraussetzungen abhängig. Vertragsärzte, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, haben zur notwendigen Erbringung solcher Leistungen an die entsprechenden Vertragspartner zu verweisen. Soweit Leistungen Fachärzten vorbehalten sind, können sie von Ärzten für Allgemeinmedizin ausschließlich nur dann verrechnet werden, wenn es sich um einen Erste-Hilfe-Fall handelt und eine Leistungserbringung durch einen verrechnungsbefugten Leistungserbringer aus medizinischen und geografischen Gründen nicht möglich ist.
   Die Kasse ist berechtigt, im Sinne einer Versorgungsverbesserung Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die zugleich auch Fachärzte sind, für Einzelleistungen dieses Faches eine

Sonderverrechnungsbefugnis einzuräumen, wobei diese zur Sicherstellung ihres allgemeinmedizinischen Schwerpunktes und zur Wahrung des Ökonomiegebotes auch (mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des nächsten Halbjahres) kündbar und die Honorierung dieser Leistungen eng zu limitieren ist. Die ÄKS ist darüber zu informieren. In der Landeshauptstadt und in den Bezirkshauptstädten bedarf die Sonderverrechnungsbefugnis der Zustimmung der ÄKS.

(4) Für zahlreiche Leistungen sind im Honorartarif Limitierungs- bzw. Degressionsbestimmungen vorgesehen. Limitierungsregelungen knüpfen in der Regel an der Zahl der „Pauschalfälle“ (§ 26 Abs. 1) an. Sie beziehen sich grundsätzlich nicht auf ausländische Fremdkassenfälle (ausgenommen: Umsatzrabattregelung für Radiologen oder Verrechnungsregelungen für bestimmte Sonderleistungen, die nicht auf Pauschalfälle, sondern auf die Verrechnung anderer Leistungspositionen Bezug nehmen, sowie Pos. 055 bis Pos. 057).

(5) Leistungen des Honorartarifs, für deren Durchführung im Sinne des § 18 Abs. 5 die Bewilligung der ÖGK erforderlich ist, können grundsätzlich nur dann verrechnet werden, wenn die Bewilligung erteilt wurde und dies bei der Rechnungslegung nachgewiesen wird.

(6) Zur Sicherstellung vertragsärztlicher Erreichbarkeit durch Bereitschaftsdienst und Vertretung (§ 6) einschließlich der Fallhonorare gem. § 26 Abs. 2 sowie des Aufwandes für die bei der Abrechnung verzeichneten Pos. 051 (Vertretung in der eigenen Ordination) leistet die ÖGK der ÄKS ein jährliches Gesamthonorarvolumen (für 2025 € 8.598.745,53), aus dem die ÄKS die Bereitschaftsdiensthonorare (ausgenommen für die Stadt Salzburg, für die eine gesonderte Regelung gilt), die Fallhonorare und Honorare für die verzeichneten Pos. 051 direkt an die Vertragsärzte ausbezahlt. Ab 2026 wird dem Gesamthonorarvolumen jährlich 1,75 % der im jeweils vorangegangenen Jahr abgerechneten Honorarsumme des Fachgebiets 50 zugeführt.

Die ÄKS kann maximal 2,5 % dieses Gesamthonorarvolumens für Verwaltungs- und Organisationszwecke und grundsätzlich 10 % als Rücklage für außergewöhnliche Schwankungen vorsehen. Das Gesamthonorarvolumen wird von der ÖGK in vier gleichen Teilen geleistet und ist zum Monatsletzten der Monate April, Juli, Oktober desselben und Jänner des Folge-jahres zu zahlen. Die ÄKS übermittelt der ÖGK zu diesen Terminen die Dienst- und Vertretereinteilung des abgelaufenen Quartals, die ÖGK der ÄKS die Anzahl der Behandlungsfälle gem. § 26 Abs. 2 sowie die Anzahl der Pos. 051 des abgerechneten, vorangegangenen Quartals.
Zur Bewältigung der durch die COVID-19-Pandemie verursachten Mehrbelastungen ist die ÄKS berechtigt, für die Dauer von 3,5 Jahren bis zu 3% des Gesamthonorarvolumens für Verwaltungs- und Organisationszwecke zu verwenden.

Zur temporären Förderung (insbesondere Anschubfinanzierung) von Maßnahmen

- zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung in schlecht versorgten Gebieten des Bundeslandes (§ 116 Abs 3 ASVG),

- der erstmaligen Schaffung neuer Stellen in neuen Fächern oder Erprobung neuer Leistungen,
- zur Schaffung neuer Primärversorgungseinheiten,
- eines (insbesondere elektronisch unterstützten) patientenorientierten Terminmanagements,
- zur Beschleunigung von Strukturbereinigungen und -verbesserungen,
- sinnvoller Vorsorgeprojekte
- zur Abfederung individueller Härten, die aus gesamtvertraglichen Limitierungsregelungen angesichts wesentlich von den übrigen Vertragspartnern abweichender Sachverhalte entstehen
- zur Finanzierung von Maßnahmen, die zu einer Verhinderung/Reduktion von bestehenden bzw. künftig kurz-/langfristig entstehenden Vakanzen bei Vertragsarztstellen führen,
- für Investitionsabgeltungen an den/die bisherigen/bisherige Stelleninhaber/in für den Fall, dass eine im Stellenplan enthaltene Planstelle gestrichen oder trotz Ausschreibung nicht nachbesetzt werden kann.

wurde im Jahr 2020 bei der ÄKS ein Struktur- und Innovationstopf mit einem Volumen von € 4 Mio. eingerichtet. Er begründet keine Rechte Dritter (insbesondere der Vertragsärzte). Seine Gebarung, laufende Dotierung und allfällige Auflösung sind in Anhang C zu § 25 geregelt.

(7) entfällt.

(8) entfällt.

§ 26
Grundvergütung und Fallhonorar

(1) Eine **Grundvergütung** pro Patient und Quartal gebührt nur einem Vertragsarzt gem. § 25 Abs. 2 lit. a und b für Behandlungsfälle gem. § 14 Abs. 1 Z. 1, 2, 7 bis 9 (diese Fälle werden „**Pauschalfälle**“ genannt). Der Vertragsarzt kann die Grundvergütung in einem Quartal für einen Patienten nur einmal verrechnen. Die Honorierung der Grundvergütung entfällt für den die Sonderleistungen durchführenden Vertragsarzt bei Überweisungen nur zum Zwecke der Durchführung einer physikalischen Behandlung, einer Röntgen- oder Laboruntersuchung, eines EKGs oder eines EEGs und bei Zuweisungen (insbesondere innerhalb desselben Fachgebietes) für im Honorartarif ausdrücklich bestimmte Sonderleistungen.
Die Grundvergütung unterliegt im Sinne einer höheren Verteilungsgerechtigkeit zwischen kleinen und großen Praxen sowie zwischen den Fachgruppen einer Staffelung (siehe Honorartarif Pos. 001). Pauschalfälle betreffend Patienten ausländischer „Fremdkassen“ fallen nicht unter diese Staffelung; das Gleiche gilt für Mutter-Kind-Pass-Fälle, wenn im gleichen Quartal für diese keine anderen Sonderleistungen verrechnet werden. Für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen gebührt keine Grundvergütung.

(2) Für die Behandlungsfälle gem. § 14 Abs. 1 Z. 4 bis 6 (diese sind keine „Pauschalfälle“) honoriert die ÖGK die Einzelleistungen (mit Ausnahme der Pos. 051) und zahlt die ÄKS aus dem Gesamthonorarvolumen für Bereitschaftsdienst und Vertretung (§ 25 Abs. 6) den Vertragsärzten direkt ein Fallhonorar bzw. Honorar für die Pos. 051 aus. (Zu den weiteren Voraussetzungen siehe Abs. 4 bis 6.) Der Vertragsarzt kann für einen Patienten in einem Quartal höchstens ein Fallhonorar bzw. eine Pos. 051 verrechnen. Die ÖGK teilt nach Durchführung der Quartalsabrechnung der ÄKS die von jedem Vertragsarzt verrechneten Behandlungsfälle und Pos. 051 mit Tagesdatum mit; die Prüfung der Voraussetzungen für die Honorierung obliegt der ÄKS. Die Höhe des Fallhonorars und des Honorares für die Pos. 051 wird von der ÄKS autonom festgelegt.

(3) Schwierige, durch die Grundvergütung nicht abgegoltene und im Honorartarif nicht angeführte Leistungen werden im Einvernehmen mit der ÄKS bei Nachweis der dringlichen Notwendigkeit gesondert honoriert.

(4) Für den Behandlungsfall „Vertretung“ (eines anderen Vertragsarztes) gem. § 14 Abs. 1 Z. 4 gebührt ein Fallhonorar (Abs. 2). Für die Behandlung des Vertreters in der Ordination des Vertretenen, gebührt die Pos. 051 einmal pro Pauschalfall und Quartal und grundsätzlich nur in folgenden Fällen und Grenzen:

a) Urlaub/Fortbildung:
Für Vertragsärzte mit vereinbarten 5 Ordinationstagen pro Woche darf pro Kalenderjahr eine Vertretungshonorierung wegen Urlaubs oder Fortbildung das Ausmaß von 60 (bei Vertragsärzten mit wöchentlich 4 Ordinationstagen: 48) Ordinationstagen nicht überschreiten. Eine Vertretungshonorierung setzt außerdem voraus, dass der Vertragsarzt der ÄKS den Vertretungsfall vor Urlaubsantritt unter Bekanntgabe des Vertreters mitteilt. Der Vertragsarzt hat für Fortbildungen auf Verlangen von ÄKS oder ÖGK entsprechende Nachweise beizubringen.

b) Arbeitsunfähigkeit:
Eine Honorierung der Vertretung ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit kann nur dann erfolgen, wenn die Arbeitsunfähigkeit binnen 3 Tagen der ÄKS gemeldet wird. Bei späterer Meldung erfolgt eine Vertretungshonorierung erst ab dem auf das Einlangen folgenden Tag. Verlangen ÄKS oder ÖGK eine Bestätigung eines Amtsarztes über Ursache und Dauer der Arbeitsunfähigkeit und legt der Vertragsarzt diese nicht innerhalb von 3 Tagen vor, besteht für die Dauer der Säumnis kein Anspruch auf Honorierung der Vertretung. Ein Anspruch besteht jedenfalls nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit auf einen den Tatbeständen der §§ 88 Abs. 1 und 142 Abs. 1 ASVG entsprechenden Grund zurückzuführen ist. Das Höchstausmaß einer Vertretungshonorierung wegen Arbeitsunfähigkeit darf 13 Wochen innerhalb eines Kalenderjahres nicht überschreiten.

c) Mutterschaft:
Eine Honorierung der Vertretung gebührt einer Vertragsärztin längstens für die Dauer der letzten 8 Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und längstens 8 (bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten und Kaiserschnittentbindungen 12) Wochen nach der Entbindung. Die Vertragsärztin hat der ÄKS den Beginn der mutterschaftsbedingten Vertretung und durch Vorlage der Geburtsurkunde den Entbin-

dungstag sowie gegebenenfalls die Voraussetzungen einer 8 Wochen übersteigenden Vertretung nach der Entbindung durch Vorlage einer geburtshilflichen Bestätigung nachzuweisen.

d) Die ÄKS ist ermächtigt, in besonderen Einzelfällen, in denen nachgewiesene wichtige persönliche Pflichten oder unabwendbare Ereignisse den Vertragsarzt an seiner Tätigkeit hindern, über die oben geregelten Gründe hinaus für längstens 5 Ordinationstage pro Kalenderjahr eine honorierte Vertretung zu genehmigen. (Wird von dieser Ermächtigung übermäßig Gebrauch gemacht, kann die ÖGK mit eingeschriebenem Brief für die Zukunft wieder die Herstellung des Einvernehmens verlangen.)

e) Um einen Anreiz zur Vertretung in weniger attraktiven Regionen zu setzen, kann der Tarif und die Verrechenbarkeit (Anzahl der Tage) der Pos. 051 für bestimmte Regionen verdoppelt werden. Die Regionen sind zwischen ÄKS und ÖGK gemeinsam zu definieren. Zusätzlich wird die Verrechnung der Pos. 051 auch für strukturierte Kooperationen (Anstellung Arzt bei Arzt und befristete Teilung und Übergabepraxis) analog zu den Einzelordinationen bzw. Gruppenpraxen geöffnet. Der hierdurch entstehende Mehraufwand wird im Rahmen des Volumens gem. § 25 Abs. 6 finanziert. Sollten die finanziellen Mittel aus dem Gesamthonorarvolumen für diese Maßnahmen nicht mehr ausreichen, ist die ÄKS berechtigt, diese Maßnahmen auszusetzen.

Bei der Abrechnung ist der vertretene Vertragsarzt anzugeben. Hat ein Vertragsarzt, obwohl er nur als Vertreter in Anspruch genommen wurde, unberechtigt einen Regelfall (§ 14 Abs. 1 Z. 1) abgebucht und nimmt der Patient danach den Vertretenen in Anspruch, ist der zuerst in Anspruch genommene Vertragsarzt verpflichtet, den Behandlungsfall zu berichtigen (§ 14 Abs. 2). Verweigert er dies, kann der später in Anspruch genommene Vertragsarzt hilfsweise den Behandlungsfall „Vertretung“ (§ 14 Abs. 1 Z. 4) abbuchen und hat bei der Abrechnung im Begründungsfeld „nach Vertretung durch … [Erstbehandler]“ anzugeben.
Um einen Anreiz zur Vertretung in weniger attraktiven Regionen zu setzen, kann der Tarif und die Verrechenbarkeit (Anzahl der Tage) der Pos. 051 für bestimmte Regionen verdoppelt werden. Die Regionen sind zwischen ÄKS und ÖGK gemeinsam zu definieren. Zusätzlich wird die Verrechnung der Pos. 051 auch für strukturierte Kooperationen (Anstellung Arzt bei Arzt und befristete Teilung und Übergabepraxis) analog zu den Einzelordinationen bzw. Gruppenpraxen geöffnet. Der hierdurch entstehende Mehraufwand wird im Rahmen des Volumens gem. § 25 Abs. 6 finanziert. Sollten die finanziellen Mittel aus dem Gesamthonorarvolumen für diese Maßnahmen nicht mehr ausreichen, ist die ÄKS berechtigt, diese Maßnahmen auszusetzen.

(5) Ein Fallhonorar für den Behandlungsfall „Nichterreichbarkeit Erstbehandler“ oder „Erste Hilfe“ (§ 14 Abs. 1 Z. 5) erfordert die Angabe des nicht erreichbaren Vertragsarztes und die Begründung der Dringlichkeit.

(6) Nimmt ein Patient nach dem Bereitschaftsdienst denselben Vertragsarzt mit einem Pauschalfall (Abs. 1) in Anspruch, hat der Vertragsarzt bei der Abrechnung den Behandlungsfall „Bereitschaftsdienst“ in den entsprechenden Pauschalfall umzuwandeln. Wird ein Vertragsarzt in einem Quartal sowohl im Bereitschaftsdienst als auch als Vertreter (Abs. 4)

oder wegen Nichterreichbarkeit Erstbehandler bzw. Erster Hilfe (Abs. 5) in Anspruch genommen, ist bei der Abrechnung der Behandlungsfall „Bereitschaft“ in den entsprechenden Behandlungsfall gem. Abs. 4 oder 5 umzuwandeln.

(7) Pro Patient und Quartal gebührt einem Vertragsarzt höchstens eine Grundvergütung oder ein Fallhonorar.

(8) Im Rahmen eines Pilotversuchs werden für den Zeitraum vom 01.01.2025 bis 31.12.2030 Abweichungen bei der Honorierung der Grundvergütung gemäß den Vorgaben des Anhanges A vereinbart.

§ 27
Aufwandsbegrenzung und Honoraranpassung für Visiten

Der jährliche Gesamtaufwand für sämtliche Visiten (Pos. 022, 023, 061 bis 068, MVisA, PVis,PVisH, MVisP) der Vertragsärzte/-gruppenpraxen und -PVE, die für ÖGK-Patient:innen erbracht werden, wird mit € 8.149.032,51 (vorläufiger Stand 2026, bei Annahme einer Beitragseinnahmensteigerung von 4,30 %) begrenzt. Nicht ausgeschöpfte Beträge und Überschreitungen sowie Salden aus den Vorjahren werden in das nächste Kalenderjahr fortgeschrieben. Bei einer Deckelüberschreitung werden die Tarife so lange eingefroren, bis der Gesamtaufwand wieder eine Tarifanhebung ermöglicht. Wird der Gesamtaufwand nicht ausgeschöpft, erfolgt eine Anhebung von Limits und/oder Tarifen, sofern die Vertragsparteien nichts anderes vereinbaren. Nicht verbrauchte Mittel aus 2025 und 2026 werden in das Gesamthonorarvolumen gem. § 25 Abs. 6 GV übergeführt.

§ 28
Mehrfachversicherung, Versicherungswechsel

(1) Bei Mehrfachversicherung (§ 14 Abs. 3 lit. a) dürfen die in einem Abrechnungszeitraum erbrachten Vertragsleistungen nur mit jenem Versicherungsträger abgerechnet werden, der im e-card-System zuerst ausgewählt wurde.

(2) Wird von oder zu einem bundesweiten („Sonder“-)Versicherungsträger gewechselt, sind alle Leistungen, die nach dem Zuständigkeitsübergang erbracht wurden, mit dem zuständig gewordenen VTr zu verrechnen.

§ 29
Sonderbestimmung für Übergabepraxis

Hinsichtlich der Honorarabrechnung gelten für die Tätigkeit beider Ärzte einer Übergabepraxis (§ 5) alle Honorierungsbestimmungen, wie sie für einen Einzelvertrag zur Anwendung kommen (Pauschalfallstaffelung, Limitierung, etc.), jedoch mit folgenden Besonderheiten:

a) Befindet sich ein Patient im selben Quartal auch in wahlärztlicher Behandlung des Nachfolgers, dürfen für diesen Patienten vom ausscheidenden Vertragsarzt keine Vertragsleistungen abgerechnet und umgekehrt vom Nachfolger 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).
b) Entfällt.

§ 30
Wertanpassungen

(1) Das Gesamthonorarvolumen gemäß § 25 Abs 6, der Gesamtaufwand gemäß § 27 und das Administrationspauschale gemäß § 7 Abs 6 werden analog der Entwicklung der Beitragseinnahmen der ÖGK im Bundesland Salzburg verändert. Hat in einem der Vergleichsjahre eine Beitragserhöhung und/oder außerordentliche Beitragsgrundlagenänderung (z.B. außerordentliche Anhebung oder Wegfall der Höchstbeitragsgrundlage, Einbeziehung von Zusatzpensionen, Beitragspflicht für Angehörige) stattgefunden, sind diese aus den zu vergleichenden Jahres-Beitragseinnahmen herauszurechnen. Kann im Hinblick auf eine besondere Kompliziertheit des Sachverhaltes oder wegen Nichtverfügbarkeit eines auswertbaren Datenmaterials im Einzelfall eine hinreichend genaue Herausrechnung mit zumutbarem Aufwand nicht erfolgen, ist für die Anhebung der oben angeführten Bestandteile im Verhandlungswege eine einvernehmliche Regelung zu treffen, falls eine solche nicht zustande kommt, diese durch die Landesschiedskommission festzusetzen.

(2) Für alle Pauschal- und Einzelleistungstarife des Honorartarifs, die nicht unter die Regelung des Abs. 1 oder der Vorsorge- und Mutter-Kind-Pass-Gesamtverträge fallen, erfolgt (ab 2012), soferne keinerlei Honorarregelung für ein Kalenderjahr getroffen wird und die ÄKS es verlangt, für dieses Kalenderjahr eine Tarifanpassung nach Maßgabe von jährlichem Grundfaktor und Tarifanpassungsfaktor aufgrund folgender Berechnung:

1. Die Berechnung des Grundfaktors erfolgt auf Grundlage der Berechnungsmethode wie sie in der Vereinbarung vom 29. Juli 1991, abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Namen und namens der Ärztekammer für Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg und Tirol einerseits und dem Dachverbandder österreichischen Sozialversicherungsträger im eigenen Namen und namens der § 2-Krankenversicherungsträger in den Bundesländern Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg und Tirol andererseits vereinbart wurde.

   Der jährliche Grundfaktor wird von der ÖGK mit der Formel

$$F = \frac{B1}{B2}$$

   errechnet.

   Hierbei bedeutet:

a) „F“ jenen Grundfaktor, mit dem die abgerechnete Honorarsumme eines Jahres zu vervielfältigen ist, um die Honorarsumme des darauf folgenden Jahres zu berechnen. Der Grundfaktor ist auf vier Dezimalstellen zu errechnen.
b) „B1“ die durchschnittliche Beitragsgrundlage aufgrund der Lohnstufeneinreihung aller Versicherten des dem Anwendungsjahr des Grundfaktors vorangegangenen Kalenderjahres.
c) „B2“ die durchschnittliche Beitragsgrundlage aufgrund der Lohnstufeneinreihung aller Versicherten des dem Anwendungsjahr des Grundfaktors zweitvorangegangenen Kalenderjahres.
d) Bei der Berechnung der Beitragsgrundlagen „B1“ und „B2“ ist als Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung die des zweitvorangegangenen Kalenderjahres heranzuziehen.
e) Die Lohnstufeneinreihung der Versicherten ist aufgrund des Datenmaterials der Versicherungsdatei des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger vorzunehmen.

1.1 Wird die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung erhöht, dann ist die neue Höchstbeitragsgrundlage erst von jenem Zeitpunkt an den Berechnungen zugrunde zu legen, an dem für das vorangegangene und zweitvorangegangene Kalenderjahr die statistischen Unterlagen aufgrund der neuen Höchstbeitragsgrundlage vorliegen.

1.2 Der Grundfaktor ist vom Dachverband der Sozialversicherungsträger zu errechnen und den Landesstellen der ÖGK bekannt zu geben. Die ÖGK wird den Grundfaktor den Ärztekammern bis spätestens 1. Juli des Anwendungsjahres des Grundfaktors bekannt geben.

1.3 Der Dachverband der Sozialversicherungsträger wird der Österreichischen Ärztekammer alle für die Berechnung des Grundfaktors erforderlichen Auskünfte erteilen und auf deren Wunsch Einsicht in die für die Berechnung des Grundfaktors notwendigen Unterlagen gewähren.

2. Ermittlung des Tarifanpassungsfaktors/Indexierung:

2.1 Der Grundfaktor reduziert sich um höchstens 40 % nach Maßgabe folgender Einflussgrößen:
- prozentuelle Steigerung der Beitragseinnahmen der Salzburger Gebietskrankenkasse vom zweitvorangegangenen auf das vorangegangene Kalenderjahr;
- prozentuelle Steigerung der Vertragshonorarsummen der ÖGK-S (ohne Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Leistungen des Abschnitts XIV Anhang A zu § 25, Sonderleistungen der Primärversorgungseinheiten, die vom erweiterten Team erbracht werden sowie Honorarbestandteilte, die einer fixierten Valorisierungsregelung unterliegen) des zweitvorangegangenen auf das vorangegangene Kalenderjahr.

Die Vertragshonorarsummen der beiden Kalenderjahre sind zur Herstellung der Vergleichbarkeit für die Berechnung um folgende Aufwendungen zu reduzieren:
- für besetzte neue Planstellen;
- für neu aufgenommene Leistungen.

Die Beitragseinnahmen der beiden Kalenderjahre sind zur Herstellung der Vergleichbarkeit für die Berechnung um folgende Faktoren zu korrigieren:
- um gesetzliche Beitragserhöhungen;
- um außerordentliche Anhebungen der Höchstbeitragsgrundlage.

2.2 Der Tarifanpassungsfaktor für das betreffende Jahr wird wie folgt ermittelt:

- Liegt die bereinigte prozentuelle Beitragseinnahmensteigerung über der bereinigten prozentuellen Vertragshonorarsummensteigerung und ist die Differenz zwischen der prozentuellen Beitragseinnahmensteigerung und der Vertragshonorarsummensteigerung höher als oder gleich wie der Grundfaktor, steht der Grundfaktor zu.

- Ist die Differenz zwischen den Prozentsätzen der Beitragseinnahmensteigerung und der Vertragshonorarsummensteigerung höher als 60 % des Grundfaktors aber kleiner als der Grundfaktor, so steht der konkrete Differenzprozentsatz als Tarifanpassungsfaktor zu.

- Ist die Differenz zwischen den Prozentsätzen der Beitragseinnahmensteigerung und der Vertragshonorarsummensteigerung kleiner als 60 % des Grundfaktors oder ist die prozentuelle Steigerung der Vertragshonorarsumme höher als die prozentuelle Steigerung der Beitragseinnahmen, stehen jedenfalls 60 % des Grundfaktors als Tarifanpassungsfaktor zu.

2.3 Der Tarifanpassungsfaktor ist auf vier Dezimalstellen zu errechnen.

(3) Die ÖGK gibt der ÄKS die Beitragseinnahmenerhöhungen gemäß Abs. 1 und 2 bekannt.

§ 31
Rechnungslegung

(1) Die Honorarabrechnung der im abgelaufenen Quartal durchgeführten Behandlungen und Leistungen ist vom Vertragsarzt bis spätestens am 15. des dem Quartalsende folgenden Monats der ÖGK über Datenfernübertragung (übergangsweise noch auf Diskette) zu übermitteln. Zugleich sind, insoweit § 31a nichts Abweichendes bestimmt, der ÖGK folgende Unterlagen vorzulegen:

- (histologische) Befunde, soweit diese nach dem Honorartarif als Begründung der Verrechnung vorgesehen sind,
- eingeholte Bewilligungen gem. § 25 Abs. 5,
- e-card-Ersatzbelege (Anhang C zu § 15),
- Patienten-Bestätigung (Anhang A zu § 15),
- Überweisungs- und Zuweisungsscheine,
- Datenbegleitliste mit Summenaufstellung,
- Sämtliche in der EDV-Abrechnung nicht erfassbare, nach den Bestimmungen des Honorartarifes erforderliche abrechnungsrelevante Daten.

Diese Unterlagen müssen jedenfalls einen Vertragsarztstempel aufweisen.
(Hinweis: Überdies sind die Dokumentationen für die Vorsorgeuntersuchung nämlich: Befundblatt Allgemeines Programm, Dokumentationsblatt Mammographie, Dokumentationsblatt PAP-Abstrich [sobald die elektronische Übermittlung auch technisch möglich ist – Zeitpunkt derzeit noch nicht bekannt] und Befundblatt Koloskopie auf dem vorgesehenen elektronischen Weg zu übermitteln, in anderen Fällen mit den übrigen Unterlagen vorzulegen.)

(2) Die Voraussetzungen und näheren Bestimmungen der EDV-Rechnungslegung sind im Anhang B zu § 25 geregelt. Die Datensätze und sonstigen Unterlagen sind nach ÖGK sowie ausländischen „Fremdkassen“ und danach alphabetisch nach Patientennamen zu sortieren. Der Vertragsarzt haftet dafür, dass die verrechneten Leistungen mit den erbrachten Leistungen übereinstimmen sowie für die Richtigkeit der zur Verrechnung abgesandten ärztlichen Daten und Abrechnungsdaten.

(3) Übermittelt der Vertragsarzt ohne triftige Begründung seine Abrechnung später als einen Monat nach Ablauf des Vorlagetermins gem. Abs. 1, kann die ÖGK die Honorarvorauszahlung gem. § 32 Abs. 1 bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Für länger als drei Jahre zurückliegende Leistungen erfolgt keinesfalls eine Honorierung. Verspätet eingelangte Abrechnungen können von der ÖGK auch erst im Zuge der nächstfolgenden Quartalsabrechnung bearbeitet werden. Die wiederholte, erheblich verspätete (Überschreitung des Vorlagetermines um mehr als drei Wochen) Vorlage von Abrechnungen ohne triftigen Grund stellt einen Vertragsverstoß dar und kann nach dreimaliger schriftlicher (eingeschriebener) Verwarnung zur Vertragskündigung führen.

(4) Pro Abrechnungszeitraum (Quartal) ist nur die Übermittlung einer kompletten Abrechnung gem. Abs. 1 zulässig. Eine Nachverrechnung einzelner Leistungspositionen aus Behandlungsfällen, die bereits in einem früheren Quartal abgerechnet wurden, ist in begründeten Ausnahmefällen nur bis spätestens zum Abrechnungstermin des 4. auf das Quartal der Leistungserbringung folgenden Quartals zulässig und erfordert eine Auflistung der Patientendaten (Zuname, Vorname und Versicherungsnummer), des jeweiligen Behandlungsdatums, der betreffenden Leistungsposition samt allenfalls dazu gem. Honorartarif notwendiger Begründung bzw. Befundbeilage.

(5) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechsmonate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für die ÖGK mit dem Einlangen der Honorarabrechnung und betrifft Mängel, die aus der Abrechnung erkennbar sind. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung der ÖGK nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verordnung bei der ÖGK zulässig.

(6) Im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst eingeteilte Nichtvertragsärzte haben ihre Honorarabrechnung (Einzelleistungen gemäß den Bestimmungen des Honorartarifs) entsprechend den vorstehenden Bestimmungen einzureichen.

(7) Der Vertragsarzt und der im Bereitschaftsdienst eingeteilte Nichtvertragsarzt wird allenfalls (auch durch einen Vertreter in der eigenen Ordination erbrachte) ärztliche Leistungen im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung seiner eigenen Person nicht verrechnen. Ärztliche Leistungen für Ehegatten, eingetragene Partner, Lebensgefährten, Kinder, Enkel und Eltern, soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben bzw. denselben Hauptwohnsitz gemeldet haben, sind nur dann verrechenbar, wenn diese Personen aufgrund Erwerbstätigkeit bzw. eines Pensionsanspruches selbst bei der ÖGK pflichtversichert bzw. krankenversichert sind. Visiten für alle genannten Personen sind jedenfalls nicht verrechenbar. Der Vertragsarzt ist jedoch zur Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln für Rechnung der ÖGK in allen Fällen berechtigt. Dasselbe gilt für die Person und die entsprechenden Angehörigen des Praxisnachfolgers einer Übergabepraxis, des Vertreters in einer „Jobsharing-Praxis“ und eines angestellten Arztes, auch bei Behandlung durch den jeweils anderen Arzt.

§ 31a
administrative Erleichterungen

ÖGK und ÄKS vereinbaren folgende

(1) administrative Erleichterung für die Vertragsärzte:

a) Es wird grundsätzlich auf die Ausstellung der („Admin-Karte“-)Bestätigungen Anhang A zu § 15 verzichtet, jedoch mit folgenden Einschränkungen:
Die ÖGK ist berechtigt, von Vertragsärzten, die eine auffällig hohe bzw. steigende Zahl von Admin-Karten-Anspruchsprüfungen aufweisen, ab dem der Zustellung der Aufforderung nächstfolgenden Quartalsbeginn wieder die Ausstellung und Vorlage der Bestätigungen zu verlangen.
Die ÖGK ist berechtigt, bei einem signifikanten generellen Ansteigen der Admin-Karten-Anspruchsprüfungen mit eingeschriebenem Brief an die ÄKS (unter Einhaltung einer zumindest 3monatigen Frist) die Aufhebung der Verpflichtung ab Beginn des nächsten Halbjahres für alle Vertragsärzte zu widerrufen.
Besteht eine Verpflichtung zur Ausstellung, genügt die Vorlage einer Bestätigung pro Patient und Quartal.

b) Es wird grundsätzlich auf die generelle Vorlage der histologischen Befunde für Leistungspositionen der Operationsgruppe I verzichtet. Die ÖGK bleibt aber berechtigt, von

Vertragsärzten für bestimmte Abrechnungszeiträume zu Prüfzwecken, oder im Falle von Meinungsverschiedenheiten über die Verrechnung operativer Leistungspositionen bzw. des Verdachtes der Unzweckmäßigkeit oder Unwirtschaftlichkeit von Operationen die Vorlage der histologischen Befunde entsprechend den Bestimmungen der Honorarordnung zu verlangen.

c) Mit Ausnahme von Zuweisungen zu Fachärzten der „technischen Fächer“ (§ 25 Abs. 2 lit d) wird auf die zwingende Vorlage der Überweisungs- bzw. Zuweisungsscheine verzichtet. Davon unberührt bleibt die Anforderung dieser Scheine in Einzelfällen (bzw. bei Schwerpunktprüfungen für bestimmte Quartale).
   Die Vertragsärzte (Gruppenpraxen) für Labordiagnostik (FG 50 bis 55) sowie die Vertragsärzte (gegebenenfalls Gruppenpraxen) für Radiologie sind berechtigt, die Überweisungsscheine gemeinsam mit der Abrechnung in gescannter Form auf Datenträger zu übermitteln. Der Scan wird als gemeinsame Grundlage der Verrechnung anerkannt (die Überweisungsscheine sind in Papierform nicht weiter aufzubewahren). Sollte der Scan aufgrund schlechter Qualität (Auflösung) unleserlich sein, haben die oben angeführten Vertragsärzte (Gruppenpraxen) auf Anforderung der ÖGK ein leserliches Exemplar nachzureichen. Schlecht oder nicht lesbare handschriftliche Anmerkungen des zuweisenden Arztes sind von diesem auf Verlangen der ÖGK leserlich nachzureichen.
d) Es wird auf die generelle Vorlage der Chefarztbewilligungen für die Verrechnung der Pos. 436 und 476 im Zuge der Honorarabrechnung verzichtet. Die ÖGK kann deren Vorlage jedoch von einzelnen Vertragsärzten (mit auffälliger Verrechnungshäufigkeit) weiterhin verlangen.
e) Die Vorlage der Positionsaufstellung (Summenaufstellung) kann – mit Ausnahme bei Fachärzten für medizinisch chemische Labordiagnostik – entfallen.
f) Sofern lediglich eine Pos. 062 oder 063 (Visiten in Alters- und Pflegeheimen; somit im Rahmen des Gesamtaufwandes gem. § 27 Abs. 2) verrechnet wird, zumindest eine online-Anspruchsprüfung im Quartal erfolgte und keine GINA-Box vor Ort zur Verfügung steht, wird für Patienten, bei denen bereits eine Rezeptgebührenbefreiung vorliegt, auf die Nacherfassung jeder Konsultation (§ 13 Abs. 3) verzichtet.

(2) Systematik für die Diagnoseangabe bei der Abrechnung:
An erster Stelle wird (werden) die für die konkrete Quartalsabrechnung aktuelle(n) Diagnose(n) und erst anschließend die behandlungskausale(n) Diagnose(n) angegeben. Diagnosen aus länger zurückliegenden Abrechnungsquartalen, die für die Behandlung bzw. die konkrete Quartalsabrechnung ohne Relevanz sind, sollen nicht angeführt werden.

§ 32
Akontierung; Restzahlung; vorläufige Zahlung

(1) Die ÖGK leistet zum Monatsende vorläufige Zahlungen (Akontierungen) und zwar für den ersten Monat eines Quartals 25 %, den zweiten Monat 37,5 % und den dritten Monat 16 % des voraussichtlichen Honorares. (Berechnungsgrundlage ist das ausbezahlte Honorar des entsprechenden Quartals des Vorjahres; bei neuen Einzelverträgen wird auf die Zahl der im abgelaufenen Monat angefallenen Behandlungsfälle Bezug genommen.)

(2) Die Auszahlung des nach Berücksichtigung der gem. Abs. 1 geleisteten Akontierungen, des Abzugs der der ÄKS abzuführenden Kammerbeiträge und -umlagen sowie allfälliger sonstiger Einbehalte verbleibenden Honorares erfolgt zum 15. des vierten Monats nach dem Ende des fristgerecht abgerechneten Quartals.

(3) Wird von der ÖGK eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil bei aufrechtem (ungekündigtem) Einzelvertrag 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.

(4) Die Honorarzahlungen werden von der ÖGK auf das vom Vertragsarzt schriftlich bekannt gegebene Bankkonto geleistet.

(5) Für den Fall der Mutterschaft einer Vertragsärztin werden Abweichungen von den Bestimmungen über die Akontierung vorgesehen. Anstelle der Akontierung wird für den maßgeblichen Zeitraum eine Unterstützungsleistung nach Maßgabe des Anhanges A zu § 32 gewährt.

§ 33
entfällt

Abschnitt VI

§ 34
Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten

(1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und der ÖGK sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hiebei wird die ÖGK, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch Ärzte des Medizinischen Dienstes oder durch Ärzte der Vertragspartnerkontrolle vertreten (§ 24). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

(2) Der Schlichtungausschuss besteht aus je einem ärztlichen und einem rechtskundigen Vertreter der ÄKS und der ÖGK. Der beteiligte Vertragsarzt ist zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung einzuladen.

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

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

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

Abschnitt VII

§ 35
Inkrafttreten; Verzeichnis der Anhänge

(1) Dieser Gesamtvertrag mit seinen Anhängen tritt am 01.01.2011 in Kraft und an die Stelle des Gesamtvertrages vom 31.10.1956 und seiner Anhänge sowie der davor abgeschlossenen gesamtvertraglichen (Zusatz)Vereinbarungen.

(2) Im Falle technischer Änderungen oder wesentlicher Veränderungen der Rechtslage (z.B. Einführung des elektronischen Rezeptes, Aufkündigung der gesamtvertraglichen Vereinbarung zwischen ÖÄK und Hauptverband über die e-card) ist der Gesamtvertrag anzupassen und sind bis dahin die geltenden Bestimmungen sinngemäß anzuwenden.

(3) Diese Neufassung des Gesamtvertrages ist auf alle am 31.12.2010 bestehenden Einzelverträge (§ 8) anzuwenden.

(4) Verzeichnis der Anhänge:

zu §		**Anhang**
3	A	Örtliche Verteilung Ärzte für Allgemeinmedizin (inkl. GP und PVE)
	B	Örtliche Verteilung Fachärzte und fachärztliche Gruppenpraxen
4	A	Reihungsrichtlinien
6	A	Bereitschaftsdienstregelung für die Stadt Salzburg
	B	Bereitschaftsdienstregelung außerhalb der Stadt Salzburg
6a	A	Nachzahlung für Mehrbelastung durch vakante Planstellen
8	A	Muster-Einzelvertrag
10	A	Befristete Teilung einer Vertragsstelle
12	A	Technische Beilage e-card
15	A	Patienten-Bestätigung
	B	Muster-Erklärung
	C	e-card-Ersatzbeleg
	D	EKVK-Erklärungen
16	A	Auf die Anstellung von Ärzten anzuwendende Rechtsvorschriften
17	A	Honorierung telemedizinischer Leistungen für Ärzte für AM und FÄ
25	A	Honorartarif
	B	Grundsätze der EDV-Rechnungslegung
	C	Struktur- und Innovationstopf
26	A	Anpassung Grundvergütungsstaffel bei erweiterten Öffnungszeiten
32	A	Unterstützungsleistung bei Mutterschaft
35	B	Vereinbarung über die Treueprämie
		Gesamtvertrag über die vertragliche Tätigkeit von Gruppenpraxen
		Gesamtvertrag über die vertragliche Tätigkeit von Gruppenpraxen technischer Fächer

Salzburg, Wien, am _____

ÄRZTEKAMMER FÜR SALZBURG

Der Präsident: Obmann der Kurie

der niedergelassenen Ärzte:

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

SALZBURGER GEBIETSKRANKENKASSE
auch in Vollmacht für die übrigen § 2-Krankenversicherungsträger

Der Obmann:



Der Direktor: