

G E S A M T V E R T R A G

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese andererseits.

GESAMTVERTRAG

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

Grundlagen

§ 1

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG), BGBl. Nr. 189, sowie gemäß § 38 Abs. 2 Z 8 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373, in der geltenden Fassung, zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden unter der Bezeichnung "Anspruchsberechtigte" zusammengefasst) abgeschlossen.

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

Geltungsbereich

§ 2

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

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3

Betriebskrankenkasse Mondl,
3363 Ulmerfeld-Hausmending, Theresienthalstraße 50

Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
1031 Wien, Ghegastraße 1

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsärzte

§ 3

(1) Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in einem Anhang zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt. Mit 30. September 2014 gelten die in diesem Anhang dargestellten Planstellen als vereinbart (Stellenplan). Künftige Änderungen des Stellenplans erfolgen durch Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich (Kurie der niedergelassenen Ärzte) und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse. *Der geänderte Stellenplan ist im Internet zu verlautbaren.*

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

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

Ausschreibung freier Vertragsarztstellen

§ 4

(1) Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen mit der Kammer vom Versicherungsträger in der nächsten Nummer der Mitteilungen der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren.

(2) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.

Auswahl der Vertragsärzte

§ 5

(1) Für die Neu- und Nachbesetzung von freien Planstellen einschließlich Ausschreibungs- und Bewerbungsverfahren ist die gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragsärztinnen/-ärzte (Niederlassungsrichtlinien) anzuwenden.

(2) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte von einem der in § 2 genannten Versicherungsträger dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte dieser Versicherungsträger sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte und dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihres Versicherungsträgers sein. Dies gilt auch für nicht angestellte Kontrollärzte. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

Einzelvertragsverhältnis

§ 6

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

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

(3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.

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

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

Abschluss des Einzelvertrages

§ 7

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

(2) Der Versicherungsträger hat dem Arzt den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl (§ 5 Abs. 1) oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.

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

Wechsel der Ordinationsstätte

§ 8

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt der Kammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die paritätische Schiedskommission.

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

Stellvertretung

§ 9

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

nommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenen zugemutet werden kann.

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

Ärztliche Behandlung

§ 10

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

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

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

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

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

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

Behandlung in der Ordination

§ 11

(1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen. Getrennte Wartezimmer (und unterschiedliche Ordinationszeiten) für Kassen- und Privatpatienten sowie die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten sind unzulässig.

(2) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Ordinationszeiten, sofern dieser dagegen keinen Einspruch erhebt. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die paritätische Schiedskommission.

(3) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie z. B. bei Erste-Hilfe-Leistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

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

Krankenbesuch

§ 12

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

(2) Für den praktischen Vertragsarzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächsterreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5000 Einwohner gelten grundsätzlich alle praktischen Vertragsärzte als nächsterreichbar. In Orten mit mehr als 5000 Einwohnern ist der praktische Vertragsarzt in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von 1 km - gerechnet von seiner Ordinationsstätte - zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächsterreichbarer Vertragsarzt in Anspruch genommen wird.

(3) Für den Vertragsfacharzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgehfähig ist und am Niederlassungsort des Vertragsfacharztes oder innerhalb eines Umkreises von 5 km - gerechnet von der Ordinationsstätte - wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt als nächsterreichbarer Facharzt berufen wird.

(4) Für die Landeshauptstadt sowie für bestimmte Gemeinden kann im Anhang zu diesem Gesamtvertrag zwischen den Vertragsparteien eine Sonderregelung über die Verpflichtung des Vertragsarztes zu Krankenbesuchen vereinbart werden.

(5) Ein zu einem Krankenbesuch nicht verpflichteter Vertragsarzt ist berechtigt, dem Versicherungsträger den Krankenbesuch einschließlich jener Wegegebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren kann der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.

(6) Die Vertragsparteien können im Anhang zu diesem Gesamtvertrag weitere Bestimmungen über die Verpflichtung zu Krankenbesuchen vereinbaren.

Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten

§ 13

(1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Der Vertragsfacharzt soll Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem praktischen Vertragsarzt überweisen. Diesem ist hierbei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

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

Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

§ 14

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

(2) Der Versicherungsträger darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in kaseneigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

Nachweis der Anspruchsberechtigung

§ 15

(1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Hilfe unaufgefordert die e-card vorzulegen bzw. im Falle der Nichtvorlage der e-card ihre Sozialversicherungsnummer zum Zwecke der Prüfung der Anspruchsberechtigung bekannt zu geben. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.

(2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches eine positive Online-

Anspruchsprüfung durchgeführt wurde. Ab Einführung des elektronischen Rezeptes, jedenfalls ab 1.1.2009, ist die e-card bei jeder Inanspruchnahme des Arztes einzulesen.

(3) Erkrankte, deren Anspruchsberechtigung nicht i. S. d. Abs. 1 nachgewiesen werden kann, dürfen grundsätzlich außer in den in der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 7.12.2005 genannten Fällen auch dann nicht behandelt werden, wenn sie dem Vertragsarzt von früheren Behandlungen als Anspruchsberechtigte bekannt sind.

(4) Der Vertragsarzt ist berechtigt, von Erkrankten, bei denen eine Online-Anspruchsprüfung nicht möglich ist (keine Vorlage der e-card und Sozialversicherungsnummer nicht bekannt), kein positives Ergebnis gebracht hat bzw. bei Nichtvorlage der e-card nicht durchgeführt wird, bei jeder Konsultation (Krankenbesuch) einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die e-card innerhalb von zwei Wochen vom Patienten nachgebracht und eine positive Online-Anspruchsprüfung durchgeführt, ist dieser Betrag vom Vertragsarzt zurückzuerstatten.

Sonn- und Feiertagsdienst

§ 16

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

Konsilium

§ 17

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

Betreuungsfälle

§ 18

(1) Soweit der Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt der Vertragsarzt die

ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem der Arzt im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes und des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.

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

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

Ablehnung der Behandlung

§ 19

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

Anstaltspflege

§ 20

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

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

(3) Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.

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

Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

§ 21

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

(2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten. Der Vertragsarzt wird dabei durch das Öko-Tool unterstützt, das über die Arztsoftware zur Verfügung steht. Der Vertragsarzt verwendet das Öko-Tool in der aktuellen Version und verordnet unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die im Öko-Tool enthaltenen Arznei- und Heilmittel. Dies gilt ebenso für wirkstoffgleiche und wirkstoffähnliche Arznei- und Heilmittel sowie Biosimilars.

(3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden.

Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beige-setzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.

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

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

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

(7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 36 Anwendung.

Erweiterte Heilfürsorge

§ 22

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

(2) Beabsichtigt der Versicherungsträger, Leistungen aus der erweiterten Heilfürsorge zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

§ 23

(1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem behandelnden Vertragsarzt. Die Vertragsparteien können Abweichungen hiervon vereinbaren.

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

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

Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

§ 24

(1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Chef- (Kontroll)arzt des Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes zu. Der Vertragsarzt hat in der Regel am gleichen Tag, an dem er die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen.

(2) Die Krankenstandsmeldung ist mit Hilfe der dafür über das eCard-System zur Verfügung stehenden elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung (kurz eAUM) zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das Gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z. B. Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Der Vertragsarzt hat bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung alle notwendigen Angaben im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten zu machen und wo dies medizinisch möglich ist, ist das Ende oder das voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.

(3a) Die Ärztekammer für Niederösterreich und die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse können verwaltungsvereinfachende Maßnahmen im Zusammenhang mit der eAUM im Rahmen der gemeinsamen Steuerungsgruppe gesondert vereinbaren. Insbesondere die konkreten Festlegungen hinsichtlich einer einheitlichen Schreibweise von Diagnosen sowie von Diagnosen, welche erfahrungsgemäß eine gewisse maximale Arbeitsunfähigkeitsdauer nach sich ziehen, sollen im Rahmen der Steuerungsgruppe gemeinsam getroffen und den Vertragsärzten in Form einer gemeinsamen Information zur Kenntnis gebracht werden.

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

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

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger

§ 25

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

(2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organes des Versicherungsträgers gemäß Abs. 1 festgestellt worden, so kann während des gleichen Krankheitsfalles eine

Abänderung dieser Feststellung vom Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit dem Organ des Versicherungsträgers vorgenommen werden.

(3) Beabsichtigt der Chef(Kontroll)arzt, einen Versicherten, der durch den behandelnden Vertragsarzt nicht in den Krankenstand genommen wurde, arbeitsunfähig zu erklären, so ist dem behandelnden Vertragsarzt vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) Ist der behandelnde Vertragsarzt mit einer Verfügung eines Organes des Versicherungsträgers gemäß Abs. 2 oder 3 nicht einverstanden, so ist er berechtigt, dagegen schriftlich unter Anführung der medizinischen Gründe Einspruch zu erheben. Die endgültige Entscheidung steht dem Chefarzt des Versicherungsträgers zu.

Mutterhilfe

§ 26

Der Vertragsarzt ist zur Beratung der schwangeren Anspruchsberechtigten, ferner zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sowie auf Verlangen des Versicherungsträgers zur Durchführung der Stillkontrolle verpflichtet.

Auskunftserteilung

§ 27

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

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

Krankenaufzeichnungen

§ 28

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

Administrative Mitarbeit

§ 29

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

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

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

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

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

Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit

§ 30

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

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

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

(3) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die gemäß § 18 ASVG der Selbstversicherung in der Krankenversicherung beigetretenen selbständig Erwerbstätigen und ihrer Familienangehörigen wird in der Honorarordnung gesondert geregelt.

Rechnungslegung

§ 31

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

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

Honorarabzüge und Honorareinbehalt

§ 32

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

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

Tod des Vertragsarztes

§ 33

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

(2) Der von der Witwe eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Vertragsparteien mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossenen Einzelvertrages berechtigt.

Gegenseitige Unterstützungspflicht

§ 34

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

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

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

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

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

Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem Chef(Kontroll)ärztlichen Dienst

§ 35

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

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

Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

§ 36

(1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten (§ 35). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

(2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen

werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

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

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

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

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

Verfahren bei Streitigkeiten

§ 37

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

Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses

§ 38

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

Ausschreibung von freien Facharztstellen in den Ambulatorien des Versicherungsträgers

§ 39

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

Gemeinsame Durchführung des Gesamtvertrages seitens der Versicherungsträger

§ 40

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere ist der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse das Recht eingeräumt, gemeinsam Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen wird die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse bevollmächtigt.

(3) Wird die Vollmachterteilung im Sinne der Abs. 1 und 2 von einem Versicherungsträger abgeändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die sich daraus ergebenden Wirkungen gegenüber der Kammer und den Vertragsärz-

ten treten erst mit dem Ablauf des zweiten Kalendervierteljahres ein, das auf die Mitteilung folgt.

Sonderregelung für die Vertragszahnärzte

§ 41

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

(2) Die Sonderregelung ist ein Bestandteil des Gesamtvertrages. Der Gesamtvertrag kann mit ausschließlicher Wirkung oder ohne Wirkung für die Vertragszahnärzte gekündigt werden (§ 43).

Übernahme der bisherigen Vertragsärzte

§ 42

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

Gültigkeitsdauer

§ 43

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

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

Verlautbarung

§ 44

Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden auf der Homepage der Ärztekammer für Niederösterreich und auf der Homepage der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse veröffentlicht.

Wien, 21. März 1994

EINZELVERTRAG

gemäß § 7 Abs. 1 des Gesamtvertrages

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

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen
Herrn (Frau)
Dr. med.
(im Folgenden Vertragsarzt genannt)
in
und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse namens der im § 2 des Gesamtvertra-
ges namentlich angeführten Krankenversicherungsträger auf Grund der Bestimmungen des
Gesamtvertrages abgeschlossen.

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

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als praktischer Arzt, Facharzt für
..... ausgeübt.
Berufssitz
Ordinationsstätte
.....
Ordinationszeit

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der vertragsärztlichen Tätigkeit wird im Einver-
nehmen mit der Kammer besonders vereinbart:
.....
.....

§ 4

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

§ 5

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Kammer beschlossenen und den Versicherungsträgern bekannt gegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 36 Abs. 3 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei dem zustellungsbevollmächtigten Versicherungsträger folgt.

....., den

Unterschrift des Vertragsarztes:

.....

Für die Versicherungsträger:
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:

Der Obmann: