jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

§ 342 ASVG Inhalt der Gesamtverträge.

ASVG - Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 03.07.2025

1. (1)Die Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:
    1. 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);
    2. 1a.allfällige Regelungen für Investitionsabgeltungen an den/die bisherigen/bisherige Stelleninhaber/in unter anteiliger Anrechnung auf das Honorarvolumen für den Fall, dass eine im Stellenplan enthaltene Planstelle gestrichen und somit nicht nachbesetzt wird, und weder vom/von der bisherigen Stelleninhaber/in noch von einem/einer anderen Arzt/Ärztin in dessen/deren bisherigen Räumlichkeiten oder mit dessen/deren bisherigen Einrichtungen eine vertrags- oder wahlärztliche Tätigkeit ausgeübt wird; Veräußerungserlöse sind auf die Investitionsabgeltung anzurechnen;
    3. 2.die Auswahl der Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, Abschluß und Lösung der mit diesen zu treffenden Abmachungen (Einzelverträge);
    4. 3.die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und Vertrags-Gruppenpraxen, insbesondere die Erfüllung der in den Verordnungen nach § 23 G-ZG festgelegten verbindlichen Versorgungsaufträge, auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung (Abs. 2 und 2a) sowie die Überprüfung der Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card; die Überprüfung ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen; weiters sind Regelungen über die Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card, bei negativer Anspruchsprüfung und bei Undurchführbarkeit der Überprüfung der Identität zu treffen;
    5. 4.die Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibweise einschließlich Steuerungsmaßnahmen bei Heilmitteln sowie hinsichtlich der ärztlich veranlassten Kosten, zB in den Bereichen Zuweisung und Überweisung zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Gruppenpraxen), Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transporte (Ökonomieprinzip);
    6. 5.die Ausstellung von Bescheinigungen, die für die Durchführung der Krankenversicherung erforderlich sind;
    7. 6.die Zusammenarbeit der Vertragsärzte (Vertragsärztinnen), Vertragszahnärzte (Vertragszahnärztinnen) und Vertrags-Gruppenpraxen mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 30b Abs. 1 Z 4) und der Richtlinien nach § 30a Abs. 1 Z 9 und 12;
    8. 7.die Kündigung und Auflösung des Gesamtvertrages;
    9. 8.die Verlautbarung des Gesamtvertrages und seiner Abänderungen;
    10. 9.Regelungen über Barrierefreiheit;
    11. 10.die Festlegung einer Altersgrenze (längstens bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres) für die Beendigung

der Einzelverträge von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (persönlich haftenden Gesellschafterinnen/Gesellschaftern einer Vertrags-Gruppenpraxis) sowie möglicher Ausnahmen davon bei drohender ärztlicher Unterversorgung. Kommt keine Einigung über eine Altersgrenze zustande, so gilt das vollendete 70. Lebensjahr als Altersgrenze.

2. (1a)Der Stellenplan nach Abs. 1 Z 1 kann im Einvernehmen mit der Österreichischen Ärztekammer auf regionaler Ebene zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der örtlich zuständigen Ärztekammer festgelegt werden. Diese Festlegungen sind Anlagen zum Gesamtvertrag.
3. (1b)Auf den Stellenplan nach Abs. 1 Z 1 sind durch Verträge nach§ 338 Abs. 1 gebundene ärztliche Vollzeitäquivalente anzurechnen. Dies gilt nicht für Verträge nach § 341 Abs. 3.
4. (1c)Sofern innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen Verordnung nach§ 23 G-ZG zur Verbindlicherklärung von Teilen der RSG keine Einigung über einen Stellenplan nach Abs. 1 Z 1 erfolgt, ist die konkrete örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertrags-Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten vom Krankenversicherungsträger nach den verbindlichen Planungsvorgaben der Verordnungen nach § 23 G-ZG festzulegen. Dies gilt auch für den Fall, dass hinsichtlich der Verlegung bestehender Planstellen kein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen Ärztekammer erzielt werden kann.
5. (2)Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind jeweils in den Honorarordnungen für Einzelordinationen und für Gruppenpraxen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der jeweiligen Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit (einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe [§ 131]) bzw. für die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten.
6. (2a)Bei der Vereinbarung der Honorarordnungen sind von den Gesamtvertragspartnern mit der Zielsetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, einer nachhaltig ausgeglichenen Gebarung des Trägers der Krankenversicherung und einer angemessenen Honorarentwicklung folgende Kriterien anzuwenden:
   1. 1.Die Entwicklung der Beitragseinnahmen des Krankenversicherungsträgers, wobei gesetzlich für andere Zwecke gebundene Beitragsanhebungen nicht zu berücksichtigen sind;
   2. 2.die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers ohne Berücksichtigung der eigenen Einrichtungen und der Verwaltungskosten;
   3. 3.die gesamtwirtschaftliche Situation (einschließlich Lohn- und Gehaltsentwicklungen);
   4. 4.die allgemeine Kostenentwicklung getrennt nach Vertragsärztinnen/Vertragsärzten sowie Vertrags-Gruppenpraxen;
   5. 5.die Auswirkung von Mengensteigerungen der ärztlichen Leistungen (Leistungen von Gruppenpraxen) auf die Ausgaben des Krankenversicherungsträgers;
   6. 6.die Ausgabenentwicklung des Krankenversicherungsträgers mit Ausnahme jener Leistungen, die nicht in Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Hilfe stehen;
   7. 7.der Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie die Auswirkungen der demographischen Entwicklung und der Veränderungen der Morbidität;
   8. 8.die im Rahmen der Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur beschlossenen Qualitätsvorgaben.

   (Anm.: Abs. 2b und 2c aufgehoben durch Art. 3 Z 16,BGBl. I Nr. 191/2023)
7. (3)Unter Berücksichtigung der Planungsvorgaben des RSG betreffend Primärversorgungseinheiten sind die im Rahmen der Primärversorgungseinheiten gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente auf den Stellenplan anzurechnen.
8. (4)Gesamtvertragliche Regelungen, die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende Erfordernisse des Einvernehmens der Gesamtvertragspartner vorsehen, sind unzulässig.

In Kraft seit 01.01.2024 bis 31.12.9999

© 2025 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at