

Arbeitsbehelf

zum

OÖ Gruppenpraxis-Gesamtvertrag
in der Fassung des 10. Zusatzprotokolls

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf sämtliche Geschlechtsidentitäten.

§ 1 Grundlagen und Geltungsbereich:

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gem. §§ 338, 341, 342 und 342a des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG) BGBl. Nr. 189, sowie gem. §§ 52a und b des Ärztegesetzes zum Zweck der Bereitstellung und Sicherstellung einer ärztlichen Versorgung sowie gem. § 132b ASVG zum Zweck der Bereitstellung und Sicherstellung der Vorsorgeuntersuchungen durch Vertragsgruppenpraxen für die bei der Österreichischen Gesundheitskasse Versicherten und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden kurz „Anspruchsberechtigte“) abgeschlossen.

(2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Ärztekammer für OÖ (im Folgenden kurz „Kammer“) einerseits und die Österreichische Gesundheitskasse (im folgenden kurz „Kasse“) als Rechtsnachfolgerin der OÖ Gebietskrankenkasse andererseits.

(3) Dieser Gesamtvertrag gilt für die Österreichische Gesundheitskasse in Oberösterreich.

(4) Dieser Gesamtvertrag gilt für Vertragsgruppenpraxen, Vertragsärzte (das sind: Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, allgemeine Fachärzte, Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik) und Ärzte, die einen Einzelvertrag als Vertragsgruppenpraxis in Oberösterreich begründen möchten.

(5) Dieser Gesamtvertrag gilt jedoch nicht für Angehörige des zahnärztlichen Berufs.

§ 2 Rechtsformen und Modelle für Vertragsgruppenpraxen:

(1) Vertragsgruppenpraxen können entweder in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft (OG) oder in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) – ausgenommen die Regelung in § 3 Abs 4 lit c (Nachfolgepraxis grundsätzlich nur als OG) – und nur mit Gesellschaftern derselben Fachrichtung gegründet und geführt werden. Ein Rechtsformwechsel ist mit jedem Quartalsbeginn unter Beibehaltung des Einzelvertragsverhältnisses möglich.

(2) Folgende Vertragsgruppenpraxismodelle werden vereinbart:

a) Modell 1: Vertragsgruppenpraxis, die zwei oder mehr Kassenplanstellen abdeckt.

b) Modell 2 „Bruchstellen-Gruppenpraxis“: Vertragsgruppenpraxis, die einen Zusatzbedarf nach einer vertragsärztlichen Versorgung im Ausmaß einer nicht vollen Stelle abdeckt (grundsätzlich mit 1,3 bis 1,7 Stellen möglich).

c) Modell 3 Jobsharing-Modell: Vertragsgruppenpraxis, in der sich die Gesellschafter eine volle Kassenplanstelle teilen.

d) Modell 4 Nachfolgepraxis: Jobsharing-Modell kurz vor der Pensionierung bzw. freiwilligen Vertragsbeendigung aus sonstigen Gründen eines Vertragsarztes mit folgenden Zielen:

- (Jung-)Ärzte bekommen die Möglichkeit, in einer Vertragsarztpraxis (als „Juniorpartner“) tätig zu sein und ersparen sich idR den (Investitions-)Aufwand der Gründung einer eigenen Ordinationsstätte;
- ein Vertragsarzt kann kurz vor seiner Pensionierung („Gleitpension“) oder freiwilligen Vertragsbeendigung aus sonstigen Gründen seine Arbeitszeit reduzieren;
- ein Vertragsarzt kann seine Praxis gegen Entgelt übergeben und hat damit einen Anreiz, bis zum Ende seiner vertragsärztlichen Tätigkeit in die Ordination zu investieren (Qualitätssicherung).

(3) Seniorpartner einer Vertragsgruppenpraxis im Sinne dieses Gesamtvertrages sind:

- a) Gesellschafter, die Kassenplanstellen in die Gruppenpraxis eingebracht haben;
- b) Gesellschafter einer originären Gruppenpraxis nach Modell 2 oder 3 oder einer Gruppenpraxis zur Nachfolge nach Modell 2 oder 3 (§§ 42a und 42b), die im Ausschreibungsverfahren die meisten Punkte erreicht haben;
- c) Gründungsgesellschafter einer originären Gruppenpraxis nach Modell 1, die Gesellschaftsanteile im Umfang einer vollen Kassenstelle übernehmen, subsidiär jene Gründungsgesellschafter, die im Ausschreibungsverfahren die meisten Punkte erreicht haben, wobei die Anzahl der Seniorpartner von der Anzahl der vollen Kassenstellen in der Gruppenpraxis abhängt.

Die anderen Gesellschafter sind Juniorpartner.

(4) Für Gruppenpraxis-Modelle 1, die aus einem Zusammenschluss unter Beteiligung von Gruppenpraxen nach den Modellen 2 und 3 entstanden sind, gilt Folgendes:

Für den Fall,

- dass der Seniorpartner der vorherigen Vertragsgruppenpraxis nach Modell 2 oder 3 ohne Mitnahme des Kassenvertrages aus dem Modell 1 ausscheidet und
- der Juniorpartner im Modell 1 auf einen Gesellschaftsanteil, der zumindest einer vollen Kassenplanstelle entspricht, aufstockt und bei der ursprünglichen Ausschreibung des Modells 2 oder 3 der erstgereichte Bewerber war,

erlangt der vormalige Juniorpartner die Seniorpartnereigenschaft im Modell 1 sowie das damit verbundene Recht auf Mitnahme eines Kassenvertrages ohne neuerliche Ausschreibung im Falle seines Ausscheidens aus der Vertragsgruppenpraxis.

(5) Scheidet bei den Modellen 2 und 3 mit jeweils mehr als zwei Gesellschaftern der Seniorpartner aus der Gesellschaft aus, so ist die Vertragsgruppenpraxis aufzulösen, sofern in diesem Vertrag nichts Anderes (wie in § 42e) bestimmt wird.

§ 3 Voraussetzungen für Vertragsgruppenpraxen:

(1) Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 1 an einem Standort setzt voraus:

- a) Die Gründung einer OG oder GmbH zwischen:
 - zumindest zwei Vertragsärzten und/oder Gesellschaftern bereits bestehender Vertragsgruppenpraxen derselben Fachrichtung (bzw. zwischen Ärzten für Allgemeinmedizin) oder
 - den laut Ausschreibung für eine originäre Gruppenpraxis ausgewählten Bewerbern nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und
- b) die Einhaltung der Mindest- und Maximalanzahl von Kassenplanstellen und Ärzten in der Gruppenpraxis (Richtgröße: mindestens zwei bis höchstens acht Kassenplanstellen und mindestens zwei bis höchstens 16 Ärzte - darüber hinaus sind Abweichungen im Einvernehmen von Kammer und Kasse möglich) und
- c) einen gemeinsamen Antrag der Gründer an die Kasse auf Abschluss eines Einzelvertrages mit der Gesellschaft (wobei es für die Antragstellung ausreicht, wenn diese Personen verbindlich ihre Absicht erklären, eine OG oder GmbH zu gründen) und
- d) im Falle des Zusammenschlusses bestehender Vertragsärzte deren Einverständnis, dass ihre jeweiligen kurativen Einzelverträge für die Dauer des aufrechten Einzelvertrages mit der Gesellschaft ruhen und erlöschen, wenn die Seniorpartner nach deren Beendigung nicht mehr vertragsärztlich tätig sind und
- e) die Zustimmung von Kammer und Kasse zur Vergabe des Einzelvertrages an die Gesellschaft. Diese Zustimmung ist zu erteilen, wenn die teilnehmenden Kassenärzte im selben Versorgungsgebiet tätig waren. Als Versorgungsgebiet gilt bei Allgemeinmedizinern die Gemeinde (in Linz: der Planungsbezirk) und bei Fachärzten der Bezirk.

Die Gruppenpraxis darf keine Organisationsdichte und –struktur einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums gemäß § 2 (1) Z 5 KAKuG aufweisen.

Für Vertragsgruppenpraxen nach Modell 1 mit mehreren Standorten gelten die Sonderregelungen des § 3a.

(2) Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 2 kann originär oder durch Erweiterung einer bestehenden Vertragsarztstelle/Vertragsgruppenpraxis geschaffen werden.

Voraussetzungen für Vertragsgruppenpraxen nach Modell 2 sind:

- a) Feststellung eines entsprechenden Zusatzbedarfs auf Basis der vertragsärztlichen Stellenplanung und Zustimmung zu einer Ausweitung der bestehenden Stelle durch Kammer und Kasse und
- b) das Ende der Vertragsgruppenpraxis
 1. bei Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten spätestens in jenem Quartal, in dem der Seniorpartner das 70. Lebensjahr vollendet oder
 2. bei Fachärzten für Radiologie und Fachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik spätestens in jenem Quartal, in dem der Seniorpartner das 65,5. Lebensjahr vollendet und
- c) bei Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin eine Einwohnerzahl von weniger als 10.000 Einwohnern in der politischen Gemeinde, in der die Vertragsgruppenpraxis ihren Sitz haben soll, wobei Kammer und Kasse im Einvernehmen davon abweichen können.

- d) Für Erweiterungen bestehender Vertragsarztstellen/Vertragsgruppenpraxen gelten folgende Voraussetzungen zusätzlich:
1. Erklärung des Stelleninhabers (=Seniorpartner), dessen Stelle erweitert werden soll, verbindlich dazu bereit zu sein, mit dem nach einer Ausschreibung gemäß den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber(n) für eine bestimmte Dauer eine Gesellschaft (OG oder GmbH) nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen und
 2. Einverständnis des Seniorpartners, dass sein kurativer Einzelvertrag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der zu gründenden Vertragsgruppenpraxis ruht und erlischt, wenn er als ursprünglicher Kassenplanstelleninhaber nach Beendigung der Gesellschaft den vertragsärztlichen Beruf nicht mehr ausübt.

(2a) Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 2, deren Befristung vor den Endzeitpunkten des Abs. 2 lit. b) abläuft, kann auf gemeinsamen Antrag aller Gesellschafter ohne neuerliches Auswahlverfahren bis zu den jeweils geltenden Endzeitpunkten des Abs 2 lit b) fortgeführt werden, wenn von Kammer und Kasse ein entsprechender Bedarf zur Fortführung festgestellt wurde. Alle sonstigen Voraussetzungen gemäß Abs. 2 sind zu erfüllen. Der Antrag auf Fortführung ist spätestens drei Monate vor Ablauf der Befristung schriftlich bei der Kammer zu stellen.

(3) Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 3 kann originär oder auf Antrag eines Vertragsarztes/einer Vertragsgruppenpraxis geschaffen werden.

Voraussetzungen für Vertragsgruppenpraxen nach Modell 3 sind:

- a) das Ende der Vertragsgruppenpraxis
 1. bei Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten spätestens in jenem Quartal, in dem der Seniorpartner das 70. Lebensjahr vollendet oder
 2. bei Fachärzten für Radiologie und Fachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik spätestens in jenem Quartal, in dem der Seniorpartner das 65,5. Lebensjahr vollendet.
- b) Für auf Antrag eines Einzelvertragsinhabers geschaffene Jobsharing-Gruppenpraxen gilt zusätzlich:
 1. Erklärung des Stelleninhabers (=Seniorpartner), dessen Stelle geteilt werden soll, verbindlich dazu bereit zu sein, mit dem nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber(n) für eine bestimmte Dauer eine Gesellschaft (=OG oder GmbH) nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen und
 2. Einverständnis des Seniorpartners, dass sein kurativer Einzelvertrag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der zu gründenden Vertragsgruppenpraxis ruht und erlischt, wenn er nach Beendigung der Gesellschaft den vertragsärztlichen Beruf nicht mehr ausübt.

(3a) Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 3, deren Befristung vor den Endzeitpunkten des Abs. 3 lit. a) abläuft, kann auf gemeinsamen Antrag aller Gesellschafter ohne neuerliches Auswahlverfahren bis zu den jeweils geltenden Endzeitpunkten des Abs 3 lit. a) fortgeführt werden. Alle sonstigen Voraussetzungen gemäß Abs. 3 sind zu erfüllen. Der Antrag auf Fortführung ist spätestens drei Monate vor Ablauf der Befristung schriftlich bei der Kammer zu stellen.

(4) Eine Nachfolgepraxis (Modell 4) dient der Unternehmensübergabe einer Vertragsarztpraxis.

Voraussetzungen für Vertragsgruppenpraxen nach Modell 4 sind:

- a) Eine Nachfolgepraxis ist einem bestehenden Vertragsarzt (Einzelpraxis) für die von diesem bekanntzugebende Dauer zwischen 3 Monaten und 3 Jahren vor der geplanten Zurücklegung des kurativen Einzelvertrages (wegen Inanspruchnahme einer vorzeitigen Pension oder Alterspension oder freiwillig aus sonstigen Gründen) auf Antrag zu bewilligen.
- b) Gleichzeitig mit dem Antrag hat der Vertragsarzt (=Seniorpartner in der Nachfolgepraxis) seine kurativen Einzelverträge zu allen in OÖ tätigen Krankenversicherungsträgern zum vorgesehenen Endzeitpunkt der Nachfolgepraxis zu kündigen und die Erklärung abzugeben, dass sein Einzelvertrag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der Nachfolgepraxis ruhend gestellt ist und erlischt, wenn er nach Beendigung der Gesellschaft den vertragsärztlichen Beruf nicht mehr ausübt oder die Auflösung des Einzelvertrages der Gruppenpraxis aufgrund von Tatbeständen erfolgt, die den Seniorpartner treffen (vgl § 42 Abs 2 Satz 2). Er hat ferner die Erklärung abzugeben, dass er mit dem nach diesem Gesamtvertrag ausgewählten Partner(n) eine Gesellschaft nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages gründen wird.
- c) Eine Nachfolgepraxis nach Modell 4 ist grundsätzlich nur als OG möglich. Davon ausgenommen ist die Fortführung eines in der Rechtsform der GmbH geführten Modells 2 oder 3 als Nachfolgepraxis: Die Gruppenpraxis kann trotz Modellwechsel als GmbH weitergeführt werden, wenn alle Gesellschafter im Antrag auf die Nachfolgepraxis schriftlich gegenüber Kammer und Kasse ihr Einverständnis erklären.
- d) Das Ende der Vertragsgruppenpraxis
 1. bei Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten spätestens in jenem Quartal, in dem der Seniorpartner das 70. Lebensjahr vollendet oder
 2. bei Fachärzten für Radiologie und Fachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik spätestens in jenem Quartal, in dem der Seniorpartner das 65,5. Lebensjahr vollendet.

(5) Kein Anspruch auf eine Nachfolgepraxis besteht in folgenden Fällen:

1. Wenn sich ein Wahlarzt, der vor dem 1. April 2002 im ausgeschriebenen Versorgungsgebiet bereits niedergelassener Wahlarzt war, aufgrund der Ausschreibung um die Nachfolgepraxis beworben hat, erstgereiht ist und spätestens 14 Tage nach Verständigung vom Ergebnis des Auswahlverfahrens der Kasse und der Kammer gegenüber die Erklärung abgibt, dass er nicht in die Nachfolgepraxis eintreten möchte. Der erstgereichte Wahlarzt erhält die Zusage zur Übernahme des kurativen Einzelvertrages zum ausgeschriebenen Ende der Nachfolgepraxis oder zu einem früheren Zeitpunkt der Vertragskündigung des Inhabers der ausgeschriebenen Stelle, wenn er sich verpflichtet, dem bestehenden Vertragsarzt, über dessen Antrag die Nachfolgepraxis ausgeschrieben wurde, 50 % der für den ideellen Wert vorgesehenen Praxisablässe (siehe § 6 Abs. 3) zu bezahlen. Ist er dazu nicht bereit, gilt die Kündigung des kurativen Einzelvertrages durch den Vertragsarzt, der die Nachfolgepraxis beantragt hat, als zurückgezogen. Für diesen Fall kommt es bei einer späteren Kündigung des kurativen Einzelvertrages zu einer neuerlichen Ausschreibung, an der sich der Wahlarzt, der die Nachfolgepraxis verhindert hat, wieder beteiligen kann.
2. Im Fall des § 5 Abs. 2 lit. b 2. und 3. Fall und Abs. 3 (nicht berechnete Einwände oder Ablehnung Gründung Gruppenpraxis)

3. Wenn die Stelle nicht nachbesetzt wird, für die Nachbesetzung ist ein Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse notwendig.

(6) Ungeachtet der Bestimmung des Abs. 4 lit. d) kann eine Nachfolgepraxis auch noch nach Erreichen der Altersgrenze des Seniorpartners zur Verhinderung von Versorgungslücken im Einvernehmen von Kammer und Kasse ausnahmsweise maximal bei den zwei nächsten Ausschreibungen und für die maximale Laufzeit von 3 Monaten ausgeschrieben werden; dies nur in folgenden Fällen:

- a) Wenn der Juniorpartner nach der Zuerkennung der ausgeschriebenen Vertragsgruppenpraxis verstirbt, bescheidmäßig nachgewiesen erwerbsunfähig wird, aus der Gruppenpraxis im Einvernehmen mit dem Seniorpartner ohne Ablösezahlung ausscheidet oder die Stelle nicht antritt oder wenn sich bei Anwendung der Wahlarztregelung des Abs. 5 Z 1 der betreffende Wahlarzt weigert, die Ablösezahlung zu leisten.
- b) Wenn sich bei der vorangegangenen Ausschreibung niemand beworben hat.

(7) Ein schriftlicher, von den Gesellschaftern unterzeichneter Gesellschaftsvertrag und ein Firmenbuchauszug über die gegründete Gesellschaft sind der Kammer und der Kasse mindestens vier Wochen vor dem geplanten Beginn des Einzelvertrages mit der Vertragsgruppenpraxis vorzulegen. Der Einzelvertrag mit der Gruppenpraxis beginnt mit dem auf die Eintragung der Gesellschaft in das Firmenbuch folgenden Quartalersten, wenn

- der Gesellschaftsvertrag und ein Firmenbuchauszug rechtzeitig vorgelegt wurden,
- der Gesellschaftsvertrag inhaltlich den Regelungen dieses Gesamtvertrages nicht widerspricht und
- nicht einvernehmlich zwischen Vertragsgruppenpraxis und Kasse ein späterer Vertragsbeginn vereinbart wird.

Wenn der Gesellschaftsvertrag und ein Firmenbuchauszug nicht rechtzeitig vorgelegt werden, so beginnt der Einzelvertrag mit der Vertragsgruppenpraxis mit dem nächsten Quartalersten, bei dem die Vier-Wochen-Frist eingehalten wurde.

(8) Jeder Arzt darf nur Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis sein; dies gilt nicht für Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, deren Anteil keiner ganzen Kassenplanstelle entspricht. Weitere Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse möglich. Approbierte Ärzte können nicht Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis sein, es sei denn, auf sie trifft der Ausnahmetatbestand des § 343 Abs. 1 letzter Satz ASVG zu.

(9) Im Firmennamen der Vertragsgruppenpraxis dürfen nur die Namen aktiv in der Vertragsgruppenpraxis tätiger Ärzte als Gesellschafter angeführt werden. Scheidet ein im Firmennamen genannter Gesellschafter aus der Vertragsgruppenpraxis aus, ist der Firmenname unverzüglich zu ändern.

(10) In der Vertragsgruppenpraxis nach den Modellen 1, 2 und 3 sind von den Juniorgesellschaftern Mindest- und von allen Gesellschaftern Höchstanteile an der Gesellschaft einzuhalten. Die Anteile an der Arbeit in der Gesellschaft und am Gewinn müssen dem Anteilen an der Gesellschaft entsprechen. Alle Gesellschafter sind maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet. Mindest- und Höchstanteile an der Gesellschaft berechnen sich nach der

Anzahl der Kassenstellen, die die Vertragsgruppenpraxis innehat. Der Mindestanteil eines Juniorgesellschafters beträgt 30 % einer Kassenplanstelle. Der Höchstanteil beträgt 150 % einer Kassenplanstelle.

Berechnungsbeispiel für Vertragsgruppenpraxis mit 4,5 Kassenplanstellen:

Mindestanteil: 100 % Gesellschaftsanteil: 4,5 Kassenstellen x 30 % = 6,66%

Höchstanteil: 100 % Gesellschaftsanteil: 4,5 Kassenstellen x 150 % = 33,33%

Eine Über- oder Unterschreitung dieses Rahmens ist nur mit vorheriger Zustimmung von Kammer und Kasse möglich. Diese Zustimmung ist jedenfalls zu erteilen, wenn bei einem Gesellschafter eine bescheidmäßig nachgewiesene Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 % vorliegt, sodass er seine Arbeitsleistung nicht mehr dem Mindestanteil entsprechend erbringen kann.

§ 3a Sonderbestimmungen für Vertragsgruppenpraxen mit mehreren Standorten:

Für Vertragsgruppenpraxen mit mehreren Standorten gelten grundsätzlich die gleichen Regelungen wie für Gruppenpraxen an einem Standort mit der Maßgabe, dass eine Vertragsgruppenpraxis mit mehreren Standorten nur zulässig ist, wenn dazu eine Zustimmung von Kammer und Kasse unter Berücksichtigung der Regelungen des § 52a Abs. 4 ÄrzteG sowie der regionalen Gegebenheiten vorliegt. Darüber hinaus gelten für Vertragsgruppenpraxen mit mehreren Standorten insbesondere folgende Regelungen:

1. Einer der Standorte muss zum Berufssitz der Gruppenpraxis erklärt werden.
2. Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 1 kann grundsätzlich nur von Ärzten für Allgemeinmedizin gegründet und geführt werden.
3. Jede Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin ist verpflichtet, an den zwischen Kammer und Kasse vereinbarten Disease-Management-Programmen (insbesondere Therapie Aktiv) und Programmen zur Integrierten Versorgung teil zu nehmen.
4. Richtwerte für Mindest- und Maximalanzahlen von Kassenplanstellen und Ärzten in Gruppenpraxen nach Modell 1 sind: mindestens drei bis höchstens acht Kassenplanstellen und mindestens drei bis höchstens 16 Ärzte in der Gruppenpraxis; Abweichungen davon sind im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse möglich.
5. Die Standorte der Gruppenpraxis sollen maximal zehn Straßenkilometer voneinander entfernt sein und sollen benachbart sein.

§ 4 Ausschreibung freier Vertragsgruppenpraxisstellen:

Freie Vertragsgruppenpraxisstellen werden im Einvernehmen von Kammer und Kasse unter Angabe folgender Details auf der Homepage der Kammer ausgeschrieben:

- das Vertragsgruppenpraxismodell,
- der gewünschte (zusätzliche) Versorgungsbedarf,

- die wesentlichen Bedingungen der Zusammenarbeit (zukünftige(r) Partner, zu erwartender Anteil an der Gesellschaft) sowie
- zwischen Kammer und Kasse vereinbarte Zusatzinformationen und Anforderungen hinsichtlich der konkreten Stelle.

Der konkrete Wortlaut der jeweiligen Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien im Einzelfall zu vereinbaren.

§ 5 Auswahl der Vertragsgruppenpraxis/Vertragsgruppenpraxis-Gesellschafter:

(1) Für das Bewerbungsverfahren der Ärzte oder Bewerberteams als Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen ist die Richtlinie für die Auswahl von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen und Vertragsgruppenpraxen bzw. von Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer Oberösterreich und der Kasse i.d.j.g.F. anzuwenden. Die Auswahl bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Kasse. Kommt kein Einvernehmen zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.

(2) Die Auswahl der Ärzte oder Bewerberteams für Vertragsgruppenpraxen erfolgt somit grundsätzlich nach denselben Kriterien wie die Auswahl von Vertragsärzten, jedoch mit folgenden Besonderheiten:

- a) Bei den Modellen 2 und 3 bzw. bei nachträglicher Aufnahme von Gesellschaftern bei Modell 1:
Auswahl aus den vier erstgereihten Kandidaten oder Bewerberteams durch den oder die Seniorpartner, wobei die Entscheidung nicht von einer gegenüber dem Bewertungsverfahren gem. § 6 überhöhten Zahlung für den abgegebenen Praxisanteil oder von sonstigen finanziellen Gegenleistungen bzw. Gegengeschäften abhängig gemacht werden darf. Werden solche unzulässigen Vereinbarungen getroffen, verliert der bisherige Vertragsinhaber den Einzelvertrag und ein allenfalls bereits abgeschlossener Gruppenpraxis-Einzelvertrag wird aufgelöst. Zudem kann über den bisherigen Vertragsarzt eine Ordnungsstrafe (§ 95 ÄrzteG) verhängt werden.
Für den Fall, dass sich der Ehepartner/der eingetragene Partner des bestehenden Vertragsarztes beworben hat, dann diese/r auch ausgewählt werden, wenn sie/er nicht unter den vier erstgereihten Kandidaten ist.

Wenn nach Auffassung von Kammer oder Kasse erhebliche Bedenken bestehen, dass der mit dem Einzelvertrag der Gruppenpraxis verbundene Versorgungsauftrag durch den/die vom Seniorpartner ausgewählten Bewerber/das Bewerberteam nicht erfüllt werden kann, ist ein Hearing mit dem Bewerber/Bewerberteam durchzuführen, zu dem auch der Seniorpartner eingeladen wird, um seinen Standpunkt darzulegen. Der/die Bewerber ist/sind nur in dem Fall nicht zu berücksichtigen, wenn die gemäß der Richtlinie für die Auswahl von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen bzw. von Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen eingerichtete Hearingkommission dies mehrheitlich feststellt und kann der Seniorpartner aus den erlebenden vier bestgereihten Bewerbern bzw. Bewerberteams neuerlich auswählen.

- b) Bei Modell 4:
Der/Die Antragsteller für eine Nachfolgepraxis (Seniorpartner) hat/haben bei besonders schwerwiegenden Einwänden gegen die Person des Erstgereihten ein Vetorecht. Dieses

Vetorecht ist spätestens binnen vierzehn Tagen (Einlangen bei der Kammer) nach Mitteilung der Kammer vom Ergebnis der Ausschreibung gegenüber der Kammer geltend zu machen. Auf begründeten Antrag des Seniorpartners, welcher spätestens vierzehn Tage nach Ausübung des Vetorechts bei der Kammer eingelangt sein muss, entscheidet eine von Kammer und Kasse paritätisch besetzte Hearingkommission, ob diese Einwände berechtigt sind, wobei die Einwände nur bei Stimmenmehrheit als berechtigt angesehen werden können. Wenn sie nicht berechtigt sind, kann der Seniorpartner bzw. die bestehende Gesellschaft die Praxis alleine fortführen, verliert jedoch endgültig den Anspruch auf eine Nachfolgepraxis. Dies gilt auch dann, wenn kein (fristgerechter) Antrag auf Entscheidung durch die Hearingkommission eingebracht wird. Sind die Einwände berechtigt, kommt der Nächstgereichte, demgegenüber keine gerechtfertigten Einwendungen bestehen, zum Zug. Auch in diesem Fall hat aber der Seniorpartner die Möglichkeit, stattdessen die Praxis alleine fortzuführen, verliert jedoch auch dann endgültig den Anspruch auf eine Nachfolgepraxis.

(3) Lehnen die zur Auswahl berechtigten Ärzte bei den Modellen 1 – 4 eine Gesellschaftsgründung mit dem/den (oder die Übertragung der Gesellschafterrechte an den/die) aus dem Auswahlverfahren hervorgegangenen Bewerber(n) ab oder wird nach der Ausschreibung der Antrag auf Gründung der Nachfolgepraxis zurückgezogen, so kann/können

1. ein bestehender Vertragsarzt, der die Gründung einer Vertragsgruppenpraxis beantragt hat, die Praxis alleine fortführen, verliert jedoch damit endgültig die Möglichkeit, eine Gruppenpraxis nach den Modellen 2, 3 oder 4 zu gründen.
2. bereits bestehende Vertragsgruppenpraxen der Modelle 1 – 3 im bisherigen Ausmaß weitergeführt werden. Die Vertragsgruppenpraxis verliert jedoch die Möglichkeit auf Nachbesetzung der betreffenden Gesellschafterposition und der dieser zugeordneten Kassenplanstellen(anteile), ausgenommen Modell 3.

(4) Einer Ablehnung ist gleichzuhalten, wenn der/die zur Auswahl Berechtigte(n) spätestens vierzehn Tage nach Mitteilung vom Ergebnis der Ausschreibung (Einlangen bei der Kammer) keine Auswahl getroffen hat/haben.

(5) Verzögert ein aus dem Ausschreibungsverfahren als potentieller Juniorpartner hervorgegangener Bewerber oder ein Mitglied eines Bewerberteams die Gründung der Vertragsgruppenpraxis oder die Übertragung von Gesellschafterrechten an ihn ohne berücksichtigungswürdige Gründe und verhindert so eine Invertragnahme zu dem in der Ausschreibung kundgemachten Besetzungszeitpunkt, ist dies einer Ablehnung des Eintritts in die Vertragsgruppenpraxis gleichzuhalten. In diesem Fall können der Seniorpartner bzw. die bestehenden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis entweder die Praxis im Rahmen des bisherigen Einzelvertrages weiterführen oder die erneute Ausschreibung einer Gruppenpraxis beantragen. Für den Fall, dass die Ablehnung durch den potentiellen Juniorpartner derart erfolgte, dass durch eine erneute Ausschreibung einer Gruppenpraxis eine Beendigung derselben zum Zeitpunkt des Erreichens der Altersgrenze des Seniorpartners nicht mehr möglich wäre, gilt der § 3 Abs. 6 (Verlängerung zur Verhinderung von Versorgungslücken).

(6) Verzögert ein Seniorpartner die Gründung der Vertragsgruppenpraxis mit dem aus dem Bewerbungsverfahren hervorgegangenen Bewerber oder Bewerberteam oder verzögert eine bestehende Vertragsgruppenpraxis die Übertragung von Gesellschafterrechten an diese(n) ohne

berücksichtigungswürdige Gründe und verhindert so eine Invertragnahme zu dem in der Ausschreibung kundgemachten Besetzungszeitpunkt, treten die Rechtsfolgen gemäß Abs. 3 ein.

(7) Die Beurteilung, ob die Verzögerung durch den Juniorpartner bzw. Seniorpartner auf berücksichtigungswürdigen Gründen beruht, obliegt auf Antrag des Seniorpartners oder des potentiellen Juniorpartners der in Abs. 2 lit. b genannten Kommission, wobei die vorgebrachten Gründe nur bei Stimmenmehrheit als berücksichtigungswürdig angesehen werden können. Dieser Antrag kann spätestens bis zum ursprünglich geplanten Besetzungszeitpunkt bei der Kammer eingebracht werden.

(8) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte der Kasse dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis der Kasse sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte u. dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis ihrer Kasse sein. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 6 Bewertungsverfahren bei Praxisübernahmen:

(1) Bei Nachbesetzung oder Neuaufnahme eines Gesellschafters bei Modell 1 sowie generell bei den Modellen 2, 3 und 4 kommt es im Zusammenhang mit einem Auswahlverfahren zur Übergabe bzw. Übernahme einer bestehenden vertragsärztlichen Praxis bzw. bestehender Praxisanteile. Um einerseits einen Verkauf des Einzelvertrages und für den Übernehmer einen überhöhten Einkauf der Praxis bzw. Praxisanteile zu verhindern und andererseits für den Übergeber eine objektive Bewertung der zu übergebenden Praxis(-anteile) sicherzustellen, gilt ausnahmslos das folgende Bewertungsverfahren für die Ermittlung eines objektiven Substanzwertes und Firmenwertes (ideeller Wert) der zu übergebenden Praxis(-anteile).

Ungeachtet der nachfolgenden Bestimmungen besteht für Seniorpartner die Möglichkeit, auf die Bezahlung des objektiven Substanzwertes und des Firmenwertes teilweise oder zur Gänze zu verzichten.

(2) Bewertungsschema für den Substanzwert:

Die Abschreibungsdauer berechnet sich bei bereits bestehenden Gruppenpraxen nach den Modellen 1 – 3 vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Investition bis zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Aufnahme des neuen Gesellschafters, bei den neu zu gründenden Gruppenpraxen nach den Modellen 2 und 3 vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Investition bis zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Gründung der Vertragsgruppenpraxis; bei Modell 4 vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Investition bis zum Ende der Vertragsgruppenpraxis. In allen Fällen ist die Berechnung zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Vertragsgruppenpraxis vorzunehmen.

Die getätigten Investitionen sind wie folgt zu bewerten, wobei zu den Investitionen auch Leasinggüter entsprechend den Einkommensteuerrichtlinien betreffend steuerliche Zurechnung von Leasinggütern zählen:

- Investitionen bis € 5.000,--: mit Beginn jeden Jahres Abwertung um 20 %; nach Ablauf von 4 Jahren, also mit Beginn des 5. Jahres, sind Investitionen auf € 0.- abgewertet.

- Investitionen zwischen € 5.000,-- und € 10.000,--: mit Beginn jeden Jahres Abwertung um 20 %; zwischen dem Beginn des 5. Jahr und dem Beginn des 9. Jahres bleibt der Restwert bei 20 % des Neuwertes; d.h. mit Beginn des 10. Jahres ist das Gerät auf € 0,-- abgeschrieben.
- Investitionen über € 10.000,--: mit Beginn jeden Jahres Abwertung um 10 %; nach Ablauf von 9 Jahren, also mit Beginn des 10. Jahres, sind Investitionen auf € 0.- abgewertet.
- Mobilien werden auf 10 Jahre abgewertet; d.h. mit Beginn des 10. Jahres ist dieses auf € 0,-- abgewertet; sämtliche EDV-Investitionen werden auf 5 Jahre abgewertet; d.h. mit Beginn des 5. Jahres sind die Investitionen auf € 0,-- abgewertet
- Wird von einer Gruppenpraxis zusätzlich zur Übernahme einer bestehenden vertragsärztlichen Praxis bzw. eines Praxisanteiles auch eine Hausapotheke übernommen, so ist das Medikamentenlager zum Apothekeneinstandspreis zu übernehmen.
- Wird bei den Modellen 2, 3 und 4 die Führung einer Zweitordination fakultativ ausgeschrieben, so ist die anteilige Ablöse des Substanzwertes für die Zweitordination dann zu leisten, wenn die Zweitordination von der Vertragsgruppenpraxis oder bei Modell 4 im Zuge der Kassenplanstellennachfolge unmittelbar oder binnen Jahresfrist weitergeführt wird.
- Investitionen in fremde Gebäude (z.B.: Mietobjekte) soweit der Juniorpartner in den Nutzungsvertrag eintritt oder die Räumlichkeiten tatsächlich weiterbenutzt und insoweit der Seniorpartner keinen Anspruch auf Investitionskostenablöse gegenüber dem Eigentümer hat: mit Beginn jeden Jahres Abwertung um 5 %; nach Ablauf von 19 Jahren, also mit Beginn des 20. Jahres sind Investitionen auf € 0.- abgewertet.

Eine Bewertung darf nur für Geräte bzw. Medikamente eines Hausapothekenlagers erfolgen, die für die vertragsärztliche Tätigkeit brauchbar sind. Kraftfahrzeuge dürfen nur dann bewertet werden, wenn diese nachweislich (Anlageverzeichnis) zu 100 % betrieblich genutzt werden („echte Firmenautos“) und sind mit dem Eurotax-Händler Einkaufspreis anzusetzen. Bei der Kammer wird eine Kommission eingerichtet, die die Brauchbarkeit der Geräte im Zweifelsfall beurteilt. Nur bei einer Gruppenpraxis nach dem Modell 4 können für Investitionen, die nach den obigen Bestimmungen auf Null abgewertet wurden und für Verbrauchsgüter (Infusionsflaschen, Verbände, Spritzen...- ausgenommen pro-ordinatione-Bedarf) vom Juniorpartner freiwillig Beträge geleistet werden, die dem tatsächlichen Wert der übernommenen Investitionen bzw. Verbrauchsgüter entsprechen müssen. Eine solche Vereinbarung kann rechtsgültig erst nach der verbindlichen Zuerkennung der ausgeschriebenen Nachfolgepraxis an den Juniorpartner abgeschlossen werden.

(3) Bewertungsschema für den Firmenwert (ideeller Wert) einer bestehenden Vertragsarztpraxis oder Vertragsgruppenpraxis (Ärzte für Allgemeinmedizin oder allgemeine Fachärzte):

Der Wert einer Praxis hängt nicht nur vom Substanzwert ab, sondern auch davon, wie viele Patienten in dieser Praxis betreut wurden, was sich im bisherigen Umsatz widerspiegelt.

Die Berechnungsbasis wird um Umsatzanteile aus Tätigkeiten, die aus kassenvertraglichen Gründen nicht fortgeführt werden können, reduziert.

- a) Basis für die Berechnung des Firmenwertes, die zum Zeitpunkt der Antragstellung vorzunehmen ist, ist daher grundsätzlich der durchschnittliche Sachleistungsumsatz der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, der Versicherungsanstalt öffentlich

Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (im Folgenden gemeinsam „Sonderversicherungsträger“ genannt) sowie der Kasse pro Jahr (im Folgenden „Jahresumsatz“ genannt), wobei nur jene Umsätze (Voraus- und Restzahlungen), die in den letzten beiden vollen Kalenderjahren vor Antragstellung eingegangen sind (Zuflussprinzip), zur Berechnung herangezogen werden.

- b) Berechnungsbasis für den Firmenwert bei geringeren Beobachtungszeiträumen als zwei Kalenderjahren:
- Die Praxis besteht für einen Zeitraum von 4 Quartalen bis 8 Quartalen vor Antragstellung: aus den Umsätzen der bereits abgerechneten Quartale wird ein Quartalsdurchschnitt gebildet und auf ein Kalenderjahr hochgerechnet.
 - Die Praxis besteht weniger als 4 Quartale und zumindest 1 Quartal vor Antragstellung: die Summe der Umsätze der bereits abgerechneten Quartale wird auf ein Kalenderjahr hochgerechnet.
 - Die Praxis wurde weniger als 1 Quartal vor Antragstellung geführt: als Berechnungsbasis für den Firmenwert wird der Umsatz des letzten vollen Kalenderjahres des Kassenplanstellenvorgängers herangezogen, soweit dieser bekannt ist. Ist dieser nicht bekannt, wird der Durchschnitt des Umsatzes der Fachgruppe im letzten vollen Kalenderjahr zugrunde gelegt.
- c) Bei der Übernahme von Hausapotheken werden von den durchschnittlichen Sachleistungsumsätzen mit den Sonderversicherungsträgern und der Kasse (inkl. Rezeptgebühr) der Hausapotheke in den letzten beiden vollen Kalenderjahren die Apothekeneinstandspreise jener Medikamente abgezogen, die zum Sachleistungsumsatz in diesem Zeitraum beigetragen haben. Sofern die Hausapotheke vom Seniorpartner weniger als zwei Kalenderjahre vor Antragstellung betrieben wurde, ist für die Firmenwertberechnung die Regelung nach lit. b sinngemäß anzuwenden.
- d) Falls der Juniorpartner eine fakultativ ausgeschriebene Zweitordination nicht weiterführt und diese auch nicht binnen Jahresfrist nach dem Besetzungszeitpunkt wiedereröffnet, ist der Firmenwert zu vermindern: Dazu wird der prozentuelle Anteil der Ordinationszeiten in der von der Schließung betroffenen Zweitordination an den Ordinationszeiten laut Einzelvertrag errechnet. Um die Hälfte des so ermittelten Prozentsatzes wird die Berechnungsbasis des Firmenwerts reduziert.

Von dieser Berechnungsbasis ist ein Betrag für den ideellen Wert zu bezahlen; und zwar 16,67 % eines Jahresumsatzes. Wenn in der politischen Gemeinde oder in einer angrenzenden politischen Gemeinde auch andere Vertragsärzte der gleichen Fachrichtung ansässig sind, dann sind für den ideellen Wert 20 % zu veranschlagen, weil dort der bestehende Patientenstamm dem Praxisübernehmer mehr Vorteile bringt. Davon abweichend gilt für Modell 4, wenn das Ende der Gruppenpraxis nach dem Quartal liegt, in dem der Seniorpartner das 65,5. Lebensjahr vollendet: Der Juniorpartner ist nicht verpflichtet, eine Zahlung für den Firmenwert zu leisten. Der Juniorpartner darf dann allerdings seinerseits im Rahmen einer Gruppenpraxis keine Zahlung für den Firmenwert verlangen. Dem Juniorpartner steht es frei, 8,33 % (bzw. 10 %) eines Jahresumsatzes an den Seniorpartner zu bezahlen, um diese Rechtsfolge zu verhindern (Optionsrecht des Juniorpartners). Beahlt der Juniorpartner einen geringeren Prozentsatz als 8,33 % (bzw. 10 %), so darf er seinerseits im Rahmen einer Gruppenpraxis nur einen dem geleisteten Ausmaß entsprechenden Prozentsatz der Zahlung für den Firmenwert verlangen.

(3a) Der Firmenwert (ideeller Wert) einer bestehenden vertragsärztlichen Praxis eines Facharztes für Radiologie oder eines Facharztes für medizinische und chemische Labordiagnostik wird nach der sog. „Übergewinnmethode“ wie folgt berechnet, wobei für die Ermittlung des jeweiligen Jahresgewinnes hinsichtlich der Investitionen und Aufwendungen für medizinische Geräte, die in Absatz 4 genannten Beträge anzusetzen sind.

Der ausschließlich aus ärztlichen Tätigkeiten resultierende Jahresgewinn vor Steuern (je nach Veranlagungsform gem. § 4 (1) oder (3) EStG) ohne Berücksichtigung des Gewinnfreibetrages gem. § 10 EStG der drei letzten vollen Kalenderjahre vor Antragstellung der Gruppenpraxis ist für jedes Jahr unter Berücksichtigung des vorstehenden Absatzes iVm Abs. 4 getrennt zu ermitteln und werden die drei Jahresgewinne in der Folge addiert und anschließend durch 3 dividiert, um einen durchschnittlichen Jahresgewinn zu ermitteln. Davon ist anschließend der kalkulatorische Unternehmerlohn des Kalenderjahres der Antragstellung in Abzug zu bringen. Als kalkulatorischer Unternehmerlohn wird ein Betrag von € 121.118,90 (Stand 2022) festgelegt. Dieser Betrag entspricht dem Jahresgehalt eines Facharztes für Radiologie aus dem Spitalsbereich. Eine jährliche Valorisierung dieses Betrages erfolgt entsprechend der Änderung der Gehälter im Bereich der landesbediensteten Spitalsärzte.

Von dem sich so ergebenden Betrag ist mit dem zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Gruppenpraxis geltenden Steuersatz die Jahreseinkommenssteuerbelastung der bestehenden vertragsärztlichen Praxis vor der Antragstellung für die Gruppenpraxis in Abzug zu bringen. Es ergibt sich der „Gewinn pro Jahr der bestehenden vertragsärztlichen Praxis in der Übergewinnphase“.

In einem nächsten Schritt ist der nach § 6 Abs. 2 ermittelte Substanzwert mit jenem Zinssatz zu multiplizieren, der sich aus der von der Österreichischen Nationalbank veröffentlichten „Umlaufgewichteten Durchschnittsrendite für Bundesanleihen (UDRB)“ im letzten Quartal vor Antragstellung für die Vertragsgruppenpraxis plus 3 %-Punkte ergibt. So erhält man den „Normalgewinn eines Jahres“ für die bestehende vertragsärztliche Praxis.

Vom Gewinn pro Jahr der bestehenden vertragsärztlichen Praxis in der Übergewinnphase ist dann der Normalgewinn eines Jahres abzuziehen und es ergibt sich der „Übergewinn pro Jahr“ der bestehenden vertragsärztlichen Praxis.

Dieser Übergewinn pro Jahr ist über eine Zeitspanne von 7 Jahren mit jenem Zinssatz abzuzinsen, der sich aus der von der Österreichischen Nationalbank veröffentlichten „Umlaufgewichteten Durchschnittsrendite für Bundesanleihen (UDRB)“ im letzten Quartal vor Antragstellung für die Gruppenpraxis plus 3 %-Punkte ergibt. Dabei ist nach folgender Formel vorzugehen:
Übergewinn pro Jahr x (1+Zinssatz)⁻¹ + Übergewinn pro Jahr x (1+Zinssatz)⁻² + Übergewinn pro Jahr x (1+Zinssatz)⁻³ + Übergewinn pro Jahr x (1+Zinssatz)⁻⁴ + Übergewinn pro Jahr x (1+Zinssatz)⁻⁵ + Übergewinn pro Jahr x (1+Zinssatz)⁻⁶ + Übergewinn pro Jahr x (1+Zinssatz)⁻⁷

Daraus ergibt sich der Firmenwert der bestehenden vertragsärztlichen Praxis.

Der oder die bestehende(n) Gesellschafter sind verpflichtet, auf ihre Kosten die Berechnung des Substanz- und Firmenwertes durchzuführen, bzw. durchführen zu lassen. Auch der Junior-Gesellschafter kann auf seine Kosten die Berechnung des Substanz- und Firmenwertes durchführen

bzw. durchführen lassen. Weichen die beiden Berechnungen voneinander ab, wird die Kammer im Einvernehmen mit der Kasse eine Steuerberatungskanzlei mit der Berechnung des Substanz- und Firmenwertes beauftragen. Die Kosten dafür sind von demjenigen Arzt zu tragen, dessen Berechnung mehr von jener der von Kammer und Kasse beauftragten Steuerberatungskanzlei abweicht.

(4) Die Gewinnermittlung für jedes Kalenderjahr hat mit der Besonderheit zu erfolgen, dass hinsichtlich der Investitionen und Aufwendungen für medizinische Geräte Mindestbeträge zum Ansatz kommen, deren Höhe gemäß nachstehendem Staffelungssystem festzulegen ist (Mindestinvestitionssumme). Die übrigen Investitionen und Aufwendungen bleiben davon unberührt, sind jedoch für die Gewinnermittlung entsprechend den steuerlichen Grundsätzen jedenfalls mit zu berücksichtigen.

Unter „Investitionen und Aufwendungen für medizinische Geräte“ sind ausschließlich gewinnmindernde Abschreibungen für medizinische Geräte sowie Instandhaltungs-, Service- und Wartungskosten zu verstehen, die mit den abgeschriebenen medizinischen Geräten im direkten Zusammenhang stehen. Ausdrücklich nicht darunter zu verstehen sind Investitionen und Abschreibungen für Aufwendungen in Gebäude und Räumlichkeiten und alle sonstigen Investitionen, Aufwendungen und Abschreibungen.

Beträgt der Gesamtumsatz der Vertragspraxis im jeweiligen Kalenderjahr bis zu Euro 600.000,--, ist die Gesamtsumme für gewinnmindernde Abschreibungen für medizinische Geräte sowie Instandhaltungs-, Service- und Wartungskosten mit 13 % des Umsatzes festzulegen. Beträgt der Gesamtumsatz über Euro 600.000 bis zu Euro 1.000.000,--, ist für den Euro 600.000,-- übersteigenden Teil zusätzlich eine Gesamtsumme für gewinnmindernde Abschreibungen für medizinische Geräte sowie Instandhaltungs-, Service- und Wartungskosten in Höhe von 10 % festzulegen. Beträgt der Umsatz mehr als Euro 1.000.000,-- ist für den Euro 1.000.000,-- übersteigenden Teil zusätzlich eine Gesamtsumme für gewinnmindernde Abschreibungen für medizinische Geräte sowie Instandhaltungs-, Service- und Wartungskosten in Höhe von 7 % festzulegen. Die solcherart ermittelten Summen der Investition und Aufwendungen für medizinische Geräte sind in der Folge zu addieren (Gesamtsumme aller Staffelbeträge). Ist bei Berechnung des jeweiligen Jahresgewinnes die im jeweiligen Kalenderjahr tatsächlich angefallene Gesamtsumme für gewinnmindernde Abschreibungen für medizinische Geräte sowie Instandhaltungs-, Service- und Wartungskosten höher als die ermittelte Gesamtsumme aller Staffelbeträge, dann ist erstere zum Ansatz zu bringen, im gegenteiligen Fall ist jedenfalls die Gesamtsumme aller Staffelbeträge als Mindestbetrag heranzuziehen.

Wird bei einem Facharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik die Anschaffung eines medizintechnischen Gerätes nicht durch Kauf sondern über den Reagenzienpreis finanziert, so ist – sofern diese Geräteinvestition bei der Berechnung, ob die Mindestinvestitionssumme erreicht wurde oder nicht, herangezogen werden kann und soll - vom Seniorpartner nachzuweisen, wie hoch der Preis bei direktem Kauf gewesen wäre (im Zweifel gilt der Listenpreis) und ist die Nutzungsdauer in Jahren anzuführen. Diese Angaben sind vom Fachgruppenvertreter – wenn dieser selbst betroffen ist von seinem Stellvertreter - zu überprüfen und allenfalls zu korrigieren. Der so festgelegte Preis ist in der Folge durch die Nutzungsdauer zu dividieren um eine fiktive Investitionssumme pro Jahr festzulegen. Diese fiktive Investitionssumme kann dann bei der Berechnung, ob die Mindestinvestitionssumme erreicht wurde oder nicht, in jedem der dazu herangezogenen Jahre angesetzt werden, sofern dem Juniorpartner die Nutzung dieses Gerätes weiterhin (z.B. durch Einstieg in die entsprechende Vereinbarung mit dem Geräteverkäufer) möglich ist.

(5) Auf die Vertragsgruppenpraxismodelle sind die dargestellten Bewertungsschemata wie folgt anzuwenden:

- a) Modell 1: Keine Geltung der gesamtvertraglichen Bewertungsschemata für die (Erst-)Zusammenschlüsse bestehender Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen. Die Bewertungsschemata sind nur anzuwenden für Gesellschafterwechsel oder die Neuaufnahme von Gesellschaftern, insbesondere bei:
1. Berechnung des Aufgriffspreises für die Gesellschaftsanteile bei Ausscheiden eines Gesellschafters, sofern die Kassenplanstelle in der Gruppenpraxis verbleibt;
 2. Berechnung des Preises für die Abtretung der Gesellschaftsanteile bei Neuaufnahme eines Gesellschafters.
- Der Substanz- und Firmenwert ist grundsätzlich je nach Anteil des Arztes an der Gesellschaft zu bezahlen, wobei bestehende Verbindlichkeiten der Gesellschaft im aliquoten Umfang (entsprechend dem Gesellschaftsanteil des ausscheidenden Gesellschafters) mindernd zu berücksichtigen sind.
- b) Modell 2: der Substanzwert ist anteilig entsprechend dem übertragenen Anteil an der OG zu bezahlen; der Firmenwert ist nach folgender Formel zu bezahlen:
- Umfang der Kassenstelle multipliziert mit dem Anteil des Junior-Gesellschafters an der OG abzüglich des ausgeschriebenen Zusatzbedarfes.
- c) Modell 3: Anteilige Bezahlung des Substanz- und Firmenwertes je nach Anteil des eintretenden Arztes an der Gesellschaft.
- d) Modell 4: Die Bezahlung des Substanz- und Firmenwertes ist erst bei Beendigung der Nachfolgepraxis und Übertragung des Einzelvertrages auf den Juniorpartner zu leisten. Der Seniorpartner hat bis zum Ende der Dauer der Nachfolgepraxis alle notwendigen Investitionen zu finanzieren, wobei alle geforderten Qualitätsstandards zu erfüllen sind. Investitionen, deren nach Abs. 2 berechneter Substanzwert zum in Aussicht genommenen Endzeitpunkt der Nachfolgepraxis € 2.000,-- überschreiten wird, sind im Einvernehmen zwischen Senior- und Juniorpartner zu tätigen. Die Veränderung beim Medikamentenlager von hausapothekenführenden Ärzten zwischen dem Zeitpunkt der Bewertung (Zeitpunkt der Antragstellung für die Vertragsgruppenpraxis) und dem Ende der Vertragsgruppenpraxis ist bei der Bezahlung des Substanzwertes auszugleichen. Von dem nach den Grundsätzen des Abs. 3 und des Abs. 3a errechneten Firmenwertes wird pro Monat der Dauer der Nachfolgepraxis 1 % des errechneten Firmenwertes in Abzug gebracht.

(6) Sofern der Vertragsarzt für Radiologie oder medizinische und chemische Labordiagnostik die von ihm betriebene Einzelkassenordination in Form einer Nachfolgepraxis gem. Modell 4 übernommen und hierfür eine Ablöse nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages in der Fassung des 3. Zusatzprotokolls bezahlt hat, er diese Einzelkassenordination seinerseits in eine Nachfolgepraxis gem. Modell 4 nach Inkrafttreten des 4. Zusatzprotokolls dieses Gesamtvertrages überführt und als weitere Voraussetzung das Ende der vom Vertragsarzt betriebenen Nachfolgepraxis innerhalb von 7 Jahren gerechnet ab Inkrafttreten des 4. Zusatzprotokolls liegt, gilt hinsichtlich der Berechnung der Ablöse nachfolgende Übergangsregelung:

Der Gesamtablösebetrag der Nachfolgepraxis ist in diesen Fällen so zu ermitteln, dass die Ablöseberechnung sowohl nach dem Ablösemodell in der Fassung des 3. Zusatzprotokolls, als auch

nach dem Ablösemodell in der Fassung des 4. Zusatzprotokolls getrennt durchgeführt wird. Beide ermittelten Ablösebeträge sind zu Siebteeln. Der nach der Fassung des 4. Zusatzprotokolls ermittelte Siebte Teil des Ablösebetrages ist mit der Anzahl der angefangenen Jahre zu multiplizieren, die seit Inkrafttreten des 4. Zusatzprotokolls bis zum Ende der Nachfolgepraxis anfallen (Ablösebetrag 1). Die übrigen Jahre, die auf 7 Jahre fehlen, sind mit dem Siebten Teil des nach der Fassung des 3. Zusatzprotokolls ermittelten Ablösebetrages zu multiplizieren (Ablösebetrag 2). Die Summe aus Ablösebetrag 1 und Ablösebetrag 2 bildet den relevanten Gesamtablösebetrag.

(7) Jene Fachärzte für Radiologie und medizinische und chemische Labordiagnostik, die vor Inkrafttreten des 4. Zusatzprotokolls als Juniorpartner in eine Gruppenpraxis nach Modell 2 oder Modell 3 eingetreten sind und eine Ablöse nach der vor Inkrafttreten des 4. Zusatzprotokolls geltenden Ablöseregelung an den Seniorpartner bezahlt haben, erhalten im Falle ihres Ausscheidens aus dieser Gruppenpraxis eine Ablöse ihrer Gesellschaftsanteile nach der vor dem Inkrafttreten des 4. Zusatzprotokolls geltenden Ablöseregelung.

(8) Für Anträge auf Gruppenpraxen von Fachärzten für Radiologie oder medizinische und chemische Labordiagnostik, die vor Inkrafttreten des 4. Zusatzprotokolls eingebracht wurden, sind die Ablöseregelungen des Gesamtvertrages in der Fassung des 3. Zusatzprotokolls anzuwenden.

(9) Der Seniorpartner ist verpflichtet, dem ausgewählten Juniorpartner sowie dessen Bevollmächtigten (Steuerberater, Rechtsanwalt, etc.) bereits vor Errichtung des Gesellschaftsvertrages umfassende Einsicht in sämtliche in Zusammenhang mit dem Zusammenschluss bzw. der Einbringung oder dem Anteilswerb stehende Unterlagen zu gewähren, um den Juniorpartner in die Lage zu versetzen, Kenntnis von den wirtschaftlichen Verhältnissen des Unternehmens zu erlangen.

§ 6a Unterstützung von Nachbesetzungen:

Abgesehen von den Zahlungen des Juniorpartners erhalten Seniorpartner von Nachfolgepraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten auf Antrag eine Prämie. Dies setzt voraus, dass der Seniorpartner spätestens innerhalb eines Jahres nach Ende der Nachfolgepraxis eine vorzeitige Pension oder Alterspension in Anspruch nimmt und der Juniorpartner den kurativen Einzelvertrag für das Versorgungsgebiet übernimmt. Diese Regelung ist ebenso anzuwenden in den Fällen des § 42e (1) (Tod und Erwerbsunfähigkeit Seniorpartner bei Modell 2 und 3).

Die Höhe der Prämie wird wie folgt ermittelt: im ersten Schritt werden 10 % des nach den Grundsätzen des § 6 (3) festgestellten Jahresumsatzes errechnet, wenn in der politischen Gemeinde oder in einer angrenzenden politischen Gemeinde (bei Ärzten für Allgemeinmedizin) bzw. in einer angrenzenden politischen Gemeinde oder im selben politischen Bezirk (bei Fachärzten) auch andere Vertragsärzte der gleichen Fachrichtung ansässig sind; ansonsten 8,33 %. Von diesem Betrag werden pro Monat der Dauer der Nachfolgepraxis 1 % in Abzug gebracht. Bei Nachfolgen nach Modell 2 wird für die Berechnung der Prämie maximal der Umsatz einer Kassenplanstelle herangezogen.

Die Zahlung erfolgt aus dem Topf für qualitätssichernde/patientenfreundliche Maßnahmen (PEQ) binnen acht Wochen nach Ende der Nachfolgepraxis. Sofern der Antrag auf Auszahlung der Prämie erst nach Ende der Nachfolgepraxis einlangt, erfolgt die Zahlung binnen acht Wochen nach Einlangen des Antrages.

§ 6b Investitionsabgeltung bei Nichtnachbesetzung:

(1) Ausschließlich Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin und Vertragsgruppenpraxen von allgemeinen Fachärzten, die einen Antrag auf Auszahlung der Investitionsabgeltung wegen Nichtnachbesetzung stellen, bekommen eine Investitionsabgeltung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen:

1. Die Nachbesetzung einer Kassenplanstelle oder –bruchstelle in der Gruppenpraxis wurde von Kammer und Kasse abgelehnt, weil die Kassenplanstelle nicht nachbesetzt, insbesondere verlegt werden soll.
2. Eine Investitionsabgeltung gebührt insbesondere nicht:
 - 2.1. wenn Gesellschafter der Gruppenpraxis ein Rückkehrrecht in den Einzelvertrag ausüben und dadurch die Kassenplanstellen in der Gruppenpraxis reduziert werden;
 - 2.2. wenn die Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis die Gesellschaftsanteile eines ausscheidenden Gesellschafters aufgreifen und ihren Gesellschafts- und Arbeitsanteil dauerhaft aufstocken und dabei die Kassenplanstellen in der Gruppenpraxis gleichbleiben;
 - 2.3 wenn die zur Auswahl berechtigten Ärzte bei den Modellen 1 – 4 eine Gesellschaftsgründung mit dem (oder die Übertragung der Gesellschafterrechte an den) aus dem Auswahlverfahren hervorgegangenen Bewerber(n) ablehnen oder nach der Ausschreibung der Antrag auf Gründung der Nachfolgepraxis zurückgezogen wird und dadurch die Kassenplanstellen in der Gruppenpraxis reduziert werden (§ 5 (3)).

(2) Vertragsgruppenpraxen, die ihren Einzelvertrag kündigen oder deren Einzelvertrag aus sonstigen Gründen beendet wird oder deren Gesellschafter aus der Gruppenpraxis ausscheiden und deren Stelle nachbesetzt wird, erhalten keine Investitionsabgeltung, auch wenn kein Nachfolger gefunden oder aufgenommen werden sollte. Ebenso nicht jene Vertragsgruppenpraxen, die kündigen oder deren Vertrag aus sonstigen Gründen beendet wird oder deren Gesellschafter ausscheiden, ohne dass ein Antrag auf Nachbesetzung gestellt wurde und die Stelle/Gesellschafterposition nicht nachbesetzt wird.

(3) Als Investitionsabgeltung werden 15 % des auf die nicht nachbesetzte Stelle oder Bruchstelle entfallenden, nach den Grundsätzen des § 6 Abs. 3 berechneten Jahresumsatzes an die Vertragsgruppenpraxis ausbezahlt, wenn der Gesellschafter bis zum Ende des Quartals aus der Gruppenpraxis ausscheidet, in dem das 65,5. Lebensjahr des ausscheidenden Gesellschafters liegt; danach 7,5 %. Falls keine anderen Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen der gleichen Fachrichtung in der politischen Gemeinde oder in einer angrenzenden politischen Gemeinde (bei Ärzten für Allgemeinmedizin) bzw. in einer angrenzenden politischen Gemeinde oder im selben politischen Bezirk (bei Fachärzten) niedergelassen sind, reduzieren sich die Beträge auf 12,5 % bzw. 6,25 %. Bei Gruppenpraxen nach Modell 2 gilt dies allerdings nur, sofern eine (Bruch-) Stelle tatsächlich versorgungswirksamer als vor der Stellenausweitung war. Die Zahlung wird aus dem Topf für qualitätssichernde/patientenfreundliche Maßnahmen (PEQ) geleistet.

(4) Die Investitionsabgeltung ist grundsätzlich zum Zeitpunkt des Ausscheidens der Gruppenpraxis oder des betreffenden Gesellschafters aus der vertraglichen Tätigkeit zu errechnen und wird mit der Endabrechnung für dieses Quartal ausbezahlt. Abweichend davon erfolgt die Berechnung bei Schaffung einer Vorgriffstelle zum Zeitpunkt der Besetzung der Vorgriffstelle, wobei für den Zeitraum ab Besetzung der Vorgriffstelle eine Valorisierung analog zu den durchschnittlichen

Valorisierungen der Honorare der entsprechenden Fachgruppe vorzunehmen ist. Die Investitionsabgeltung wird nach Vertragskündigung oder Ausscheiden eines nicht nachbesetzten Gesellschafters mit der Endabrechnung für dieses Quartal ausbezahlt und ist von der Gruppenpraxis an den ausgeschiedenen Gesellschafter zu leisten, wobei bestehende Verbindlichkeiten der Gesellschaft im aliquoten Umfang (entsprechend dem Gesellschaftsanteil des ausscheidenden Gesellschafters) mindernd berücksichtigt werden können.

§ 7 Inhalte des Gesellschaftsvertrages:

(1) Im Gesellschaftsvertrag der Vertragsgruppenpraxis sind neben den gesetzlichen Bestimmungen auch die Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zwingend zu beachten und insbesondere folgende Inhalte aufzunehmen:

1. Der Sitz der Gesellschaft samt genauer Geschäftsadresse.
2. Das für die Gesellschaft geltende Gruppenpraxis-Modell.
3. Beginn der Gruppenpraxis sowie die voraussichtliche Laufzeit des Kassenvertrages.
4. Die Anteile an der Gesellschaft, wobei die Mindest- und Höchstanteile an der Gesellschaft gemäß § 3 Abs. 8 einzuhalten sind.
5. Die Höhe der Ablösesumme (§ 6).
6. Im Gesellschaftsvertrag von Gruppenpraxen nach Modell 4 ist sicherzustellen, dass die gesamte Zusatzfinanzierung gem. § 35 Abs. 5 dem Juniorpartner als Gewinnanteil auszuzahlen ist. Wird seitens der Kasse keine Zusatzfinanzierung ausbezahlt, da der Seniorpartner nicht innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Nachfolgepraxis eine vorzeitige Pension oder Alterspension in Anspruch nimmt, hat der Seniorpartner den gesamten Betrag der Zusatzfinanzierung zu übernehmen. Vom Seniorpartner ist daher schon bei Antragstellung bekannt zu geben, ob er im Anschluss an die Nachfolgepraxis eine vorzeitige Pension oder Alterspension in Anspruch nehmen wird.
7. Abfertigungsansprüche von Ordinationspersonal, für die die Vertragsgruppenpraxis haftet und die bis zum Beginn der Vertragsgruppenpraxis (bei Modell 4: Ende der Vertragsgruppenpraxis) entstanden sind, hat der Seniorpartner wirtschaftlich alleine zu tragen und den Juniorpartner diesbezüglich schad- und klaglos zu halten, sofern das Ordinationspersonal nicht unter das Betriebliche Mitarbeiter- und Selbständigenvorsorgegesetz – BMSVG fällt (Neueintritt ab Jänner 2003). Ebenso haben bestehende Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis neu eintretende Gesellschafter nach Maßgabe der Dauer ihrer Gesellschaftszugehörigkeit und ihres Gesellschaftsanteiles bzw. etwaiger Abfertigungsansprüche schad- und klaglos zu halten.
8. Bei den Modellen 2 und 3 und in vergleichbaren Konstellationen (nachträgliche Stellenteilung / Job-Sharing bei einer Vertragsgruppenpraxis nach Modell 1) muss die Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg und an der Gesellschaft dem im Gesellschaftsvertrag vereinbarten Arbeitsanteil entsprechen. Bei Modell 4 ist der Arbeitsanteil zwischen Stelleninhaber und Stellennachfolger grundsätzlich im Verhältnis 50 : 50 aufzuteilen.
9. Im Gesellschaftsvertrag ist ausdrücklich festzuhalten, dass Forderungen/Verbindlichkeiten aus der Zeit vor Beginn der Gruppenpraxis ausschließlich zugunsten/zulasten des Seniorpartners wirken. Der Juniorpartner ist diesbezüglich schad- und klaglos zu halten. Ebenso haben bestehende Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis neu eintretende

Gesellschafter nach Maßgabe der Dauer ihrer Gesellschaftszugehörigkeit und ihres Gesellschaftsanteils schad- und klaglos zu halten.

10. Bei Modell 4 hat der Juniorpartner-Gewinnanteil unbeschadet der Höhe des Anteils an der Gesellschaft bei Vertragsgruppenpraxen mit Ärzten für Allgemeinmedizin mindestens 16 %, bei Vertragsgruppenpraxen mit allgemeinen Fachärzten mindestens 17 % des Umsatzes der Vertragsgruppenpraxis für vertragliche Leistungen an Versicherten der Sondersversicherungsträger sowie der Kasse zu betragen. Bei Vertragsgruppenpraxen mit Fachärzten für Radiologie oder mit Fachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik hat der Juniorpartner-Gewinnanteil unbeschadet der Höhe des Anteils an der Gesellschaft mindesten 25 % des Gewinnes vor Steuern gem. § 4 Abs. 1 bzw. Abs. 3 EStG aus der vertragsärztlichen Praxis sowie sonstiger Einkünfte aus der Ordinationstätigkeit zu betragen. Bis zu einer endgültigen Gewinnermittlung sind zwischen Senior- und Juniorpartner realistische Akontozahlungen zu vereinbaren. Darüber hinaus hat der Juniorpartner-Gewinnanteil auch 10 % aller Sachleistungsumsätze (inkl Rezeptgebühren) der Gruppenpraxis in der Hausapotheke bei der Kasse sowie allen Sondersversicherungsträgern abzüglich Apothekeneinstandspreis für diese Heilmittel zu betragen. Der danach verbleibende Gewinn steht, soweit nichts Gegenteiliges vereinbart ist, zur Gänze dem Seniorpartner zu.
11. Bei Modell 4 ist der Juniorpartner nicht an einem allfälligen Verlust und auch nicht an den laufenden Kosten beteiligt.
12. Für den Fall, dass ein Fremdgeschäftsführer bestellt wird, ist dafür das Einvernehmen aller Gesellschafter erforderlich.
13. Sicherstellung, dass sowohl sämtliche Gesellschafter als auch die Gesellschaft über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung gem. § 52d ÄrzteG verfügen.

(2) Fakultativ können insbesondere folgende Inhalte zwischen den Gesellschaftern geregelt werden:

1. Dem Seniorpartner steht offen, vom Juniorpartner zu Besicherung der Ablösezahlung des § 6 bei Gründung der Vertragsgruppenpraxis eine Bankgarantie oder andere Sicherstellung einzufordern. In diesem Fall hat der Seniorpartner die Kosten für die Sicherstellung zur Hälfte zu tragen, maximal jedoch in der Höhe von einem Prozent des sichergestellten Betrages.
2. Vorzeitige Kündigungsmöglichkeit bzw. Austrittsrechte der Gesellschafter mit Rückabwicklung der getätigten Investitionen.
3. Vertretungsregelungen im Verhinderungsfall (insbesondere Krankheit, Urlaub, Fortbildung).
4. Vertretung der Gesellschaft nach außen und Geschäftsführung.
5. Regelung von Konkurrenzsituationen.

(3) Von diesem Gesamtvertrag abweichende Vereinbarungen können im Gesellschaftsvertrag nur getroffen werden, wenn

- sie ausschließlich das Verhältnis der Gesellschafter untereinander betreffen und

- sie zugunsten des Juniorpartner sind und
- Kammer und Kasse den Vereinbarungen nicht ausdrücklich widersprechen.

§ 8 Einzelvertragsverhältnis:

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen der Kasse und der Vertragsgruppenpraxis wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages mit der zu gründenden Gesellschaft begründet.
- (2) Durch den Einzelvertrag mit der OG entsteht kein Anstellungsverhältnis zwischen den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis und der Kasse.
- (3) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird von der Kasse an die Kammer übermittelt.
- (4) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages (Kasse und Gesellschaft) ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag samt Zusatzvereinbarungen und dem Einzelvertrag.

§ 9 Abschluss des Einzelvertrages:

- (1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen der Vertragsgruppenpraxis und der Kasse ist der in der Anlage 3 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 der Vertragsgruppenpraxis nur im Einvernehmen mit der Kammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.
- (2) Die Kasse folgt der Vertragsgruppenpraxis den Einzelvertrag grundsätzlich nach dem Invertragnahmeseminar aus.
- (3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Tag, der im Einzelvertrag als Vertragsbeginn angeführt ist.
- (4) Der Einzelvertrag wird bei Modell 1 grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen zwischen Kasse und Kammer der Einzelvertrag auch auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden. Bei den Modellen 2 bis 4 wird der Vertrag mit der Vertragsgruppenpraxis von vornherein auf bestimmte Zeit bis zu einem vom antragstellenden Vertragsarzt/der antragstellenden Vertragsgruppenpraxis festgelegten Endzeitpunkt abgeschlossen. Das Kündigungsrecht der Vertragsgruppenpraxis und der Kasse wird durch eine Befristung nicht berührt.
- (5) Jede Änderung der Zahl oder der Personen der Gesellschafter ist nur mit vorheriger Zustimmung von Kammer und Kasse zulässig. Für die Aufnahme eines neuen Gesellschafters gelten die §§ 4 und 5.
- (6) Eine Änderung der Gesellschaftsanteile ist während der ersten 3 Jahre der Laufzeit des Einzelvertrages mit der Vertragsgruppenpraxis nur mit Zustimmung von Kammer und Kasse möglich, sowie dann, wenn bei einem der beiden Gesellschafter eine bescheidmäßig

nachgewiesene Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 % eintritt, sodass er nicht im vereinbarten Ausmaß weiterarbeiten kann. Nach 3 Jahren Laufzeit ist eine Änderung der Anteile an der Gesellschaft grundsätzlich möglich.

§ 10 Wechsel der Ordinationsstätte/des Berufssitzes:

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte darf zu keiner Verschlechterung der Versorgung und der Erreichbarkeit der Vertragsordination führen.

(2) Ein beabsichtigter Ordinationsstättenwechsel innerhalb der Gemeinde (in Linz und Wels innerhalb des Planungsbezirkes) des vertraglichen Berufssitzes ist von der Vertragsgruppenpraxis der Kammer und der Kasse schriftlich mit dem von Kammer und Kasse zur Verfügung gestellten Antragsformular bekanntzugeben. Wird innerhalb von zwei Wochen nach Einlangen des Antragsformulars von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag der Vertragsgruppenpraxis die paritätische Schiedskommission.

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

(4) Ein Wechsel des vertraglichen Berufssitzes (in Linz und Wels ein Wechsel in einen anderen Planungsbezirk) ist grundsätzlich nur im Rahmen eines neuerlichen Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens zulässig. Von diesem Verfahren kann im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien aus sachlich gerechtfertigten Gründen abgesehen werden; dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn sich durch den Wechsel des vertraglichen Berufssitzes die Versorgungssituation in der Region verbessert.

§ 11 Stellvertretung:

(1) Wenn die Vertragsgruppenpraxis im Falle einer persönlichen Verhinderung aller ihrer Gesellschafter geschlossen ist, ist eine Vertretung jedenfalls zwingend. Sie ist möglich durch zwei Arten der Vertretung, und zwar:

- a) durch eine Vertretung in der Ordination der Vertragsgruppenpraxis unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen. Die vertretene Vertragsgruppenpraxis honoriert den Vertreter und rechnet mit der Kasse tarifgemäß ab. Der Vertreter hat die Stampiglie der Vertragsgruppenpraxis zu verwenden und mit dem Zusatz „i.V.“ zu unterfertigen.
- b) durch einen anderen Vertragsarzt oder eine andere Vertragsgruppenpraxis, mit dem bzw. der die Vertretung zuvor abzusprechen ist. Die Vertragsgruppenpraxis hat die Anspruchsberechtigten in geeigneter Weise (zB mit Anrufbeantworter und durch Hinweise im Ordinationsbereich) auf die Vertretung hinzuweisen. Der vertretende Vertragsarzt bzw. die vertretende Vertragsgruppenpraxis hat die Leistungen für die Patienten der vertretenen Vertragsgruppenpraxis gemäß den einschlägigen Bestimmungen der Honorarordnung abzurechnen.

Zum Vertreter einer Vertragsgruppenpraxis, deren Gesellschafter Fachärzte sind, kann nur ein Vertragsfacharzt desselben Fachgebietes oder eine Vertragsgruppenpraxis mit entsprechenden Fachärzten bestellt werden.

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

(3) Regelmäßige Vertretungen (zB an bestimmten Wochentagen) sind nur unter Einhaltung der Bestimmungen des § 44 (Sonderregeln für die erweiterte Vertretung) zulässig.

§ 12 Ärztliche Behandlung:

(1) Die ärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt der Vertragsgruppenpraxis nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Die ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis selbst auszuüben.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die ärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis und der der Vertragsgruppenpraxis 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 Kasse von der Gruppenpraxis 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 der Kasse nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden von der Kasse nicht vergütet. Leistungen, von denen Kasse und Kammer gemeinsam der Auffassung sind, dass sie wirkungslos sind oder Patienten gefährden, dürfen von Vertragsgruppenpraxen nicht erbracht werden; und zwar weder auf Kosten der Kasse noch gegen direkte Verrechnung mit dem Patienten. Diese Leistungen sind in einer von den Gesamtvertragsparteien (Ärzttekammer und Kasse) gemeinsam zu erstellenden Liste (Anlage 4) taxativ anzuführen. Änderungen dieser Liste sind wiederum nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien möglich.

(5) Die Vertragsgruppenpraxis wird ärztliche Leistungen im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung ihrer eigenen Gesellschafter und - soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben - deren Ehepartner, eingetragene Partner, Kinder, Enkel und Eltern, der Kasse nicht verrechnen; sie

ist jedoch zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der Kasse in diesen Fällen berechtigt.

§ 13 Sicherstellung der Qualitätsmedizin als Sachleistung

(1) Vertragsgruppenpraxen dürfen für Leistungen, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung darstellen, keine direkten Zahlungen von Anspruchsberechtigten oder Dritten (z.B. Privatversicherungen) verlangen oder entgegennehmen; unabhängig davon, ob die durchgeführte Leistung in der Honorarordnung als Sonderleistungsposition geregelt ist bzw. ob die Leistung von der Vertragsgruppenpraxis mit der Kasse verrechnet werden kann. Falls entgegen dieser Bestimmung dennoch direkte Honorare entgegengenommen werden, werden diese von der Kasse dem Anspruchsberechtigten in voller Höhe rückerstattet. Die dafür aufgewendeten Beträge sind von der Vertragsgruppenpraxis der Kasse zu ersetzen.

(2) Folgende Leistungen sind von der Vertragsgruppenpraxis mit dem Anspruchsberechtigten verrechenbar:

- a) Leistungen, die ihrer Art nach keine Krankenbehandlungen darstellen, wie z.B. Führerscheinuntersuchungen, Flugtauglichkeitsuntersuchungen, rein prophylaktische Leistungen sofern sie nicht gesamtvertraglich als Sachleistung zu erbringen sind, Atteste für private Zwecke usw.
 - b) Komplementärmedizinische (wissenschaftlich nicht erprobte) Leistungen.
 - c) Private Inanspruchnahme der Vertragsgruppenpraxis, bei der der Anspruchsberechtigte für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bewusst keine e-card abgeben will und der Anspruchsberechtigte somit auf den Sachleistungsanspruch verzichtet, wobei in diesem Fall von der Kasse auch kein Rückersatz geleistet wird. Erkrankt der Anspruchsberechtigte, der die Vertragsgruppenpraxis privat in Anspruch genommen hat, während des Abrechnungszeitraumes so, dass er die weitere Behandlung auf Kosten der Kasse abgewickelt haben will, werden ab dem Zeitpunkt der Scheinvorlage für den restlichen Abrechnungszeitraum die ärztlichen Leistungen mit der Kasse verrechenbar.
 - d) Leistungen, die von der Vertragsgruppenpraxis außerhalb ihrer Ordination(en) erbracht werden (zB in Tageskliniken oder von den Gesellschaftern als Belegärzte im Krankenhaus), sofern diese Leistungen typischerweise in einer Kassenordination der betreffenden Fachrichtung nicht erbracht werden können (zB weil dafür eine umfangreiche Anästhesieeinrichtung oder ein steriler OP-Raum notwendig ist oder weil nicht bloß eine Regionalanästhesie oder zwar eine Regionalanästhesie, aber mit anästhesiespezifischen Anästhesietechniken durchgeführt wird.)
- (3) Leistungen, die nur bei bestimmten Indikationen mit der Kasse verrechenbar sind, sind außerhalb dieser definierten Indikationen nur dann Krankenbehandlungen, wenn sie der Chefarzt im konkreten Einzelfall als Krankenbehandlung beurteilt. Die Vertragsgruppenpraxen sind in Zweifelsfällen oder auf Verlangen des Patienten verpflichtet, für solche Leistungen die chefärztliche Beurteilung einzuholen. Falls der Chefarzt eine Leistung bei bestimmten Indikationen generell als Krankenbehandlung bewilligt, ist die vertragliche Indikationsliste entsprechend zu erweitern. Eine chefärztliche Bewilligung kann nur bei Leistungszuständigkeit der Kasse erteilt werden.

§ 14 Behandlung in der Ordination/Diskriminierungsverbot:

(1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die die Vertragsgruppenpraxis aufsuchen. Die Bevorzugung von einzelnen Patienten (zB je nach Kasse) ist unzulässig.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis hat die mit der Kasse vereinbarte Ordinationszeit nach Möglichkeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die der Kasse bekanntgegebenen Ordinationszeiten, sofern diese dagegen keinen Einspruch erhebt. Kommt über eine von der Vertragsgruppenpraxis beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an die Kasse ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die paritätische Schiedskommission.

(3) Die Anwesenheitszeiten der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis müssen gegenüber den Patienten transparent sein (freie Arztwahl). Die Anwesenheitszeiten sowie deren Änderungen sind der Kasse bekannt zu geben. Gesellschafter, die laut Gesellschaftsvertrag einen Gesellschaftsanteil übernommen haben, der dem Umfang einer Kassenplanstelle entspricht haben zumindest 20 Stunden/Woche während der Ordinationszeiten in der Ordination persönlich ärztlich tätig zu sein. Für Gesellschafter mit einem geringeren Gesellschaftsanteil gilt diese Regelung im aliquoten Umfang.

(4) Sofern im jeweiligen Versorgungsgebiet (für Allgemeinmedizin die Gemeinde sowie die umliegenden Gemeinden, sofern sie versorgungsrelevant sind, für Fachärzte der Bezirk, bzw. in Linz innerhalb der von ÄK und Kasse festgelegten Planungsbezirke I bis V) bereits ein oder mehrere Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen derselben Fachrichtung ansässig sind, hat sich die neu in Vertrag genommene Vertragsgruppenpraxis hinsichtlich veränderter bzw. hinzukommender Ordinationszeiten an den Ordinationszeiten bereits bestehender Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen zu orientieren. Das heißt, die geänderten bzw. hinzugekommenen Nachmittags- bzw. Abendordinationen der neu in Vertrag genommenen Vertragsgruppenpraxis dürfen sich höchstens an einem Tag mit den bestehenden Nachmittags- bzw. Abendordinationen bereits niedergelassener Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen überschneiden. Sollte sich durch diese Regelung zwingend nur mehr ein fixer Nachmittag oder Abend ergeben, kann stattdessen an einem anderen Tag eine Nachmittags- oder Abendordination angeboten werden, sofern eine solche im Versorgungsgebiet noch unversorgt ist. Ab zwei Vertragspartnern derselben Fachrichtung ist von Montag bis Freitag zumindest eine Ordination eines Vertragsarztes oder einer Vertragsgruppenpraxis geöffnet zu halten. Bei größeren Einheiten ab drei Kassenplanstellen muss jedenfalls, falls unversorgt, der Freitagnachmittag (Abend kann in einen Nachmittag umgewandelt werden) abgedeckt werden. Sofern die Lage eines ordinationsfreien Tages geändert werden sollte, darf sich dieser nicht mit dem / den ordinationsfreien Tag(en) bereits niedergelassener Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen überschneiden.

(5) Die Ordinationstätigkeit der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis darf grundsätzlich (ausgenommen Krankenbesuche) nur in den eigenen Ordinationsräumen der Gruppenpraxis ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

(6) Die Bestimmungen dieses Gesamtvertrages gelten auch vollinhaltlich für die Tätigkeit von Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis in Zweitordinationen, und zwar unabhängig davon ob sie dort in einer Einzelordination oder einer Gruppenpraxis tätig werden. Solche Zweitordinationen,

in denen Leistungen erbracht werden, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung iSd § 12 dieses Gesamtvertrages darstellen (wazu auch Mutter-Kind-Pass Leistungen zählen), dürfen nur mit Genehmigung von Kammer und Kasse betrieben werden. Das gilt sinngemäß auch für Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, die über die einzelvertraglich vereinbarte Tätigkeit in einer bestimmten Fachrichtung hinaus auch eine Tätigkeit in einer anderen Fachrichtung (deren Ausbildung sie ebenfalls nachweisen können) ausüben bzw. ausüben wollen. Die Vertragsgruppenpraxis selbst darf keinen zweiten Standort betreiben, ausgenommen in Fällen des § 3a (Sonderbestimmungen für Vertragsgruppenpraxen mit mehreren Standorten).

§ 14a Mindestordinationszeiten

(1) Eine Vertragsgruppenpraxis ist an zumindest fünf Werktagen (Montag bis Samstag) pro Woche geöffnet zu halten.

(2) Es gelten die Mindestordinationszeiten gemäß Anlage 5. Es sind folgende Begriffsbestimmungen anwendbar:

- a) Morgenordination: beginnend ab 7.00 Uhr zu zwei Stunden;
- b) Nachmittagsordination: beginnend ab 14.00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 16.00 Uhr zu je zwei Stunden;
- c) Abendordination: beginnend ab 16.00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 18.00 Uhr zu je zwei Stunden;
- d) Samstagordination: eine solche hat zumindest zwei Stunden zu dauern.

(2a) Abweichend von Abs. 2 gilt für Vertragsgruppenpraxen, die ab dem 1.1.2022 in Vertrag genommen werden, Folgendes:

- a) Nachmittagsordination: beginnend ab 13:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 15:00 Uhr zu je zwei Stunden;
- b) Abendordination: beginnend ab 15:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 17:00 Uhr zu je zwei Stunden.

(2b) Die zum 31.12.2021 bereits bestehenden Vertragsgruppenpraxen können ebenfalls eine Änderung ihrer vereinbarten Ordinationszeiten nach den Vorgaben gemäß Abs. 2a beantragen. § 14 Abs. 2 Satz 2 und 3 gelten dann sinngemäß.

(2c) Die Absätze 2a und 2b treten mit Ablauf des 31.12.2026 außer Kraft, sofern die Gesamtvertragsparteien keine Einigung über eine Verlängerung erzielen können. Zu diesem Zeitpunkt bereits zwischen Vertragsgruppenpraxen und der Kasse entsprechend der Abs. 2a und 2b vereinbarte Ordinationszeiten bleiben dann unverändert aufrecht.

(3) Bei Vertragsgruppenpraxen ab zwei Kassenplanstellen sollen die Ordinationszeiten patientenorientiert auf die einzelnen Tage aufgeteilt werden. Zu den am häufigsten frequentierten Öffnungszeiten sollen die in der Vertragsgruppenpraxis tätigen Ärzte gleichzeitig anwesend sein.

(4) Für Vertragsgruppenpraxen ab zwei Kassenplanstellen und mit mehreren Standorten gilt darüber hinaus:

- a) Die Vertragsgruppenpraxis hat an zumindest fünf Werktagen pro Woche (Montag bis Samstag) und davon zumindest an vier Vormittagen geöffnet zu halten.

- b) Bei Vertragsgruppenpraxen mit bis zu 2,5 Kassenplanstellen werden allfällige sich überschneidende Nachmittags- und Abendordinationen der einzelnen Standorte nicht auf die erforderlichen Mindestordinationszeiten angerechnet.
- c) Der Freitagnachmittag kann, sofern gem. § 14 (4) eine Freitagnachmittagsordination erforderlich ist, von den Ordinationsstandorten abwechselnd absolviert werden.
- d) Sollte ein Standort der Vertragsgruppenpraxis einen niedrigeren Versorgungsbedarf haben, besteht für den Gesellschafter, der an diesem Standort überwiegend tätig ist, die Möglichkeit zur Mitarbeit an einem anderen Standort der Vertragsgruppenpraxis und zur Anrechnung dieser Mitarbeit auf den Mindestarbeitsanteil gem. § 14 (3). Mit Zustimmung von Kammer und Kasse können dazu die Öffnungszeiten des Standorts mit niedrigerem Versorgungsbedarf angepasst werden. Das konkrete Stundenausmaß wird je nach Ergebnis einer Bedarfsprüfung von Kammer und Kasse festgestellt. Dabei muss zumindest eine Nachmittags- oder Abendordination am Standort mit dem niedrigeren Versorgungsbedarf aufrecht bleiben.

(5) Für Vertragsgruppenpraxen nach Modell 3 gilt während der Dauer der Vertragsgruppenpraxis die bestehende Regelung der vorherigen Einzelpraxis weiter. Die Ordination kann für max. sieben Wochen (35 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden (ohne Reduktion der Ordinationszeiten darüber hinaus).

(6) Für Vertragsgruppenpraxen nach Modell 4 gilt während der Dauer der Vertragsgruppenpraxis die bestehende Regelung der vorherigen Einzelpraxis weiter. Die Ordination kann für max. fünf Wochen (25 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden (ohne Reduktion der Ordinationszeiten darüber hinaus). Der Übergang von einer Vertragsgruppenpraxis in eine Einzelpraxis (zB: bei einer Nachfolgepraxis nach Übernahme durch Juniorpartner und Ausstieg des Seniorpartners) ist wie der Abschluss eines neuen Einzelvertrages zu werten und es müssen somit die Kriterien für Mindestordinationszeiten des OÖ Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte erfüllt werden.

(6a) Abweichend von Abs. 6 gilt für Vertragsgruppenpraxen nach Modell 4, die ab dem 1.1.2022 in Vertrag genommen werden: die Ordination kann für maximal sieben Wochen (35 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden.

(6b) Die zum 31.12.2021 bereits bestehenden Vertragsgruppenpraxen nach Modell 4 können ebenfalls die erweiterten Schließzeiten in Anspruch nehmen.

(6c) Die Absätze 6a und 6b treten mit Ablauf des 31.12.2026 außer Kraft, sofern die Gesamtvertragsparteien keine Einigung über eine Verlängerung erzielen können.

(7) Im Einzelvertrag kann im Einvernehmen von Kammer und Kasse auf Antrag einer Vertragsgruppenpraxis bei Vorliegen einer sachlichen Begründung (zB: gesundheitliche Probleme) von den Mindestordinationszeiten Abstand genommen werden bzw. eine andere, kundenorientierte Verteilung von Nachmittags- bzw. Abendordination vereinbart werden. Eine Zustimmung erfolgt grundsätzlich nur befristet auf längstens zwei Jahre, kann aber nach positiver Evaluierung auch unbefristet erteilt werden.

(8) In medizinisch dringenden Fällen (wie zB bei Erster Hilfeleistung) hat die Vertragsgruppenpraxis auch außerhalb ihrer Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

(9) Über die in dieser Bestimmung und in der Anlage 5 geregelten Schließtage hinaus ist eine vorübergehende Schließung der Ordination bei Vertragsgruppenpraxen aller Modelle im Krankheitsfall bzw. bei sonstigen wichtigen persönlichen Gründen (analog der Regelung in § 8 Angestelltengesetz) zulässig.

§ 14b Mindestordinationszeiten bei parallelem Arbeiten der Gesellschafter:

(1) Eine parallele Tätigkeit der Gesellschafter kann nach den Regelungen der Anlage 5 (maximal anrechenbare Arztstunden für Parallelarbeit) auf die Mindestordinationszeit angerechnet werden. Damit soll die gleichzeitige Anwesenheit und Parallelarbeit von Gesellschaftern zu den am häufigsten frequentierten Öffnungszeiten unterstützt werden.

(2) Die ärztliche Tätigkeit während der Ordinationszeit muss weiterhin mindestens 20 Stunden pro abgedeckter voller Kassenplanstelle betragen.

§ 15 Behindertengerechte Vertragsgruppenpraxen:

(1) Bezieht die Vertragsgruppenpraxis zum Vertragsbeginn oder später neue Räumlichkeiten – es werden also keine vorhandenen Räumlichkeiten der Gesellschafter genutzt – so sind jedenfalls die Abschnitte bzgl. „Eingänge, Türen“, „horizontale Verbindungswege (Gänge, Flure, Vorräume)“, „vertikale Verbindungswege (Stiegen, Rampen, Aufzüge)“ und „Sanitärräume“ der ÖNORMEN B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ anzuwenden. Dies gilt nicht, wenn die Vertragsgruppenpraxis der Kammer und der Kasse eine Bestätigung des Bürgermeisters, in dessen Gemeindegebiet sich die Vertragsgruppenpraxis befindet, oder eines Sachverständigen für Bauangelegenheiten darüber vorlegt, dass behindertengerechte Räumlichkeiten zu zumutbaren Bedingungen im Versorgungsgebiet nicht zu bekommen sind.

(2) Nutzt die Vertragsgruppenpraxis bestehende Ordinationsräume eines Gesellschafter, ist sie angehalten, jedenfalls den Zustand gemäß den Bestimmungen der Abschnitte bzgl. „Eingänge, Türen“, „horizontale Verbindungswege (Gänge, Flure, Vorräume)“, „vertikale Verbindungswege (Stiegen, Rampen, Aufzüge)“ und „Sanitärräume“ der ÖNORMEN B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ herzustellen. Dies gilt nicht, wenn die Vertragsgruppenpraxis der Kammer und der Kasse eine Bestätigung des Bürgermeisters, in dessen Gemeinde sich die Vertragsgruppenpraxis befindet, oder eines Sachverständigen für Bauangelegenheiten darüber vorlegt, dass dies rechtlich nicht möglich ist bzw. entsprechende Adaptierungen mit einem zumutbaren Aufwand nicht möglich sind.

(3) Die Kasse ist berechtigt, jederzeit die Einhaltung dieser Bestimmungen durch einen qualifizierten Gutachter auf eigene Kosten überprüfen zu lassen.

(4) Wenn in den Verhandlungen zwischen dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer über den Rahmenvertrag für Gruppenpraxen ein Einvernehmen hinsichtlich einer Regelung zur Sicherstellung behindertengerechter Vertragsgruppenpraxen erzielt wird, wird diese Regelung Inhalt dieses Gesamtvertrages und ersetzt die Regelungen nach Abs. 1, 2 und 3.

§ 16 Krankenbesuch:

(1) Krankenbesuche sind von den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen der Ordination der Vertragsgruppenpraxis 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 bei der Gruppenpraxis anzumelden.

(2) Für einen Arzt für Allgemeinmedizin als Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächsterreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Ärzte für Allgemeinmedizin als nächsterreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern ist ein Arzt für Allgemeinmedizin als Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von 1 km - gerechnet von der Ordinationsstätte der Gruppenpraxis - zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächsterreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird.

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

(4) Eine zu einem Krankenbesuch nicht verpflichtete Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, der Kasse den Krankenbesuch einschließlich jener Wegegebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren kann die Vertragsgruppenpraxis dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.

§ 17 Inanspruchnahme von Vertragsgruppenpraxen:

(1) Die Anspruchsberechtigten können eine Vertragsgruppenpraxis mit Fachärzten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch nehmen. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Eine Vertragsgruppenpraxis mit Fachärzten soll Anspruchsberechtigte, die nach ihrem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Arzt für Allgemeinmedizin/einer Vertragsgruppenpraxis mit Ärzten für Allgemeinmedizin überweisen. Diesem/dieser ist hierbei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(3) Die Vertragsgruppenpraxis hat Anspruchsberechtigte, die ihr zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages zurück zu überweisen.

§ 18 Zuweisung zu Vertragsärzten/Vertragsgruppenpraxen (Vertragseinrichtungen):

(1) Falls von der Vertragsgruppenpraxis die erforderlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen des Anspruchsberechtigten nicht selbst durchgeführt werden können (§11) und auch keine entsprechenden Vorbefunde bekannt sind, hat sie - unter Verwendung der aufgelegten Vordrucke - grundsätzlich zu einem Vertragsarzt/einer Vertragsgruppenpraxis (Vertragseinrichtung) zuzuweisen. Hinsichtlich der Auswahl des Vertragspartners ist auf die Ökonomie besonders Bedacht zu nehmen. Eine Zuweisung zu einem Wahlarzt (Wahleinrichtung) ist nur dann zulässig, wenn ein Vertragspartner in zumutbarer Entfernung nicht zur Verfügung steht oder wenn der Patient dies ausdrücklich wünscht. Die Anspruchsberechtigten sind darauf hinzuweisen, dass sie bei Inanspruchnahme des Wahlarztes/der Wahlgruppenpraxis (der Wahleinrichtung) die Kosten zunächst selbst zu bezahlen haben.

(2) Auf dem Zuweisungsschein sind insbesondere die Verdachtsdiagnose, der Zweck der Zuweisung bzw. die gewünschte(n) Leistung(en) (gegebenenfalls Art und Anzahl) exakt anzuführen. Alle relevanten Informationen (Vorbefunde usw.) sind der Zuweisung anzuschließen.

§ 19 Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen:

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung der Kasse abhängig, so hat die Vertragsgruppenpraxis dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage bei der Kasse auszuhändigen.

(2) Die Kasse darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in kasseneigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

§ 20 Nachweis der Anspruchsberechtigung:

(1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme einer Vertragsgruppenpraxis dieser unaufgefordert ihre Berechtigung in der von der Kasse vorgeschriebenen Form (z. B. e-card) nachzuweisen. Hierbei soll bei unbekanntem Patienten deren Identität geprüft werden; bei Patienten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr ist die Überprüfung nur im Zweifelsfall vorzunehmen.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis ist nach Einhaltung des Vorgehens gem. § 4 der gesamtvertraglichen Vereinbarung über die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte (insbesondere Anspruchsprüfung über o-card) berechtigt, Erkrankte, die ihre Anspruchsberechtigung glaubhaft machen, bei der ersten Ordination (Krankenbesuch) für Rechnung der Kasse zu behandeln und hierbei einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb der eingeräumten mindestens 14-tägigen Frist nachgewiesen, ist der Erlag zurückzuerstatten.

§ 21 Sonn- und Feiertagsdienst:

Die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst verpflichtet. Die Regelungen des OÖ Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte zum Sonn- und Feiertagsdienst insbesondere zum Hausärztlichen Notdienst bilden einen integrierenden Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Versorgt

die Vertragsgruppenpraxis gegenüber einer Einzelpraxis einen Zusatzbedarf, so ist die Mindestdienstverpflichtung der Vertragsgruppenpraxis entsprechend zu erhöhen.

§ 22 Konsilium:

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann die Vertragsgruppenpraxis 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.

§ 23 Betreuungsfälle:

(1) Soweit die Kasse zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt die Vertragsgruppenpraxis die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem die Vertragsgruppenpraxis im Vertragsverhältnis steht. Das gleiche gilt für jene Personen, die von der Kasse nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.

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

(3) Personen, die auf Grund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit von einem österreichischen Krankenversicherungsträger betreut werden, sind den Anspruchsberechtigten gem. Abs. 1 gleichzustellen. Bezüglich anderer zwischenstaatlicher Übereinkommen gilt dies nur, sofern es sich um Grenzgänger oder um Dienstnehmer handelt, die sich zum Zwecke der Berufsausübung im Bundesgebiet aufhalten. Über diesen Personenkreis hinaus wird die ärztliche Behandlung von der Vertragsgruppenpraxis übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

§ 24 Ablehnung der Behandlung:

Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Sie hat auf Verlangen der Kasse diesen Grund der Ablehnung mitzuteilen. Die Ablehnung einer Behandlung durch die Vertragsgruppenpraxis zugunsten einer reinen Privatbehandlung ist nicht zulässig.

§ 25 Anstaltspflege:

(1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt die Vertragsgruppenpraxis 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 die Vertragsgruppenpraxis die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt der Kasse oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand der Kasse 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 die Gruppenpraxis die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z. B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung der Kasse ist in jedem Fall von der Vertragsgruppenpraxis zu bescheinigen.

§ 26 Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen:

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten der Kasse nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der Kasse die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten.

Insbesondere ist für die Ersteinstellung des Patienten das günstigste wirkstoffgleiche oder wirkstoffähnliche Präparat oder Biosimilar zu verordnen; es sei denn, dies ist im Einzelfall aus medizinische Gründen nicht möglich (zB bekannte Allergie gegen einen Inhaltsstoff). Bei Folgeverordnungen ist ebenfalls das günstigste wirkstoffgleiche oder wirkstoffähnliche Präparat oder Biosimilar zu verordnen; es sei denn, dies ist im Einzelfall aus medizinischen Gründen nicht möglich oder der Preisvorteil ist nur sehr gering.

(2a) Um die Verpflichtung des Abs. 2 einhalten zu können, steht der Vertragsgruppenpraxis ein von der Kasse gefördertes Ökotool über die Arztsoftware oder eine Webversion zur Verfügung. Die Vertragsgruppenpraxis ist verpflichtet, dieses Instrument bei der Verordnung ihrer Heilmittel zu verwenden; und zwar in einer Version, die die wirkstoffgleichen und wirkstoffähnlichen Präparate und Biosimilars zum jeweils aktuellen Stand anzeigt.

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

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

(5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien ist von der Vertragsgruppenpraxis bei der Kasse anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigestellt. Die Art des Bezuges wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(6) Beabsichtigt der Chef (Kontroll)arzt, eine von der Vertragsgruppenpraxis abgelehnte, genehmigungspflichtige Spezialität zu bewilligen, so ist dieser vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 4 zu einer Mehrbelastung der Kasse führt, so ist die Vertragsgruppenpraxis vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 40 (Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss) Anwendung.

§ 26a Provisionsverbot:

(1) Vertragsgruppenpraxen ist es im Rahmen ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit verboten, sich im Zusammenhang mit konkreten Verordnungen (oder positiven Stellungnahmen im Zusammenhang mit Qualitätskontrollen) von Heilmitteln und Heilbehelfen/Hilfsmitteln oder mit Überweisungen/Zuweisungen/Einweisungen zu bestimmten Leistungserbringern Zuwendungen/Begünstigungen durch Dritte zusagen zu lassen oder anzunehmen; und zwar unabhängig davon, von welchen Dritten und in welcher Form oder unter welchem Titel und in welchem zeitlichen Zusammenhang die Zuwendung/Begünstigung gewährt wird.¹ Wird eine solche Zuwendung/Begünstigung angenommen, stellt dies eine schwerwiegende Verletzung des Einzelvertrags dar, die zur Vertragskündigung durch die Kasse führt.

(2) Von dieser Bestimmung sind Zuwendungen/Begünstigungen ausgenommen, die keinen Vorteil im Sinne des Korruptionsstrafrechts und des ärztlichen Verhaltenskodex darstellen, insbesondere im Hinblick auf ihre Geringfügigkeit.

¹ Ob z.B. als Aufwandsentschädigung, als Provision, als Begutachtungshonorar, als Miete für Werbeflächen in der Ordination, als Übernahme von Leasingraten für den PKW des Kassenarztes, als unentgeltliche Zurverfügungstellung von Ordinationseinrichtung usw., nicht jedoch als Vergütung für Aufwendungen im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen lt. Arzneimittelgesetz (AMG).

§ 27 Erweiterte Heilfürsorge:

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

(2) Beabsichtigt die Kasse, Leistungen aus der erweiterten Heilfürsorge zu gewähren, obwohl sich die behandelnde Vertragsgruppenpraxis dagegen ausgesprochen hat, so hat die Kasse vorher die behandelnde Gruppenpraxis anzuhören.

§ 28 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch die Vertragsgruppenpraxis:

(1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich der Vertragsgruppenpraxis. Die Vertragsparteien können Abweichungen hievon vereinbaren.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu von der Kasse beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. dgl.) einholen.

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

§ 29 Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch die Vertragsgruppenpraxis:

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

(2) Die Krankenstandsmeldung ist entsprechend dem vorgesehenen Vordruck zu erstellen. Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin haben dafür die eCard-Systemkomponente „eAUM“ zu verwenden. 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 (zB Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.

(4) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich der Vertragsgruppenpraxis fallweise vorzustellen, damit diese 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.

§ 30 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch die Kasse:

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

(2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organes der Kasse gemäß Abs. 1 festgestellt worden, so kann während des gleichen Krankheitsfalles eine Abänderung dieser Feststellung von der Vertragsgruppenpraxis nur im Einvernehmen mit dem Organ der Kasse vorgenommen werden.

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

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

§ 31 Mutterhilfe:

Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Beratung der schwangeren Anspruchsberechtigten, ferner zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sowie auf Verlangen der Kasse zur Durchführung der Stillkontrolle verpflichtet.

§ 32 Auskunftserteilung:

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen

bevollmächtigten Ärzten der Kasse verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nicht medizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung des Erkrankten handelt, sind diese Auskünfte auch den gehörig ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten der Kasse zu geben. Zur Auskunftserteilung ist die Vertragsgruppenpraxis jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben der Kasse notwendig ist.

(2) Die Kasse hat für die Geheimhaltung der von der Vertragsgruppenpraxis erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

§ 33 Krankenaufzeichnungen:

Die Vertragsgruppenpraxis führt für die in ihrer Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen.

§ 34 Administrative Mitarbeit:

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit ihrer Gesellschafter insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

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

(3) Die Kasse hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der Vertragsgruppenpraxis auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die ärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden der Vertragsgruppenpraxis von der Kasse kostenlos zur Verfügung gestellt, oder es werden die von der Kasse elektronisch zur Verfügung gestellten Vordrucke von der Vertragsgruppenpraxis selbst erstellt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und von der Vertragsgruppenpraxis mit der Unterschrift des jeweiligen behandelnden Gesellschafters und der Stampiglie der Gruppenpraxis 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 die Kasse zu verweisen.

§ 35 Honorierung der Tätigkeit der Vertragsgruppenpraxis:

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit der Vertragsgruppenpraxis wird – bis auf die Besonderheiten in den folgenden Absätzen – durch Anwendung der Honorarordnung der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte geregelt; diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere:

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

Die in der Honorarordnung angeführten Bezeichnungen „Ärzte für Allgemeinmedizin“ bzw. „Fachärzte“ gelten synonym für „Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin“ und „Gruppenpraxen für Fachärzte“.

(2) Für Modell 1 gelten folgende in der jeweils gültigen Honorarordnung der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte angeführten Staffeln für Vergütungen und Zuschläge,

Degressionen, Limitierungsbestimmungen und sonstige Werte im Ausmaß der von der Vertragsgruppenpraxis abgedeckten Kassenplanstellen:

- * die im Abschnitt A Z 1 lit a angeführten Fälle inkl. Zuschlag
- * die im Abschnitt A Z 2 lit a angeführten Fälle beim Zuschlag
- * die im Abschnitt A Z 2 lit a und im Abschnitt D II lit i angeführten Fälle beim Sonographiepauschalzuschlag im Fachgebiet Urologie
- * die im Abschnitt B bei Pos.Nr. 3 angeführten Fälle
- * der im Abschnitt D I. bei Injektionen in der Wortfolge „Limitierungsbestimmungen: Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie...“ angegebene Betrag
- * die im Abschnitt D II. bei Pos.Nr. 269 angegebene verrechenbare Höchstzahl
- * das im Abschnitt D II. Pos.Nr. 272 a –c angegebene Stundenausmaß
- * die im Abschnitt D III. Physiotherapie in der Wortfolge „jedoch höchstensPunkte“ angegebenen Punkte
- * im Abschnitt D VI. Medizinisch Diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen angegebenen Punkte bei den Limitierungsbestimmungen
- * die im Abschnitt E Wegegebühren bei Kilometer bei Tag (Pos.W1) angegebenen Kilometeranzahlen
- * die im Abschnitt F „Diverse Honorierungsbestimmungen“ in Z 6 lit a und lit b als Zusammenfassung der bereits obig angeführten Zuschläge, Degressionen, Limitierungen und sonstigen Werte
- * die im Abschnitt F „Diverse Honorierungsbestimmungen“ angeführten Honorarbeträge bei der Limitierung der Quartalshonorarabrechnung

Bei Ausscheiden eines Arztes aus der Vertragsgruppenpraxis unter Mitnahme der Kassenplanstelle oder wenn die Kassenplanstelle oder Gesellschafterposition nicht nachbesetzt wird, reduzieren sich die Staffeln für Vergütungen und Zuschläge, Degressionen, Limitierungsbestimmungen und sonstige Werte im aliquoten Umfang. Maßgeblich für die Reduzierung ist der laut Auswahlverfahren des betreffenden Gesellschafters ausgeschriebene Versorgungsumfang unter Berücksichtigung späterer, zulässiger Änderungen des Gesellschaftsanteils.

(3) Für das Modell 2 werden die Staffeln für Vergütungen und Zuschläge, Degressionen und Limitierungsbestimmungen, Sonderleistungen und sonstige Werte entsprechend dem von der Gruppenpraxis versorgten Zusatzbedarf gegenüber einer Einzelpraxis aliquot angehoben.

(4) Bei Gruppenpraxen nach den Modellen 1 und 2 erfolgt ein prozentueller Honorarabschlag vom (limitierten) Quartalsumsatz:

- a) Ärzte für Allgemeinmedizin:
 - Modell 1: 8,5%
 - Modell 2: 5%
- b) Allgemeine Fachärzte:
 - Modell 1: 9,5%
 - Modell 2: 6%
- c) Fachärzte für Radiologie: 12,9%
- d) Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik: 11,4%

Diese Tarifabschläge sind von der Kasse quartalsweise in Summe auszuweisen und kommen zur Gänze der vertragsärztlichen Versorgung zugute, wobei über die konkrete Verwendung dieser Beträge die Vertragsparteien gemeinsam entscheiden.

(4a) Der Abschlag entfällt nur in folgenden Fällen:

- a) Bei fachgleichen Gruppenpraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und Allgemeinen Fachärzten an einem Standort auf Antrag, wenn für die Patienten (durch Anrufbeantworter und Ordinationsbeschilderung, etc. transparent gemacht) erweiterte Öffnungszeiten angeboten werden:
Modell 1 und Modell 2: die in der Anlage 5 enthaltenen „Mindestarztstunden in der Ordination ohne Abschlag“
- b) wenn von den Gesellschaftern der Gruppenpraxis eine von den Gesamtvertragsparteien genehmigte Zweitordination betrieben wird oder
- c) wenn es sich um eine von den Gesamtvertragsparteien hinsichtlich des Ausmaßes der Bruchstelle und des weiteren Standorts genehmigte ortsübergreifende Gruppenpraxis handelt oder
- d) wenn es sich um eine von den Gesamtvertragsparteien hinsichtlich des Zusammenschlusses, des Stellenausmaßes und der Standorte genehmigte Gruppenpraxis an mehreren Standorten nach Modell 1 handelt.

(5) Nachfolgepraxen wegen Inanspruchnahme einer vorzeitigen Pension oder Alterspension erhalten eine quartalsweise Zusatzfinanzierung in der Höhe von:

- a) Ärzte für Allgemeinmedizin und Allgemeine Fachärzte: € 2.180,19 aus Mitteln der Kasse;
- b) Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik: € 5.813,82, wobei € 3.633,64 aus der zwischen der Kasse und der Kammer zu vereinbarenden Tarifvalorisierung finanziert werden; € 2.180,19 sind zusätzliche Mittel der Kasse.

Diese Zusatzfinanzierung wird mit der ersten Vorauszahlung für jedes Quartal ausbezahlt.

(6) Wird ein Patient innerhalb der Vertragsgruppenpraxis im Quartal von mehreren Gesellschaftern behandelt, ist die Abrechnung von Vertreterscheinen innerhalb der Vertragsgruppenpraxis unzulässig. Vertreterscheine dürfen von der Vertragsgruppenpraxis nur für Vertretungen anderer Vertragsärzte oder anderer Vertragsgruppenpraxen gem. § 11 Abs. 1 lit b abgerechnet werden.

(7) Sofern der bisherige Vertragsarzt über spezielle Abrechnungsberechtigungen verfügte, gehen diese automatisch auf die Vertragsgruppenpraxis über. Beantragt die Vertragsgruppenpraxis eine Abrechnungsberechtigung, so ist diese zu erteilen, wenn zumindest einer ihrer Gesellschafter die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Die entsprechenden Leistungen dürfen nur von jenem Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis erbracht werden, der über die Abrechnungsberechtigungen verfügte bzw. der die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt.

§ 35a Verrechenbare Patientenzahl:

(1) In Vertragsgruppenpraxen, in denen mehr Gesellschafter ärztlich tätig sind als die Vertragsgruppenpraxis Kassenplanstellen versorgt, kommt es zur Stellenteilung. Damit dennoch der Stellenplan eingehalten wird, werden bei Vertragsgruppenpraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin oder von allgemeinen Fachärzten nach den Modellen 1 (nur wenn die Anzahl der Gesellschafter höher als die Anzahl der Kassenplanstellen ist), 2, 3 oder 4 die verrechenbaren Fälle bedarfsorientiert begrenzt:

- a) Die grundsätzlich verrechenbare Patientenzahl ergibt sich nach den Berechnungsgrundsätzen der Anlage 2, Abschnitt 1
- b) Befristet bis 31.12.2027 kann diese verrechenbare Patientenzahl von der Vertragsgruppenpraxis grundsätzlich um bis zu 30 % überschritten werden, ohne dass es zu einem Honorarabzug kommt (=Patientenobergrenze). Für den Fall, dass es bei einer Vertragsgruppenpraxis vor 01.07.2018 über die Anpassung an die Fallzahlentwicklung der Fachgruppe hinaus im Einvernehmen von Kammer und Kasse zu einer Erhöhung der Patientenbegrenzung gekommen ist, ist diese Erhöhung bei der Berechnung der Patientenobergrenze anzurechnen.
- c) Wenn die Vertragsgruppenpraxis im Lauf eines Abrechnungszeitraumes feststellt, dass die Patientenzahl gem. lit. a im Abrechnungszeitraum voraussichtlich um 15 % überschritten wird (Orientierungsgröße), sind Kammer und Kasse zeitgerecht vor einer Überschreitung zu informieren. Kammer und Kasse ermitteln die Gründe für das Erreichen der Orientierungsgröße und legen im Einverständnis die weitere Vorgehensweise fest.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis ist nicht verpflichtet, über die in Abs. 1 angeführte Patientenobergrenze hinaus Patienten zu betreuen. Wird die Grenze dennoch überschritten, erfolgt ein Honorarabzug lt. Anlage 2, Abschnitt 2.

(2a) Liegt die nach Abs. 1 errechnete Patientenzahl unter dem Fachgruppenschnitt, kann die Patientenbegrenzung mit Zustimmung von Kammer und Kasse im Rahmen der Stellenplanung auf den Durchschnitt der Fachgruppe angehoben werden.

(3) Bei Vertragsgruppenpraxen der Modelle 1 (mit mehr Gesellschaftern als Kassenplanstellen), 2 und 3 kann die Patientenbegrenzung auf maximal das 1,3fache der zu Beginn der Vertragsgruppenpraxis oder der gem. Abs. 2a festgelegten Patientenzahl für die Zukunft erhöht werden (=außerordentliche Anhebung der Patientenzahl), wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- a) Begründeter Antrag der Vertragsgruppenpraxis, der bei der Kammer einzubringen ist.

- b) Eine Erhöhung ist nicht möglich, wenn die ursprünglich verrechenbare Patientenzahl gem. Abs. 1 lit. a um weniger als 3 % überschritten wurde.
- c) Eine Erhöhung der verrechenbaren Patientenzahl bedarf der vorherigen Zustimmung von Kammer und Kasse im Rahmen der Stellenplanung. Die Zustimmung von Kammer und Kasse kann an Auflagen oder zeitliche Befristungen geknüpft werden und orientiert sich an der Gesamtbedarfsprüfung im Versorgungsgebiet.

Im Fall der Anhebung der verrechenbaren Patientenzahl erfolgt eine rückwirkende Berücksichtigung der erhöhten Patientenbegrenzung ab Antragstellung.

Eine Anhebung über das 1,3fache hinaus ist nur in Ausnahmefällen mit Zustimmung von Kammer und Kasse im Rahmen der Stellenplanung mit besonderer Begründung (zB: maßgebliche Erhöhung der Bevölkerungszahl im unmittelbaren Versorgungsgebiet, Vakanz) möglich.

(4) Bei den Vertragsgruppenpraxen Modell 1 (mit mehr Gesellschaftern als Kassenplanstellen), Modell 2, 3 und 4 wird die errechnete Patientenzahl bei Vorliegen folgender Voraussetzungen erhöht:

- a) Der Juniorpartner hat für mindestens ein Jahr vor Beginn der Vertragsgruppenpraxis eine Wahlarztpraxis im selben Fachgebiet betrieben, und
- b) der Sitz der Ordination befindet sich in derselben politischen Gemeinde oder in einer angrenzenden Gemeinde oder deren Distanz zu einander übersteigt nicht den Erreichbarkeitsrichtwert für das betreffende Fachgebiet lt. ÖSG und
- c) an der bisherigen Wahlarztordinationsstätte des Juniorpartners gibt es keinen Ordinationsstättennachfolger im selben Fachgebiet, an den die Wahlarztordination übergeben wird.

Die verrechenbare Patientenzahl wird um jene Patientenzahl der Kasse erhöht, die der Juniorpartner im letzten vollen Kalenderjahr durchschnittlich pro Quartal im Rahmen seiner wahlärztlichen Tätigkeit betreut hat und die bei der Kasse Wahlarzteinstellungen erhalten haben.

(5) Bei Vertragsgruppenpraxen von Fachärzten für Radiologie und Fachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik wird bei allen Modellen – bei Modell 1 jedoch nur, wenn die Anzahl der Gesellschafter höher ist als die Anzahl der Kassenplanstellen – der Umsatz der Vertragsgruppenpraxis wie folgt begrenzt:

Im letzten vollen Kalenderjahr vor Beginn der Vertragsgruppenpraxis wird der prozentuelle Anteil des (limitierten) Kassen-Umsatzes (inklusive EWR-Umsätze) des Seniorgesellschafters/Praxisvorgängers am gesamten (limitierten) Kassen-Umsatz (inklusive EWR-Umsätze) der Fachgruppe festgestellt; bei einer Vertragsgruppenpraxis nach Modell 2 wird dieser Anteil am (limitierten) Kassen-Umsatz (inklusive EWR-Umsätze) der Fachgruppe entsprechend der zusätzlich ausgeschriebenen Stelle angehoben. Übersteigt das Honorar der Vertragsgruppenpraxis diese Anteile, wird der Überschreibungsbetrag vom Honorar der Vertragsgruppenpraxis in Abzug gebracht. Die Umsätze aus dem Brustkrebsfrüherkennungsprogramm sowie die Umsätze aus COVID-19-Tests gemäß §§ 742 und 742a ASVG werden weder bei der Berechnung der Umsatzbegrenzung noch beim Honorarabzug berücksichtigt.

§ 36 Rechnungslegung:

(1) Die Rechnungslegung durch die Vertragsgruppenpraxis wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung nach § 11 Abs. 1 lit a (Vertreter ist in der Vertragsgruppenpraxis tätig) verrechnet die Kasse nur mit der vertretenen Vertragsgruppenpraxis. Die Verrechnung von Vertreterscheinen ist hier unzulässig. Von der Vertragsgruppenpraxis sind die Abrechnungen spätestens ab 1.1.2003 mit maschinell lesbarem Datenträger bzw. Datenfernübertragung durchzuführen.

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

§ 37 Honorarabzüge und Honorareinbehalt:

(1) Die Kasse wird von dem der Vertragsgruppenpraxis zustehenden Honorar jene Beträge einbehalten, die rechtzeitig von der Kammer schriftlich bekanntgegeben werden; diese Beträge sind ehestens der Kammer zu überweisen. Die Überweisungstermine werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Wird von der Kasse 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.

§ 38 Gegenseitige Unterstützungspflicht:

(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 der paritätischen Schiedskommission und der Landesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

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

(4) Die Kasse hat alles zu unterlassen, was das Ansehen der Vertragsgruppenpraxis und deren Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat die Vertragsgruppenpraxis alles zu unterlassen, was die Kasse und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(5) Die Vertragsgruppenpraxis teilt der Kasse die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen mit, das gleiche gilt, wenn ein in Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das seine Wiederherstellung erschwert oder verzögert.

§ 39 Zusammenarbeit der Vertragsgruppenpraxen mit dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst:

(1) Die Kasse wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber der Vertragsgruppenpraxis durch den Chef(Kontroll)arzt vertreten. Der Chef(Kontroll)arzt und die Vertragsgruppenpraxis sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

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

§ 40 Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss:

(1) Streitigkeiten zwischen der Vertragsgruppenpraxis und der Kasse sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird die Kasse, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten (§ 39). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

(2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und der Kasse. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; die beteiligte Vertragsgruppenpraxis kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die von der Kasse der Vertragsgruppenpraxis 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 die Vertragsgruppenpraxis bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 26 der Kasse zu leisten hat.

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

(5) Die Vertragsgruppenpraxis und die Kasse 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 Sechsmonatsfrist beginnt für die Vertragsgruppenpraxis mit der Zahlung des Honorars, für die Kasse mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn die Vertragsgruppenpraxis die Bestimmungen des § 26 nicht beachtet, ist eine Beanstandung durch die Kasse nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung bei der Kasse zulässig.

§ 41 Verfahren bei Streitigkeiten:

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 § 40 - dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 42 Beendigung des Einzelvertragsverhältnisses zur Gruppenpraxis:

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen der Vertragsgruppenpraxis und der Kasse kann aus folgenden Gründen enden:

- a) aufgrund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG,
- b) durch einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses,
- c) im Fall des § 5 Abs. 2 lit a (unzulässige Ablösevereinbarung),
- d) durch Verzicht gem. § 11 Abs. 2 (Einspruch gegen Vertreter und Nicht-Austausch des Vertreters),
- e) durch Ablauf der Befristung des Einzelvertrages,
- f) wenn ein Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis die ärztliche Leitung einer Krankenanstalt oder die Leitung einer Abteilung einer Krankenanstalt ausübt oder wenn ein Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis eine ärztliche Nebenerwerbstätigkeit in einem unzulässigen Umfang ausübt. Der zulässige Umfang der Nebenerwerbstätigkeit beträgt für Gesellschafter, die Gesellschaftsanteile im Umfang von mindestens einer Kassenplanstelle halten 18 Stunden pro Woche, in allen anderen Fällen 25 Stunden pro Woche Arbeitsverpflichtung bzw. tatsächliche Inanspruchnahme. Als Nebenerwerbstätigkeit gilt auch die Tätigkeit als Gesellschafter in einer weiteren Gruppenpraxis. Diese wöchentliche Arbeitsverpflichtung oder tatsächliche Inanspruchnahme bezieht sich durchschnittlich auf den Kalendermonat. Feiertags-, Nacht- und Wochenenddienste werden zu 50 % als wöchentliche Arbeitsverpflichtung oder tatsächliche Inanspruchnahme angesehen. Rufbereitschaften (ohne Anwesenheit im Krankenhaus) zählen nicht als Arbeitsverpflichtung oder tatsächliche Inanspruchnahme im Sinn dieser Bestimmung. Kammer und Kasse können in begründeten Fällen schriftlich eine davon abweichende Vereinbarung treffen. Eine Zustimmung zur Ausübung der Tätigkeit als Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis bei gleichzeitiger Leitung einer Krankenanstalt gemäß KAKuG oder einer Kuranstalt erfolgt jedenfalls, wenn es sich um die Leitung eines eigenen CT/MR-Institutes (ärztlicher Leiter ist Gesellschafter) handelt und das Institut ein Vertragsinstitut der Kasse ist oder wenn es sich um die ärztliche Leitung eine Kur- bzw. Reha-Anstalt handelt.
- g) wenn die Invertragnahme aufgrund wissentlich falscher Angaben im Auswahlverfahren erfolgt ist.

(2) Im Fall der Beendigung des Vertrages gem. Abs. 1 lebt – außer bei Modell 4 (siehe dazu § 42c) – grundsätzlich der ruhend gestellte Einzelvertrag des Seniorgesellschafters wieder auf, wenn dieser weiterhin als niedergelassener Arzt ärztlich tätig ist.

Sofern aber die Beendigungstatbestände den Seniorgesellschaftler treffen (rechtskräftige Verurteilung bzw. Kündigung durch die Kasse, unzulässige Nebenbeschäftigung), erlischt mit Eintritt des jeweiligen Tatbestandes auch der ruhend gestellte Einzelvertrag.

Der Seniorgesellschaftler hat dem Juniorgesellschaftler den übertragenen anteiligen Substanz- und/oder Firmenwert zum aktuellen Wert zurück zu bezahlen (Berechnung gem. § 6).

(3) Für die Beendigung des Einzelvertrages einer Vertragsgruppenpraxis nach Modell 2 gilt: Der Seniorgesellschaftler hat den Juniorgesellschaftlern zunächst nur den übertragenen anteiligen Substanz- und Firmenwert zum aktuellen Wert (berechnet nach den Grundsätzen des § 6) berechnet auf eine volle Kassenplanstelle zurück zu bezahlen. Ausgenommen davon sind Fälle (zB: Gesellschafterwechsel), in denen der Juniorpartner bei Einstieg eine Ablöse im Umfang der bestehenden ausgeweiteten Stelle bezahlt hat. In diesen Fällen ist die Ablöse auf Basis des Substanz- und Firmenwerts der ausgeweiteten Stelle zu bezahlen.

§ 42a Fortführung einer Vertragsgruppenpraxis Modell 2:

(1) Der Seniorgesellschaftler einer Vertragsgruppenpraxis Modell 2 hat zur Fortführung die Möglichkeit, eine Nachfolgepraxis (Modell 4) im Umfang einer Kassenplanstelle oder eine Nachbesetzung als Gruppenpraxis Modell 2 bis zu 12 Monaten vor Ablauf der Befristung der Vertragsgruppenpraxis Modell 2 zu beantragen. Kammer und Kasse entscheiden im Rahmen der Stellenplanung, ob, in welchem Ausmaß und wo eine Nachbesetzung der Vertragsgruppenpraxis Modell 2 erfolgt.

(2) Im Falle der Nachbesetzung der Vertragsgruppenpraxis als Einzelpraxis können sich Juniorgesellschaftler aus der vorangegangenen Vertragsgruppenpraxis bewerben:

- a) wenn ein Juniorgesellschaftler aus dem Ausschreibungsverfahren als Erstgereihter hervorgeht, können die Gesellschafter innerhalb der ursprünglichen Gesellschaft bis zum Endzeitpunkt der Nachfolgepraxis unter analoger Anwendung der Bestimmungen für Gruppenpraxen Modell 2 weiterarbeiten. Der erstgereichte Juniorgesellschaftler hat den übrigen Gesellschaftern, die mit Ende der Nachfolgepraxis ausscheiden, deren anteiligen Substanz- und Firmenwert entsprechend den Bestimmungen des § 6 zum Ende der Nachfolgepraxis zu bezahlen, wobei der Berechnungsansatz für den Firmenwert auf eine Kassenplanstelle aliquotiert wird. Die Ablöse ist zum Zeitpunkt des Ausscheidens des jeweiligen Gesellschafters fällig.
- b) Geht kein Juniorgesellschaftler aus dem Ausschreibungsverfahren als Erstgereihter hervor, scheidet die Juniorgesellschaftler mit Ende der Vertragsgruppenpraxis Modell 2 aus der Gesellschaft aus: Der erstgereichte Bewerber ist in die Gruppenpraxis aufzunehmen und hat dafür dem ausscheidenden Seniorgesellschaftler und ausscheidenden Juniorgesellschaftlern deren Anteile an der Gesellschaft im Umfang einer Kassenplanstelle abzulösen (Berechnung gem. § 6). Die Ablöse ist zum Zeitpunkt des Ausscheidens des jeweiligen Gesellschafters fällig.

(3) Im Falle der Nachbesetzung als Vertragsgruppenpraxis Modell 2 wird eine Gruppenpraxis im Umfang eines Modells 2 ausgeschrieben. Dafür gilt:

- a) Am Auswahlverfahren können nur Bewerberteams teilnehmen.
- b) Die Juniorgesellschafter der bestehenden Vertragsgruppenpraxis sind berechtigt, an der Ausschreibung teilzunehmen. Mitglieder des erstgereihten Bewerberteams sind – sofern sie nicht bereits Gesellschafter sind – in die Gesellschaft aufzunehmen. Juniorgesellschafter, die nicht Mitglied des erstgereihten Bewerberteams sind, sowie der Seniorpartner scheiden mit Beginn der ausgeschriebenen Gruppenpraxis aus der Gesellschaft aus. Die Mitglieder des erstgereihten Bewerberteams haben den ausscheidenden Gesellschaftern deren Anteile an der Gesellschaft zum aktuellen Substanz- und Firmenwert der Gruppenpraxis Modell 2 abzulösen (Berechnung gem. § 6), wobei die Berechnung des Firmenwertes je nach ausgeschriebenem Versorgungsbedarf erfolgt, maximal nach dem Versorgungsbedarf beim vorangegangenen Modell 2. Die Ablöse ist zum Zeitpunkt des Ausscheidens des jeweiligen Gesellschafters fällig.

§ 42b Fortführung einer Vertragsgruppenpraxis Modell 3:

§ 42a ist sinngemäß und mit Ausnahme der für Gruppenpraxen Modell 2 spezifischen Regelungen hinsichtlich des Zusatzbedarfs auch auf die Nachfolge nach einer Gruppenpraxis Modell 3 anzuwenden. § 42a Abs 3 lit a ist nicht anwendbar.

§ 42c Folgen bei Beendigung einer Vertragsgruppenpraxis Modell 4:

(1) Im Falle der Beendigung des Einzelvertrages der Gruppenpraxis oder bei Ausscheiden des Seniorpartners (zB Tod oder bescheidmäßig festgestellte Erwerbsunfähigkeit) erhält bei Modell 4 grundsätzlich der Juniorpartner für das Versorgungsgebiet den kurativen Einzelvertrag. Für den Fall, dass sich ein Bewerberteam für die Nachfolgepraxis beworben hat, erhält das Bewerberteam als Gruppenpraxis Modell 3 den kurativen Einzelvertrag. Seniorpartner dieser Vertragsgruppenpraxis ist derjenige Arzt des Bewerberteams, der die meisten Punkte im Auswahlverfahren erreicht hat; dies gilt auch im Falle des Todes bzw. der bescheidmäßig festgestellten Erwerbsunfähigkeit des Seniorpartners nach Auswahl des Juniorpartners aber vor Invertragnahme der Nachfolgepraxis, vorausgesetzt der Juniorpartner leistet die Ablöse nach den Voraussetzungen des § 6.

(2) Bei Auflösungsstatbeständen, die einen der Juniorpartner treffen (rechtskräftige Verurteilung bzw. Kündigung durch die Kasse, unzulässige Nebenbeschäftigung, wesentlich falsche Angaben im Auswahlverfahren), endet der Einzelvertrag der Gruppenpraxis, soweit die Auflösung nicht durch Ausschluss des betreffenden Gesellschafters abgewendet werden kann (vgl. § 343 ASVG). Im Fall der Beendigung lebt der Einzelvertrag des Seniorpartners wieder auf. Der Seniorpartner hat in weiterer Folge die Möglichkeit, neuerlich eine Vertragsgruppenpraxis Modell 4 zu begründen. § 3 Abs. 6 (Nachfolgepraxis nach Erreichen der Altersgrenze) ist sinngemäß anzuwenden.

(3) In den Fällen des § 3 Abs. 6 lit. a (Tod oder Erwerbsunfähigkeit) kann die Gruppenpraxis durch die verbleibenden Gesellschafter bis zum Ablauf der Befristung fortgeführt werden.

§ 42d Wechsel zwischen Vertragsgruppenpraxis Modell 2 und Modell 3:

(1) Einer Vertragsgruppenpraxis Modell 2 ist auf Antrag und mit Zustimmung aller Gesellschafter sowie von Kammer und Kasse im Rahmen der Stellenplanung ein Wechsel zu einer Vertragsgruppenpraxis Modell 3 ohne neuerliche Ausschreibung möglich.

(2) Einer Vertragsgruppenpraxis Modell 3 ist auf Antrag und mit Zustimmung aller Gesellschafter ein Wechsel zu einer Vertragsgruppenpraxis Modell 2 zur Abdeckung bis einschließlich 1,7 Kassenplanstellen ohne neuerliche Ausschreibung möglich, sofern Kasse und Kammer im Einvernehmen im Rahmen der Stellenplanung einen Bedarf gem. § 3 Abs. 2 lit. a feststellen und die Gesellschafter gleich bleiben.

(3) Ein Wechsel des Vertragsgruppenpraxismodells ist nur zu Beginn eines Quartals möglich.

§ 42e Tod und Erwerbsunfähigkeit des Seniorpartners bei Vertragsgruppenpraxis Modell 2 und 3:

(1) Im Falle des Todes oder der plötzlichen, unvorhergesehenen, bescheidmäßig nachgewiesenen Erwerbsunfähigkeit des Seniorpartners erhält ein Juniorpartner ohne neuerliche Ausschreibung den Einzelvertrag nur wenn:

- a) Der Juniorpartner bei der Ausschreibung der Vertragsgruppenpraxis der Erstgereichte war oder
- b) Der Kassenvertrag der Vertragsgruppenpraxis bis zum Zeitpunkt des Todes bzw. der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit seit 3 oder mehr Jahren bestanden hat und die Krankheit, die zum Tod oder zur Erwerbsunfähigkeit des Seniorpartners geführt hat, zum Zeitpunkt der Ausschreibung der Vertragsgruppenpraxis nicht oder nicht in diesem Schweregrad vorhersehbar war. Hat ein Juniorpartner bei der Ausschreibung der Vertragsgruppenpraxis 50 % oder weniger der Punkte des Erstgereichten erhalten, verlängert sich der vorgenannte Zeitraum auf 5 Jahre.

Erfüllen mehrere Juniorpartner die Voraussetzungen gem. lit a oder lit. b wird derjenige Seniorpartner, der im Zeitpunkt des Todes oder der Erwerbsunfähigkeit die meisten Punkte laut Auswahlrichtlinie vorweisen kann.

(2) In diesen Fällen hat der /haben die Juniorpartner den zum Zeitpunkt des Todes bzw. der Erwerbsunfähigkeit des Seniorgesellschafters ermittelten anteiligen Substanz- und Firmenwert unter Berücksichtigung der Gesellschaftsanteile des Seniorpartners zu begleichen (Berechnung gem. § 6), sofern im Gesellschaftsvertrag keine für den Juniorpartner günstigeren Vereinbarungen getroffen wurden, wobei bestehende Verbindlichkeiten der Gesellschaft mindern zu berücksichtigen sind. Bei Vertragsgruppenpraxen Modell 2 sind die Bestimmungen des § 42a sinngemäß anzuwenden.

(3) In allen anderen Fällen des Todes oder der plötzlichen, unvorhergesehenen, bescheidmäßig nachgewiesenen Erwerbsunfähigkeit kann die Witwe/der Witwer des verstorbenen Seniorgesellschafters oder der erwerbsunfähige Seniorgesellschaftler den Juniorpartner oder die von den Juniorpartnern fortgeführte Vertragsgruppenpraxis vorübergehend mit der Weiterführung der Praxis auf Rechnung der Erben bzw. auf seine Rechnung gegen angemessenes Entgelt für ein halbes Jahr nach dem Todeszeitpunkt oder nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (= Ausscheiden des Seniorpartners) betrauen. Hat die Vertragsgruppenpraxis bis zum Tod oder der Erwerbsunfähigkeit des Seniorgesellschafters noch nicht 30 Monate bestanden, so kann der Juniorpartner bzw. die Vertragsgruppenpraxis die Praxis so lange weiterführen, bis insgesamt eine Tätigkeitsdauer von

max. 36 Monaten erreicht ist. Bekommt ein Juniorgesellschafter im Zuge des Ausschreibungsverfahrens die Kassenplanstelle, ist er verpflichtet, die Praxis des Seniorgesellschafters bzw. dessen Erben mit Beginn des kurativen Einzelvertrages zu übernehmen und den zum Zeitpunkt des Todes bzw. der Erwerbsunfähigkeit des Seniorgesellschafters ermittelten anteiligen Substanz- und Firmenwert im Umfang einer Kassenstelle zu begleichen (Berechnung gem. § 6), wobei bestehende Verbindlichkeiten der Gesellschaft mindernd zu berücksichtigen sind. Bei Vertragsgruppenpraxen Modell 2 sind die Bestimmungen des § 42a sinngemäß anzuwenden. Die Erben des Seniorgesellschafters sind verpflichtet, dem Juniorgesellschafter die Praxis zu diesen Bedingungen zu überlassen.

§ 42f Ausscheiden von Gesellschaftern bei Fortbestand der Vertragsgruppenpraxis Modell 1:

(1) Seniorpartner einer Vertragsgruppenpraxis Modell 1 haben die Möglichkeit, unter Mitnahme einer vollen Kassenplanstelle aus der Vertragsgruppenpraxis auszuschcheiden, sofern sie im Zeitpunkt des Ausscheidens Gesellschaftsanteile entsprechend einer vollen Kassenplanstelle halten (=Rückkehrrecht). Insofern Gesellschafter der Gruppenpraxis unmittelbar vor deren Gründung bereits als Gruppenpraxis zusammengeschlossen waren, können sie ebenso unter Mitnahme der eingebrachten Kassenplanstellen gemeinsam ausscheiden und wiederum eine Vertragsgruppenpraxis Modell 2 oder 3 gründen, sofern ihre Gesellschaftsanteile im Zeitpunkt des Ausscheidens den zuvor abgedeckten Kassenplanstellen entsprechen. Die der Vertragsgruppenpraxis Modell 1 zugeordneten Kassenplanstellen reduzieren sich dadurch im entsprechenden Umfang. Die anderen Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis haben nicht die Möglichkeit, unter Mitnahme einer Kassenplanstelle aus der Gesellschaft auszuschcheiden. Für die Kaufpreisbestimmung sind die Bewertungsregeln des § 6 anzuwenden; dies mit der Maßgabe, dass bei Ausscheiden unter Mitnahme der Kassenplanstelle sowie bei Nichtnachbesetzung von den übrigen Gesellschaftern nur eine Substanzablöse und keine Firmenwertablöse zu bezahlen ist, es sei denn, dass der/die ausscheidende(n) Gesellschafter bei Einstieg und Einbringung seiner/ihrer Kassenplanstelle(n) eine Firmenwertablöse bezahlt hat/haben.

(2) Für den Fall, dass Gesellschafter ohne Mitnahme der Kassenplanstelle aus der Gesellschaft ausscheiden (inklusive Tod oder bescheidmäßig festgestellte Erwerbsunfähigkeit), entscheiden Kasse und Kammer im Rahmen der Stellenplanung unter Bedachtnahme auf die Stellungnahme der verbleibenden Gesellschafter, ob und wie die Kassenplanstelle nachbesetzt wird.

1. Im Fall der Nichtnachbesetzung der Kassenplanstelle kann die Gruppenpraxis im reduzierten Umfang weiterbetrieben werden.
2. Im Fall der Nachbesetzung der Kassenplanstelle können
 - a. die in der Vertragsgruppenpraxis verbleibenden Gesellschafter ihre ärztliche Tätigkeit erweitern, sofern dabei die Mindest- und Höchstanteile in der Gesellschaft gewahrt bleiben oder
 - b. die Kassenplanstellen(anteile) nach den Regelungen der §§ 4 und 5 ausgeschrieben werden. Die Gesellschafter können sich bei dieser Ausschreibung bewerben, sofern sie damit nicht die Höchstanteile überschreiten würden.

(3) Verbleibt in einer Gruppenpraxis in Form einer GmbH nur mehr ein Gesellschafter, so ist der Einzelvertrag grundsätzlich zu beenden. In Ausnahmefällen kann auf Wunsch des verbleibenden Gesellschafters mit Zustimmung von Kammer und Kasse bis zum Abschluss des nächstmöglichen

Ausschreibungsverfahren die Vertragsgruppenpraxis interimistisch weitergeführt werden, um den Eintritt weiterer Gesellschafter zu ermöglichen.

§ 43 Sonderregeln für die erweiterte Vertretung:

A. Grundsätze

- (1) Die Bestimmungen in diesem § 43 regeln die Bedingungen für die regelmäßige freiberufliche Mitarbeit eines fachgleichen Arztes (im Folgenden kurz „mitarbeitender Arzt“ genannt) bei Vertragsgruppenpraxen.
- (2) Diese Bestimmungen sind auch Inhalt des zwischen dem Versicherungsträger und der Vertragsgruppenpraxis abgeschlossenen kurativen Einzelvertrages, wenn eine Mitarbeit in Form der erweiterten Vertretung erfolgt.
- (3) Soweit in diesem § 43 keine anderslautenden Regelungen getroffen werden, bleiben die für die Vertragsgruppenpraxis geltenden Regelungen unberührt und gelten auch für die Leistungserbringung (inkl. Nebenpflichten) durch die mitarbeitenden Ärzte entsprechend.
- (4) Eine erweiterte Vertretung bei einer Vertragsgruppenpraxis ist nur zulässig, wenn die vorherige Zustimmung der Kammer und des Versicherungsträgers vorliegt, die bei Erfüllung der Bedingungen dieses § 43 erteilt wird.
- (5) Für jede Mitarbeit im Rahmen der erweiterten Vertretung sind die berufsrechtlichen Bestimmungen des Ärztegesetzes einzuhalten.
- (6) Jede freiberufliche Mitarbeit setzt einen schriftlichen freien Dienstvertrag zwischen der Vertragsgruppenpraxis und dem mitarbeitenden fachgleichen Arzt voraus.

B. Voraussetzungen für die erweiterte Vertretung

- (1) Die Vertragsgruppenpraxis hat grundsätzlich drei Monate vor dem geplanten Beginn der erweiterten Vertretung diese bei der Kammer und dem Versicherungsträger zu beantragen und in diesem Antrag darzulegen, ob mit der erweiterten Vertretung der Zweck einer Aufstockung der Vertragsarztstelle(n) (temporär oder auf Dauer) oder die gemeinsame Abdeckung der vorhandenen Vertragsarztstelle(n) verfolgt wird. In diesem Antrag sind die Zeitdauer, das Ausmaß der geplanten Mitarbeit, sowie wenn eine Aufstockung der Kassenstelle angestrebt wird, die geplante Steigerung der Patientenzahl sowie die geplanten Öffnungszeiten anzugeben. Der Antrag hat darüber hinaus den Namen, die Fachrichtung und Nachweise über für die Ausübung der Kassenstelle erforderlichen Aus- und Fortbildungen des geplanten mitarbeitenden Arztes zu enthalten.
- (2) Wenn im Rahmen der Stellenplanung zwischen der Kammer und dem Versicherungsträger im Versorgungsgebiet ein ungedeckter Bedarf an einer vollen oder anteiligen Kassenstelle festgestellt wird, der mangels Bewerber für die konkrete (anteilige) Stelle nicht durch die Ausschreibung einer Einzelpraxis oder

einer Gruppenpraxis bzw. eines Gruppenpraxis-Anteiles abgedeckt werden kann, dann ist die Genehmigung der erweiterten Vertretung unbefristet unter Anrechnung auf den Stellenplan zu erteilen. Die Genehmigung ist im Einzelvertrag der Vertragsgruppenpraxis, der die erweiterte Vertretung bewilligt wird, anzuführen.

- (3) Soll ein temporärer Zusatzbedarf (z.B. zum Abbau von Wartezeiten oder Teilabdeckung einer vakanten Stelle) abgedeckt werden, wird die Genehmigung der erweiterten Vertretung nur befristet erteilt.
- (4) Wenn zur Abdeckung eines (temporär oder dauerhaft) ungedeckten Bedarfs an einer vollen oder anteiligen Kassenstelle mehrere Vertragspartner eine erweiterte Vertretung beantragen, so wird die Entscheidung, welcher Vertragspartner die Genehmigung erhält, insbesondere unter Beachtung des Antragszeitpunkts, der Auswirkung der geplanten erweiterten Vertretung auf die Versorgungssituation und der bisherigen Auslastung der Vertragspartner getroffen.
- (5) Wird die erweiterte Vertretung ohne Zusatzbedarf zur Entlastung des Vertragspartners (vergleichbar einem Job-Sharing) beantragt, bleibt die bereits vereinbarte bedarfsorientierte Begrenzung der verrechenbaren Fälle/Patienten nach den Bestimmungen des § 35a auch bei Mitarbeit eines Arztes im Rahmen der erweiterten Vertretung unverändert aufrecht. Soll durch die erweiterte Vertretung ein Zusatzbedarf abgedeckt werden, der über den bisherigen Versorgungsumfang hinausgeht, ist die bedarfsorientierte Begrenzung der verrechenbaren Fälle/Patienten nach den Bestimmungen des § 35a an den aufgestockten Versorgungsumfang anzupassen.
- (6) Der mitarbeitende Arzt darf zum Zeitpunkt der Mitarbeit das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, es sei denn Kammer und Versicherungsträger erteilen eine Ausnahmegenehmigung wegen drohender ärztlicher Unterversorgung.
- (7) In allen Fällen besteht gegen den mitarbeitenden Arzt ein Widerspruchsrecht von Kammer oder Versicherungsträger aus sachlichen Gründen (z.B. grobe Probleme im bisherigen Verhältnis zwischen dem zur Mitarbeit vorgesehenen Arzt und seinen Patienten bzw. dem Arzt und dem Versicherungsträger oder im Zusammenhang mit der bisherigen wahlärztlichen Tätigkeit des zur Mitarbeit vorgesehenen Arztes), die im Widerspruch darzulegen sind. Gegen einen Widerspruch kann vom Vertragspartner Einspruch an die Paritätische Schiedskommission erhoben werden; diesem Einspruch kommt keine aufschiebende Wirkung zu
- (8) In der Genehmigung der erweiterten Vertretung durch die Kammer und den Versicherungsträger, die im Einzelvertrag des Vertragspartners anzuführen ist, ist insbesondere anzugeben, ob und in welchem Bedarfsausmaß die Aufstockung mittels erweiterter Vertretung zulässig ist, wann die Mitarbeit beginnt und für welche Zeitdauer die Genehmigung erteilt wird. Ebenso sind allfällige Patientenbegrenzungen gemäß Abs 5 anzuführen.
- (9) Ein Wechsel des mitarbeitenden Arztes ist unter Einhaltung der vorstehenden Bestimmungen zulässig.

C. Rechte und Pflichten des Vertragspartners

- (1) Die vertragsärztlichen Leistungen dürfen für die Vertragsgruppenpraxis auch vom mitarbeitenden Arzt erbracht werden; sofern besondere Verrechnungsvoraussetzungen bestehen allerdings nur dann, wenn diese vom mitarbeitenden Arzt erfüllt werden.
- (2) Die Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis sind trotz erweiterter Vertretung maßgeblich (in sinngemäßer Anwendung des § 47a Abs 3 Ärztegesetz) zur persönlichen Berufsausübung in der Ordination verpflichtet.
- (3) Erfolgt die erweiterte Vertretung zur Aufstockung der Vertragsgruppenpraxis, sind die Öffnungszeiten entsprechend anzupassen, wobei die Regelungen des § 14 sinngemäß anzuwenden sind. Erfolgt die erweiterte Vertretung ohne Aufstockung gelten die bisherigen Öffnungszeiten der Vertragsgruppenpraxis unverändert weiter, müssen aber gegebenenfalls auf die im Gesamtvertrag aktuell festgelegten Mindestordinationszeiten und deren Verteilung angepasst werden.
- (4) Zur Sicherstellung der freien Arztwahl sind die regelmäßigen Anwesenheitszeiten (und wenn möglich die aktuellen Anwesenheitszeiten) der Gesellschafter einer Gruppenpraxis und des mitarbeitenden Arztes gegenüber den Patienten transparent zu machen.
- (5) Aufzuzeichnen ist, welcher Arzt welche Leistungen erbracht hat und diese Aufzeichnungen sind im Bedarfsfall dem Versicherungsträger zur Verfügung zu stellen.
- (6) Die vom mitarbeitenden Arzt erbrachten Leistungen können mit dem Versicherungsträger im selben Ausmaß abgerechnet werden, wie dies bei Erbringung der Leistung durch die Vertragsgruppenpraxis möglich wäre, wobei für die Honorierung bei Aufstockung durch die erweiterte Vertretung die §§ 35 und 35a sinngemäß anzuwenden sind. Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber dem Versicherungsträger erfolgt ausschließlich durch die Vertragsgruppenpraxis; der mitarbeitende Arzt erhält das zwischen ihm und dem Vertragspartner vereinbarte Honorar.

D. Persönliche Verhinderung

- (1) Im Falle der persönlichen Verhinderung eines Gesellschafters der Vertragsgruppenpraxis ist eine Übernahme seiner Aufgaben durch den mitarbeitenden Arzt zulässig. Im Falle einer persönlichen Verhinderung des mitarbeitenden Arztes (z.B. Urlaub, Krankheit, Beschäftigungsverbot nach dem MSchG) sind seine Aufgaben durch die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis zu übernehmen, sofern keine Aufstockung der Kassenplanstelle(n) mit erweiterten Öffnungszeiten vereinbart wurde. Im Falle einer Aufstockung der Kassenplanstelle(n) mit erweiterten Öffnungszeiten erfolgt die Aufgabenübernahme soweit zumutbar.

Allenfalls bestehende wechselseitige Vertretungsverpflichtungen zwischen den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis werden dadurch nicht eingeschränkt.

- (2) Sollte eine gegenseitige Aufgabenübernahme nach Abs. 1 nicht möglich sein, ist die Vertretung gemäß § 11 sicherzustellen. Diese sind bei Verhinderung des mitarbeitenden Arztes sinngemäß anzuwenden.
- (3) Sollten bei Verhinderung des mitarbeitenden Arztes oder von Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis allenfalls vereinbarte erweiterte Öffnungszeiten nicht durch eine Aufgabenübernahme / Vertretungen im Sinne der Abs. 1 und 2 aufrechterhalten werden können, ist eine Reduktion der Öffnungszeiten auf die Öffnungszeiten vor der Erweiterung zulässig, wobei jedenfalls die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis gewährleistet sein müssen. Diese Reduktion ist dem Versicherungsträger und der Kammer unter Angabe der (bekannten oder voraussichtlichen) Dauer und (soweit datenschutzrechtlich zulässig) des Grundes der Verhinderung sowie von Beginn, Ende und Ausmaß der reduzierten Öffnungszeiten unverzüglich schriftlich zu melden, sofern die voraussichtliche Dauer der Öffnungszeitenreduktion länger als zwei Wochen beträgt. § 11 bleibt davon unberührt.
- (4) Geht aus der Meldung nach Abs. 3 hervor, dass die nicht über Aufgabenübernahme / Vertretungen abgedeckte Verhinderung länger als drei Wochen bestehen wird und die erweiterten Öffnungszeiten längerfristig nicht aufrechterhalten werden können, werden die Kammer und der Versicherungsträger nach Anhörung der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis im Bedarfsfall eine Regelung zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung im Einzugsgebiet der Vertragsgruppenpraxis treffen.

E. Position des mitarbeitenden Arztes

- (1) Der mitarbeitende Arzt ist gegenüber der Kasse als Erfüllungsgehilfe der Vertragsgruppenpraxis im Sinne des § 1313a ABGB tätig.
- (2) Der mitarbeitende Arzt tritt in keinerlei direktes Vertragsverhältnis zum Versicherungsträger und kann aus dem freien Dienstverhältnis keinerlei Rechtsanspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages mit dem Versicherungsträger ableiten.
- (3) Die Berücksichtigung von Zeiten der Mitarbeit im Rahmen der erweiterten Stellvertretung bei einem Vertragsarzt, einer Vertragsgruppenpraxis in einem Auswahlverfahren zur Besetzung einer Vertragsarztstelle bzw. der Gesellschafterstellung in einer Gruppenpraxis erfolgt nach den zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Regelungen zur Auswahl von Vertragspartnern.
- (4) Für die Zulässigkeit und den Umfang sonstiger (ärztlicher und nichtärztlicher) Tätigkeiten des mitarbeitenden Arztes neben der erweiterten Vertretung wird vereinbart, dass derartige Nebentätigkeiten im Einvernehmen zwischen Kammer und Versicherungsträger grundsätzlich zulässig sind, sofern damit nicht die Zielsetzungen der erweiterten Vertretung gefährdet werden. Eine wahlärztliche Tätigkeit neben der erweiterten Vertretung ist nur mit vorheriger Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger zulässig.

F. Beendigung der erweiterten Vertretung

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen der Vertragsgruppenpraxis und dem arbeitenden Arzt darf längstens bis zum Ablauf des Quartals, in dem der arbeitende Arzt das 70. Lebensjahr vollendet, abgeschlossen werden. Kammer und Versicherungsträger können im Einvernehmen eine Ausnahmegenehmigung wegen drohender ärztlicher Unterversorgung erteilen.
- (2) Setzt der arbeitende Arzt durch sein Verhalten einen Kündigungs- bzw. Auflösungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG, erlischt der Einzelvertrag mit der Vertragsgruppenpraxis bzw. kann er vom Versicherungsträger gekündigt werden. Die Vertragsgruppenpraxis kann die Kündigung bzw. die Auflösung des Einzelvertrages abwenden, wenn das freie Dienstverhältnis zum nächst möglichen Zeitpunkt beendet wird.

G. Entzug der Bewilligung der erweiterten Vertretung

- (1) Die Genehmigung der Mitarbeit in Form der erweiterten Vertretung kann durch den Versicherungsträger entzogen werden. Gegen diesen Entzug kann die Vertragsgruppenpraxis Einspruch an die Paritätische Schiedskommission erheben. Erfolgte der Entzug der Genehmigung im Einvernehmen zwischen Kammer und Versicherungsträger, kommt dem Einspruch keine aufschiebende Wirkung zu. Im Falle eines einseitigen Entzugs kommt dem Einspruch aufschiebende Wirkung zu.
- (2) Die Genehmigung einer unbefristeten Mitarbeit kann frühestens nach 3 Jahren auch dann unter Einhaltung einer 6-monatigen Frist zum Jahresende im Einvernehmen zwischen Kammer und Versicherungsträger entzogen werden, wenn der Bedarf für den erweiterten Versorgungsanteil nach einvernehmlicher Feststellung von Kammer und Versicherungsträger entfällt (z.B. bei Besetzbarkeit einer ursprünglich vakanten Kassenstelle, die zur Bewilligung der erweiterten Vertretung führte).

§ 44 Gültigkeitsdauer:

- (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. Mit Ablauf der Geltungsdauer dieses Gesamtvertrages erlöschen alle von seinem Geltungsbereich erfassten Einzelverträge mit Gruppenpraxen. Kurative Einzelverträge, die aufgrund einer Gruppenpraxisgründung ruhend gestellt bzw. in diese eingebracht wurden, leben mit diesem Zeitpunkt wieder auf. Abweichend davon geht bei einer Nachfolgepraxis (Modell 4) der Einzelvertrag mit Ablauf der Geltungsdauer dieses Gesamtvertrages auf den Juniorpartner über.
- (2) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

§ 45 Verlautbarung:

(1) Die Verlautbarung von gesamtvertraglichen Vereinbarungen und ihre Abänderungen erfolgt gemäß § 338 (1) letzter Satz ASVG durch Veröffentlichung der Verträge sowie allfälliger Änderungen und Zusatzvereinbarungen durch den Dachverband im Internet.

(2) In der Verlautbarung ist das Datum anzuführen, ab wann die gesamtvertraglichen Vereinbarungen und ihre Abänderungen wirksam sind, wobei auch eine rückwirkende Wirksamkeit angegeben werden kann.

§ 46 Informationsverpflichtung:

Kammer und Kasse verpflichten sich, über wesentliche Bestimmungen der gesamtvertraglichen Vereinbarungen und deren Abänderungen die betroffenen Vertragsärzte wie folgt zu informieren:

- a) Auflage in der Kammer und Kasse zur Einsichtnahme
- b) Einsichtnahme im Internet auf der Homepage der Kammer
- c) Informationen über die wesentlichen Inhalte durch gemeinsame Rundschreiben der Kammer und der Kasse.

§ 47 Sonderregelungen für Modellprojekte:

Insbesondere zur Umsetzung von Modellprojekten zur Erreichung der Ziele der Gesundheitsreform (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz iVm Bundeszielsteuerungsvertrag und Landeszielsteuerungsvertrag) kann die Kasse mit Zustimmung der Kammer Einzelverträge mit Gruppenpraxen auf Basis dieses Gesamtvertrags abschließen, die von diesem Gesamtvertrag abweichende und diesen ergänzende Regelungen enthalten.

§ 48 Übergangsbestimmungen:

(1) Für Gruppenpraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und von allgemeinen Fachärzten, deren Beginn vor dem 01.01.2007 liegt, gilt, dass bei der Berechnung der bedarfsorientierten Begrenzung (§ 35a GPV) die Vertreterscheine zu berücksichtigen sind. Auf unwiderruflichem Antrag der Gruppenpraxis, sind jedoch die Vertreterscheine von der bedarfsorientierten Begrenzung des § 35a GPV auszunehmen.

Dieser Umstieg kann nur zu Beginn eines neuen Durchrechnungszeitraumes erfolgen und ist bis spätestens 31.12.2008 zu beantragen. Dieser Durchrechnungszeitraum beginnt in jedem Jahr jeweils an jenem Kalendertag, an dem die GP begonnen hat.

(2) Für Gruppenpraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin die keinen Antrag nach Absatz 1 stellen, ist nach der Regelung des § 35a Gruppenpraxisvertrag und der Anlage 2 vorzugehen, wobei das Honorar für die Vertreter/Erste-Hilfe-Scheine vom (SVB-) Gesamthonorar nicht in Abzug gebracht wird.

(3) § 35 Abs 4, 4a idF dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung ersetzen die Regelung des § 35 Abs 4 idF des 5. Zusatzprotokolls und treten mit 01.01.2016 in Kraft, sofern in der Folge nichts anderes bestimmt ist: Für jene Gruppenpraxen, die den halben Abschlag gemäß § 35

Abs 4 idF des 5. Zusatzprotokolls beantragt haben, gelten die Regelungen des § 35 Abs 4, 4a rückwirkend mit 01.01.2015.

(4) § 35 Abs 5 und Abs 8 idF dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung ersetzen die Regelung des § 35 Abs 4 und Abs 8 idF des 5. Zusatzprotokolls, treten mit 01.07.2016 in Kraft und sind auf Gruppenpraxen anzuwenden, die ab 01.07.2016 in Vertrag genommen werden.

(5) Die Änderungen in den §§ 3 und 5 idF des 7. Zusatzprotokolls gelten ab 01.07.2018. Die Änderungen in § 6 Abs 3 und der § 6a idF des 7. Zusatzprotokolls sind auf Vertragsgruppenpraxen anzuwenden, die ab 01.07.2018 neu in Vertrag genommen wurden. Die Streichungen in § 35 Abs 2 gelten ab 01.01.2018. Die Änderungen in § 35a Abs 1 gelten ab 01.07.2018 und sind für Vertragsgruppenpraxen anzuwenden, bei denen der 01.07.2018 im einjährigen Beobachtungszeitraum bzw davor liegt.

(6) Für Vertragsgruppenpraxen nach Modell 3, bei denen die Juniorpartner eine Ablöse für den Firmenwert in Höhe von 25% bzw 30% vor Inkrafttreten des 7. Zusatzprotokolls bezahlt haben, sind diese Prozentsätze auf die Berechnung der vom Seniorpartner gemäß § 42 Abs 2 zurück zu bezahlenden Firmenwertablöse im Falle des Ausscheidens des Juniorpartners aus der Vertragsgruppenpraxis weiterhin anzuwenden. Beim Modellwechsel auf Modell 4 hat der Seniorpartner zunächst die Firmenwertablöse nach den Regelungen vor Inkrafttreten des 7. Zusatzprotokolls an den Juniorpartner zu leisten, während der Juniorpartner die Firmenwertablöse nach den Bestimmungen des 7. Zusatzprotokolls zu leisten hat. Eine Aufrechnung ist möglich. Dies gilt sinngemäß für Vertragsgruppenpraxen nach Modell 2.

(7) Die Änderungen in der Fassung des 8. Zusatzprotokolls gelten ab 1.10.2019.

(8) Die durch das Ausscheiden der SVB als § 2-Kasse, insbesondere bei der Honorierung sowie Berechnung der Patientenbegrenzung, begründeten Änderungen gelten für Abrechnungsperioden ab 1.1.2020.

(9) Die Änderungen in der Fassung des 10. Zusatzprotokolls gelten ab 1.1.2023.

Anlagen zum Gruppenpraxis-Gesamtvertrag:

Anlage 1: zu § 15 Behindertengerechte Vertragsgruppenpraxen:

Auszüge aus ÖNORM 1600 „Barrierefreies Bauen“ und aus ÖNORM 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“

Anlage 2: zu § 35 a Verrechenbare Patientenzahl: Berechnungsgrundsätze

Anlage 3: Einzelvertrag

Anlage 4: zu § 12 Ärztliche Behandlung:

Liste der wirkungslosen oder Patienten gefährdenden Leistungen

Anlage 5: zu § 14a Mindestordinationszeiten: tabellarische Darstellung Ordinationszeiten

Kriterien zur Sicherstellung eines behindertengerechten Zuganges zu den Ordinationsräumlichkeiten einer Vertragsgruppenpraxis gemäß den Bestimmungen der ÖNORMEN B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“.

(Nummerierung erfolgte zur besseren Übersicht nach ÖNORM 1600 – in angeführten Einzelfällen nach ÖNORM 1601)

Außenanlagen:

1. Zugang:

Für Behinderte ist ein stufenloser Zugang (Aufzug oder Rampe) vom Parkplatz zur Vertragsgruppenpraxis zu gewährleisten.

2.3. Rampen:

2.3.1. Breite:

Rampen müssen eine lichte Breite von mindestens 180 cm aufweisen.

2.3.2 Längsgefälle:

Das Längsgefälle von Rampen darf nicht mehr als 6 % betragen.

2.3.4 Quergefälle:

Rampen dürfen kein Quergefälle aufweisen.

2.3.5 Horizontale Bewegungsflächen/Markierung:

Am Anfang und Ende der Rampen müssen horizontale Bewegungsflächen von mindestens 120 cm Länge vorgesehen werden. Vor Türen müssen Bewegungsflächen gemäß 3.1.4 vorhanden sein. Beginn und Ende von Rampen müssen farblich kontrastierend markiert werden (vorzugsweise gelb).

2.3.6 Richtungsänderungen:

Bei Richtungsänderungen von Rampen von mehr als 45° müssen horizontale Podeste von mindestens 120 cm Länge – in der Gehlinie gemessen – vorgesehen werden.

2.3.7 Handläufe:

Die Handläufe müssen Anfang und Ende der Rampe um mindestens 40 cm überragen.

2.3.8 Absturzsicherung bei Höhendifferenz: Beträgt die Höhendifferenz zwischen Rampe und tiefer liegendem anschließendem Niveau mehr als 10 cm, muss eine Absturzsicherung (zB: Handlauf und Radabweiser-Sockel mit mindestens 10 cm Höhe) vorgesehen werden.

2.3.9 Oberfläche: Rampen müssen eine griffige Oberfläche (zB: Gussasphalt mit Riffelung, Körnung oder Quarzsandeinstreuung) aufweisen.

Gebäude

3.1.1 Eingänge, Türen:

Zumindest ein Eingang, möglichst der Haupteingang, und ein Aufzug des Gebäudes müssen stufenlos erreichbar sein, wobei Niveauunterschiede maximal 3 cm betragen dürfen. Bei Gebäuden mit nur einer Wohneinheit, die als Gruppenpraxis genutzt wird (zB: Einfamilienhäuser), sollten diese Bestimmungen ebenfalls berücksichtigt werden. Zumindest sollte die Möglichkeit einer späteren Adaptierung vorgesehen werden.

3.1.2 Breite:

Haus- und Praxiseingangstüren müssen eine lichte Durchgangsbreite von mindestens 85 cm haben. Türen mit einer Breite von mehr als 85 cm müssen an der Schließseite einen horizontalen Handgriff in der Mitte des Türblattes haben (Höhe 80 cm bis 100 cm). Bei zweiflügeligen Türen darf der Gehflügel von Türen eine lichte Durchgangsbreite von 100 cm nicht überschreiten.

3.1.3 Türschwellen:

Türschwellen und Niveauunterschiede – auch bei Balkonen, Terrassen u. dgl. – dürfen nicht größer als 3 cm sein.

3.1.4 Horizontale Bewegungsflächen:

Auf beiden Seiten der Türen (ausgenommen Haus- u. Praxiseingangstüren) muss eine horizontale Bewegungsfläche mit mindestens 120 cm Länge vorgesehen werden. Vor und hinter Haus- bzw. Praxiseingangstüren u. dgl. muss eine horizontale Bewegungsfläche mit einem Durchmesser von 150 cm vorgesehen werden.

3.1.5 Türflügel:

Türflügel müssen leicht zu öffnen sein.

3.1.6 Drehtüren/Karusselltüren:

Drehtüren (Karusselltüren und Drehkreuze) müssen umgehbar bzw. umfahrbar sein.

3.1.7 Sanitärraumtüren:

Sanitärraumtüren dürfen nicht nach innen aufgehen und müssen auch von außen entriegelbar sein.

3.1.10 Hausglocken und Torsprechstellen

Hausglocken, Torsprechstellen und auch die tastbare Hausnummer müssen in einem Bereich von 85 cm bis 130 cm Höhe angeordnet werden.

3.2 Horizontale Verbindungswege (Gänge, Flure, Vorräume):

Horizontale Verbindungswege müssen eine lichte Breite von mindestens 120 cm – außerhalb der Praxis 180 cm – aufweisen.

Horizontale Verbindungswege müssen grundsätzlich stufenlos ausgeführt werden. Unvermeidbare Niveauunterschiede müssen durch Rampen gem. I) (2), durch Aufzüge oder andere Aufstiegshilfen, wie Hebebühnen, Schrägaufzüge u. dgl. ausgeglichen werden.

3.3 Vertikale Verbindungswege (Stiegen, Rampen, Aufzüge):

3.3.1 Stiegen:

Auch für Einzelstufen, kurze Stiegenläufe, Freitreppen u. dgl. gelten die folgenden Bestimmungen, es genügt jedoch ein Handlauf an der Seite.

3.3.1.1 Breite:

Hauptstiegen müssen eine lichte Breite von mindestens 140 cm aufweisen. Die lichte Breite darf nur durch Handläufe um höchstens 20 cm eingeschränkt werden. Für den Einbau von Aufstiegshilfen (Behindertenschrägaufzüge, Treppenlifte) darf die lichte Breite um maximal 35 cm eingeschränkt werden. Hauptstiegen müssen geradläufig sein.

3.3.1.2 Podeste:

Nach maximal 16 Stufen muss ein Podest vorgesehen werden. Die Podeste müssen 150 cm breit sein.

3.3.1.3 Handläufe:

Hauptstiegen müssen in ihrer ganzen Länge beidseitig mit einem gut umfassbaren Handlauf (Durchmesser 4 cm bis 5 cm) ausgestattet sein. Der Wandabstand muss 5 cm betragen. Die Handläufe müssen beidseitig über die Zwischenpodeste fortgeführt werden. Die Enden der Handläufe bei Antritt und Austritt müssen mindestens 40 cm horizontal über das Ende der Stiegenläufe weitergeführt werden. Es muss ein zusätzlicher Handlauf in einer Höhe von 75 cm vorgesehen werden.

3.3.1.4 Stufen:

Die Stufen müssen eine gleitsichere Oberfläche aufweisen. Einzelstufen sind unzulässig. Die Stufenhöhe (Setzstufe) darf 16 cm nicht überschreiten, die Stufenbreite (Trittstufe) darf 30 cm nicht unterschreiten. Die Stufenprofile müssen eine volle, nicht profilierte, eventuell leicht (höchstens 3 cm) nach hinten geneigte Setzfläche aufweisen.

3.3.1.5 Markierung:

Bei allgemein zugänglichen Baulichkeiten müssen zumindest die erste und die letzte Stufe eines Stiegenlaufes in der ganzen Stiegenbreite an der Vorderkante der Trittstufe farblich kontrastierend – vorzugsweise gelb – markiert werden.

3.3.2 Rampen: siehe oben Pkt. 2.3.

3.3.3 Aufzüge:

3.3.3.1 Erreichbarkeit u. Anordnung:

Ist ein Aufzug im Gebäude vorgesehen, muss dieser stufenlos erreichbar sein. Bei Aufzugsgruppen ist mindestens 1 Aufzug gem. den folgenden Bestimmungen auszuführen. Aufzüge, Hebebühnen oder andere Aufstiegshilfen müssen die stufenlose Erreichbarkeit aller allgemein zugänglichen Nutzräume (auch Sanitärräume) ermöglichen. Aufzüge dürfen nicht durch Fahrtreppen oder Fahrsteige ersetzt werden

3.3.3.2 Fahrkorbabmessungen:

Die Fahrkorbabmessungen müssen eine Breite von mindestens 110 cm und eine Tiefe von mindestens 140 cm aufweisen.

3.3.3.3 Fahrkorb- und Schachtabchlussüren:

Die Fahrkorb- und Schachtabchlussüren sind als automatisch öffnende Schiebetüren mit einer lichten Durchgangsbreite von mindestens 90 cm auszuführen.

3.3.3.4 Bewegungsfläche vor dem Aufzug:

Der freie Bereich vor dem Aufzug muss eine Tiefe von mindestens 180 cm aufweisen.

3.3.3.5 Bedienungselemente:

Die Bedienungselemente müssen von der Eingangswand des Fahrkorbes einen seitlichen Abstand von mindestens 40 cm haben. Das oberste Bedienungselement darf nicht höher als 130 cm sein. Dies gilt auch für die Bedienungselemente außen am Schacht. Im Fahrkorb muss in der Nähe der Bedienungselemente eine horizontale Haltestange 90 cm über dem Fahrkorbfußboden vorgesehen werden. Knöpfe und Ziffern der Bedienungselemente außerhalb und innerhalb des Fahrkorbes müssen farblich kontrastierend gestaltet sein. Weiters müssen diese Bedienungselemente mit taktiler Normalschrift versehen sein. Die Rufknöpfe (AUF/AB) müssen mit einem taktilen Pfeil versehen sein. Sensortasten sind nicht zulässig.

3.3.3.7 Akustische Anzeigen:

Das Auf- oder Abwärtsfahren des Fahrkorbes muss akustisch unterschiedlich avisiert werden. Die Fahrtrichtung muss hinauf mit zwei Tönen, hinunter mit einem Ton angezeigt werden. Eine akustische Anzeige im Fahrkorb (Sprachausgabe) muss das jeweilige Stockwerk bezeichnen.

3.3.3.8 Stockwerksnummerierung:

An der Türzarge rechts außen für den Einsteigenden muss in einer Höhe von 100 cm eine tastbare Stockwerksnummerierung angebracht werden.

3.3.4 Hebebühnen und ähnliche Aufstiegshilfen:

Für Hebebühnen u. ähnliche Aufstiegshilfen sind die Bestimmungen für Aufzüge sinngemäß anzuwenden. Auf Absturzsicherheit ist besonders zu achten.

3.4.1 WC-Räume:

WC-Räume müssen eine lichte Breite von mindestens 100 cm und eine lichte Tiefe von mindestens 125 cm aufweisen. Die Türen dürfen nicht nach innen aufgehen, müssen eine lichte Durchgangsbreite von mindestens 80 cm aufweisen und auch von außen entriegelbar sein. Die WC-

Räume müssen mit gut unterscheidbaren (Damen/Herren), farblich kontrastierenden und tastbaren Buchstaben oder Symbolen gekennzeichnet werden.

3.4.3.2 Raumgröße:

Im WC-Raum muss eine Bewegungsfläche für den Rollstuhl von mindestens 150 cm Durchmesser sichergestellt sein, wobei eine Unterfahrbarkeit des Waschbeckens bis maximal 20 cm Tiefe miteinbezogen werden kann. Es müssen verschiedene Anfahrtsmöglichkeiten mit dem Rollstuhl zum WC-Sitz – zumindest jedoch eine seitliche und eine rechtwinkelige Anfahrt – sichergestellt sein.

Der Abstand zwischen WC-Sitz und Wand beträgt an der nicht angefahrenen Seite mindestens 25 cm, an den anderen Seiten bei seitlicher Anfahrt mit dem Rollstuhl parallel oder leicht schräg zum WC (rückwärts einfahren) sowie bei rechtwinkliger oder leicht schräger Anfahrt seitlich 90 cm, und nach vorne 90 cm.

Die Größe des WC-Raumes ergibt sich aus dem Platzbedarf für das Anfahren mit dem Rollstuhl und das Umsetzen auf den WC-Sitz und der Bewegungsfläche für den Rollstuhl von mindestens 150 cm Durchmesser.

Ein universell anfahrbarer WC-Sitz erfordert eine Raumbreite von mindestens 220 cm und eine Raumtiefe von mindestens 215 cm. Ein eingeschränkt anfahrbarer WC-Sitz erfordert eine Raumbreite von mindestens 155 cm und eine Raumtiefe von mindestens 215 cm.

Ein eigener WC-Vorraum ist nicht erforderlich.

3.4.6.3 (aus ÖNORM 1601) WC-Sitz:

Die Vorderkante des WC-Sitzes muss einen Abstand von mindestens 65 cm von der Rückwand haben. Die Sitzhöhe des WC-Sitzes muss 46 cm betragen.

3.4.6.4 (aus ÖNORM 1601) Bedienung:

Die Bedienung der WC-Spülung und des Papierhalters muss vom WC-Sitz aus möglich sein (Bedienungselemente 100 cm hoch).

3.4.3 (aus ÖNORM 1601) Waschbecken:

Das WC muss mit einem Waschbecken ausgestattet werden. Die für die Benützung des Waschbeckens erforderliche Bewegungsfläche muss eine Breite von mindestens 100 cm und eine Länge (gemessen von der Wand) von mindestens 175 cm aufweisen. Gegebenenfalls können diese Maße reduziert werden. Waschbecken müssen unterfahrbar sein. Die freie Höhe im vorderen Teil bis 20 cm hinter den Waschbeckenrand muss mindestens 70 cm betragen, im hinteren Teil bis zur Wand mindestens 40 cm. Der Beckenrand darf nicht höher als 85 cm sein.

3.4.6.6 (aus ÖNORM 1601) Halte- und Stützgriffe:

Die WC-Räume müssen mit Halte- und Stützgriffen ausgestattet sein. An der Wand der nicht anzufahrenden Seite des WC muss eine horizontale, im vorderen Teil nach oben abgewinkelte Haltestange (Oberkante: 75cm, mit einem nach oben abgewinkelten Teil bis zu einer Höhe von 150 cm) montiert werden, die bis 25 cm vor die Vorderkante des WC-Sitzes reicht. An der anzufahrenden Stelle muss ein hochklappbarer Stützgriff (Oberkante: 75 cm, Ausladung: 90 cm, seitlicher Abstand vom WC-Sitz: 15 cm) vorgesehen werden. Bei universell anfahrbaren WC-Sitzen müssen die hochklappbaren Stützgriffe an beiden Seiten vorgesehen werden.

3.5. Anmeldung:

Die Anmeldung muss vom Rollstuhl aus benützbar sein.

3.5.8 Technische Ausstattung, Materialien:

3.5.8.1 Bedienungselemente

Bedienungselemente wie Gegensprechanlage, Schalter u. dgl. müssen in einer Höhe zwischen 85 cm bis 130 cm angebracht werden und einen seitlichen Abstand zur angrenzenden Wand von mindestens 40 cm aufweisen. Die leichte Bedienbarkeit aller Elemente muss sichergestellt sein (zB: großflächige Taster). Drehknopfbeschläge bei Türen müssen vermieden werden.

Fußböden müssen eine ausreichende Rutschsicherheit aufweisen und dürfen sich nicht elektrostatisch aufladen. Bei Bodenbelägen ist auf leichte Befahrbarkeit mit Rollstühlen zu achten. Hochflorige oder weiche Spannteppiche und Bürstenmatten müssen vermieden werden.

3.5.9 Orientierung:

In weitläufigen Baulichkeiten müssen leicht verständliche Orientierungssysteme gemäß ÖNORM A 3012 „Visuelle Leitsysteme für die Öffentlichkeitsinformation“ vorgesehen werden. Alle Informationselemente (Orientierungstafeln, Hinweise u. dgl.) müssen gut ausgeleuchtet werden. Die Schriftgröße und die Höhe über dem Fußboden ist gemäß ÖNORM A 3012 auszuführen. Die wichtigsten Informationselemente müssen auch in tastbarer Reliefschrift (Schriftgröße 1,5 cm; 0,1 cm erhaben) in maximal 130 cm Höhe ausgeführt werden.

4. Kennzeichnung:

Behindertengerechte Anlagen und Einrichtungen in allgemein zugänglichen Bereichen müssen durch die Bildzeichen „Rollstuhlbenützer“, „Gehbehinderter“ bzw. „Hörbehinderter“, gem. ÖNORM A 3011-3 gekennzeichnet werden. Der Zugang bzw. die Zufahrt zu behinderten gerechten Anlagen und Einrichtungen muss mit Hinweisen (Wegweisern) versehen sein.

Insbesondere müssen folgende Einrichtungen für behinderte Personen gekennzeichnet werden:

- PKW-Stellplätze
- Stufenlose Zugänge und Eingänge zu Gebäuden, vor allem dann, wenn sie nicht mit dem Haupteingang ident sind
- Aufzüge, sofern nicht alle behinderten gerecht sind, weiters Hebebühnen und ähnliche Aufstiegshilfen
- Sanitärräume
- Rollstuhlplätze u. behinderten gerechte Sitzplätze
- Umkleidekabinen
- Anmeldung/Rezeption
- Die zu den genannten Einrichtungen führenden Wege
- Geeignete Fluchtwege

Behindertengerechte Parkplätze:

Es wird nochmals darauf hingewiesen, dass gem. § 7 Abs. 2 Bundes-Rahmenvertrag die Gruppenpraxis verpflichtet ist, anlässlich ihrer Errichtung bei der zuständigen Behörde einen Antrag auf Widmung eines behindertengerechten Parkplatzes, der für die Dauer der Ordinationszeit zur Verfügung steht, zu stellen und gegebenenfalls einen gesetzlich vorgesehenen Rechtsweg auszuschöpfen.

Berechnungsgrundsätze der Patientenbegrenzung gemäß § 35a Gruppenpraxis-Gesamtvertrag

1. Abschnitt 1 – Berechnung der verrechenbaren Patientenzahl:

(1) Vertragsgruppenpraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten unterliegen bei den Modellen 1 (nur wenn die Anzahl der Gesellschafter höher als die Anzahl der Kassenplanstellen ist), 2, 3 und 4 gemäß § 35a Abs. 1 und Abs. 2 des OÖ Gruppenpraxis-Gesamtvertrages einer bedarfsorientierten Begrenzung der Anzahl der verrechenbaren Fälle; und zwar im Ausmaß der Patientenzahl des letzten vollen Kalenderjahres der bereits bestehenden Vertragsarztstelle. Sofern die Patientenzahl noch nicht vorliegt, wird das vorläufige Berechnungsergebnis in den Einzelvertrag aufgenommen. Sobald ein endgültiges Berechnungsergebnis vorliegt, wird der Einzelvertrag entsprechend adaptiert. Bei Modell 2 wird diese Begrenzung im Ausmaß der zusätzlich ausgeschriebenen Stelle erhöht. Ist die Laufzeit des ausgeschriebenen Kassenvertrages für die Gruppenpraxis nach Modell 4 geringer als 4 Quartale, so werden zur Berechnung der Patientenzahl nur das entsprechende Quartal/die entsprechenden Quartale des vorangegangenen Kalenderjahres herangezogen.

(2) Sollte die Vertragsarztstelle (Planstelle) zum Zeitpunkt des Beginns der Gruppenpraxis noch nicht 2 Jahre bestehen, so wird zur Berechnung der Patientenzahl bei den Modellen 2, 3 und 4 der Durchschnittswert einer Einzelpraxis derselben Fachgruppe im letzten vollen Kalenderjahr herangezogen.

(3) Die Patientenbegrenzung nach den Absätzen 1 und 2 wird um die Patientenzahländerung der jeweiligen Fachgruppe des zweitvorangegangenen Jahres auf das Vorjahr angepasst. Diese Berechnung erfolgt erstmals zu Beginn der ausgeschriebenen Gruppenpraxis und für jedes Folgejahr.

(4) Die Patientenbegrenzung bezieht sich ausschließlich auf die Fälle gemäß Abschnitt A der Honorarordnung; nicht einbezogen sind daher:

- Erste-Hilfe-Fälle
- Bereitschaftsdienstfälle,
- Mutterkindfälle,
- VU-Fälle,
- Vertreterfälle,
- zwischenstaatliche Betreuungsfälle
- „reine“ Zuweisungsfälle (z.B.: Zuweisung zur Akupunktur).

2. Abschnitt 2 – Berechnung des Honorarabzuges

Überschreitet die Vertragsgruppenpraxis die laut Abschnitt 1 endgültig berechnete Patientenbegrenzung im jeweils berechneten Jahreszeitraum ab Beginn des Einzelvertrages der Gruppenpraxis, erfolgt ein Honorarabzug vom limitierten Umsatz der Vertragsgruppenpraxis. Der Honorarabzug wird nach folgenden Grundsätzen berechnet:

a) Ärzte für Allgemeinmedizin

Vom Gesamthonorar der Vertragsgruppenpraxis werden folgende Honorare abgezogen:

- zwischenstaatliche Betreuungsfälle
- Bereitschaftsdienste
- Grundleistungsvergütungen
- reine Mutter-Kind-Pass-Fälle und Mutter-Kind-Pass-Leistungen
- VU-Leistungen

Die verbleibende Honorarsumme wird durch die Anzahl der Fälle dividiert, die in diesem Honorar berücksichtigt sind (= Fälle gem. Abschnitt A Z 1 lit. a und lit. b der Honorarordnung zuzüglich der Anzahl der „reinen“ Zuweisungsfälle).

Der sich daraus ergebende Durchschnittsfallwert wird mit der Anzahl der die Patientenbegrenzung nach Abschnitt 1 überschreitenden Fälle multipliziert und der sich dann ergebende Betrag wird vom Gesamthonorar in Abzug gebracht.

Vom Gesamthonorar wird weiters ein Anteil an der Honorierung der Grundleistungsvergütung für Fälle gem. Abschnitt A Z 1 lit a der Honorarordnung abgezogen, welche die Patientenbegrenzung laut Abschnitt 1 übersteigen. Die abzuziehenden Fälle sind jener Scheinstaffel zuzuordnen, die sich ergeben würde, wenn diese Fälle als zuletzt erbrachte Fälle angesehen werden.

b) Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik und Radiologie)

Vom Gesamthonorar der Vertragsgruppenpraxis werden folgende Honorare abgezogen:

- zwischenstaatliche Betreuungsfälle
- reine Mutter-Kind-Pass- Fälle und Mutter-Kind-Pass-Leistungen
- VU-Leistungen

Die verbleibende Honorarsumme wird durch die Anzahl der Fälle dividiert, die in diesem Honorar berücksichtigt sind (= Fälle gem. Abschnitt A Z 2 lit a und lit b der Honorarordnung zuzüglich der Anzahl der „reinen“ Zuweisungsfälle).

Der sich daraus ergebende Durchschnittsfallwert wird mit der Anzahl der die Patientenbegrenzung laut Abschnitt 1 überschreitenden Fälle multipliziert und der sich dann ergebende Betrag wird vom Gesamthonorar in Abzug gebracht.

Gebührenfrei gem.
§ 110 Ab. 1 Z 1 lit a ASVG

EINZELVERTRAG

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen der _____ OG/GmbH
(im Folgenden kurz Vertragsgruppenpraxis genannt) in
und der Österreichischen Gesundheitskasse aufgrund der Bestimmungen des Gesamtvertrages
vom 8.4. 2002 abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird
von der Vertragsgruppenpraxis zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird von Herrn/Frau Dr. _____ und Herrn/Frau Dr. als
Gesellschafter der _____ OG/GmbH in ihrer Eigenschaft als
ausgeübt.

Gruppenpraxismodell:

Berufssitz:

Ordinationsstätte:

Ordinationszeiten:

§3

Bezüglich der Art und des Umfanges der ärztlichen Tätigkeit der Gesellschafter der OG/GmbH wird
im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ Folgendes besonderes vereinbart:

Nebenbeschäftigungen von Herrn/Frau Dr.vom

Nebenbeschäftigungen von Herrn/Frau Dr. vom

Gemäß § 35a, Anlage 2, Abschnitt 1 beträgt die von der Vertragsgruppenpraxis zu betreuende Patientenanzahl vorläufig pro Jahr Fälle *) - dies entspricht pro Quartal Fälle.

*) nicht beinhaltet: Vertreterfälle, Erste-Hilfe-Fälle, Bereitschaftsdienstfälle, Mutterkindfälle, VU-Fälle, zwischenstaatliche Betreuungsfälle, reine Zuweisungsfälle (zB Zuweisungsfälle zur Akupunktur) und Patienten vakanter Stellen, die im Rahmen der 8er-Schein-Regelung abgerechnet werden.

Die Vertragsgruppenpraxis ist nicht verpflichtet, über diese Grenze hinaus mehr PatientInnen zu betreuen. Tut sie dies trotzdem, werden die über die Grenze hinaus erbrachten Fälle zum individuellen Durchschnittsfallwert vom Umsatz der Vertragsgruppenpraxis abgezogen.

§ 4

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

§ 5

(1) Die Vertragsgruppenpraxis gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages ihr Einverständnis, dass die von der Ärztekammer für OÖ beschlossenen und der Kasse bekanntgegebenen Abzüge von ihrem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 40 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 _____ und ist befristet bis _____ .
Das Kündigungsrecht wird im Falle einer Befristung nicht berührt.

Linz, am _____

Für die Österreichische Gesundheitskasse

Unterschrift und Vertragsstempel der Vertragsgruppenpraxis

Leistungen, von denen Kasse und Kammer gemeinsam der Auffassung sind, dass sie wirkungslos sind oder Patienten gefährden

- Aura-Heilung
- Baunscheidtieren
- Biologische Terrain-Analyse
- Edelsteinmedizin
- Eigen-Urintherapie
- Haarmineralanalyse
- Irisdiagnostik
- Klangmassage
- Magische Heilmethoden
- Magnettherapie (außer der Magnetfeldtherapie)
- Pendeln
- Reiki
- Schamanismus
- Wünschelrute
- Zelltherapie

Eine Stelle

	Gruppenpraxis Modell 3	Gruppenpraxis Modell 4
Mindestöffnungszeiten	20 Stunden / 5 Werktage (Montag – Samstag) ¹	
Anzahl Nachmittagsordinationen	mind. 2	
Anzahl Abendordinationen	-	
Schließstage pro Kalenderjahr ²	max. 7 Wochen (35 Ordinationstage)	max. 7 Wochen (35 Ordinationstage)

¹ Bei Modell 3 und 4 gilt während der Dauer der Gruppenpraxis die bestehende Regelung der vorherigen Einzelpraxis weiter.

² Bei unterjähriger Laufzeit sind die Schließstage zu aliquotieren.

> 1 Stelle und < 2 Stellen

Gruppenpraxis Modell 2 (5 Werktage)					
Stellenausmaß	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt je Modell ohne Abschlag	26	28	30	32	34
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination	3	4	5	6	7
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) ohne Gruppenpraxen-Abschlag bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	23	24	25	26	27
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) mit Gruppenpraxen-Abschlag ohne ausreichende Transparenz über paralleles Arbeiten	23	24	25	26	27
Anzahl Nachmittagsordinationen			mind. 1		
Anzahl Abendordinationen	mind. 2 ³	mind. 2 ³	mind. 2 ^{3,4}	3 ^{3,5}	3 ^{3,5}
Schließstage pro Kalenderjahr ²	max. 5 Wochen (25 Ordinationstage) Weiters besteht die Möglichkeit für weitere 4 Wochen (20 Ordinationstage) auf die Mindestordinationszeiten einer EP zu reduzieren. Alternativ zu den 4 Wochen Reduktion auf die Mindestordinationszeiten einer EP, haben Gruppenpraxen von Ehegatten oder eingetragenen Partnern die Möglichkeit, 2 zusätzliche Wochen (10 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen, falls keine Vertretung für die Ordination (Vertreter in der Ordination) gefunden wurde und die Vertretung für die Dauer der Absenz mit den umliegenden Ärzten positiv abgeklärt wurde.				

³ wobei eine Abendordination durch eine zweistündige Samstagsordination oder eine zweistündige Morgenordination (ab 7 Uhr) oder eine Nachmittagsordination (lt. Definition) ersetzt werden kann

⁴ es kann alternativ beim Modell 1,5 eine Abendordination auch an eine Nachmittagsordination angehängt werden (nicht überschneidend)

⁵ es kann alternativ bei Modellen 1,6 und 1,7 ein Abend in einen Nachmittag (lt. Definition) umgewandelt werden und vor einem Abend angeboten werden (nicht überschneidend)

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP
Anzahl Vertragsarztstellen	2 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	40 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination	10 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	30 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) mit Gruppenpraxen-Abschlag ohne ausreichende Transparenz über paralleles Arbeiten	30 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	3 Abendordinationen, wobei <u>eine</u> Abendordination durch eine Samstags- oder Morgen- oder Nachmittagsordination ersetzt werden kann
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen.
Schließtage pro Kalenderjahr ²	Die Ordination darf für max. 3 Wochen (15 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden. Weiters besteht die Möglichkeit für weitere 3 Wochen (15 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die Mindestordinationszeiten einer Einzelpraxis zu reduzieren. Alternativ zu den 3 Wochen Reduktion auf die Mindestordinationszeiten einer EP, haben Gruppenpraxen von Ehegatten oder eingetragenen Partnern die Möglichkeit, weitere 2 zusätzliche Wochen (10 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen, falls keine Vertretung für die Ordination (Vertreter in der Ordination) gefunden wurde und die Vertretung für die Dauer der Absenz mit den umliegenden Ärzten positiv abgeklärt wurde. Alternativ zur gänzlichen Schließung besteht auch die Möglichkeit, für 6 Wochen die Ordinationszeiten auf die Mindestordinationszeiten einer Einzelpraxis zu reduzieren.

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP	
Anzahl Vertragsarztstellen	2,5 Stellen	2,7 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	50 Stunden	54 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination	15 Stunden	17 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	35 Stunden	37 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) mit Gruppenpraxen-Abschlag ohne ausreichende Transparenz über paralleles Arbeiten	35 Stunden	37 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	3 Abendordinationen und 1 Morgenordination; Dabei kann <u>eine</u> Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann die Morgenordination auch durch eine 4. Abendordination ersetzt werden.	
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen.	
Schließtage pro Kalenderjahr ²	Die Ordination darf für max. 3 Wochen (15 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden. Weiters besteht die Möglichkeit für weitere 3 Wochen (15 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die Mindestordinationszeiten einer Einzelpraxis zu reduzieren. Alternativ zur gänzlichen Schließung besteht auch die Möglichkeit, für 6 Wochen die Ordinationszeiten auf die Mindestordinationszeiten einer Einzelpraxis zu reduzieren.	

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP
Anzahl Vertragsarztstellen	3 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	60 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination	20 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	40 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) mit Gruppenpraxen-Abschlag ohne ausreichende Transparenz über paralleles Arbeiten	40 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	3 Abendordinationen und 2 Morgenordination; Dabei kann <u>eine</u> Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann <u>eine</u> Morgenordination auch durch eine 4. Abendordination ersetzt werden.
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort, dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen. Eine sich zwingend ergebende Freitag-Nachmittags/Abend-Ordination kann von verschiedenen Standorten abwechselnd abgedeckt werden (gilt analog für andere zwingende Wochentage).
Schließstage pro Kalenderjahr ²	Die Schließzeiten sind zeitgerecht im Vorhinein via Ärztefinder zu melden. GP mit einem Standort: Es besteht die Möglichkeit für 3 Wochen pro Kassenplanstelle (insgesamt 45 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die einer GP mit 2 Stellen zu reduzieren (Mindestordinationszeiten 30 Wochenstunden). standortübergreifende GP: Es besteht die Möglichkeit, jeden Netzwerkstandort mit einer Kassenplanstelle bis zu 3 Wochen (15 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen. Die Standorte sind grundsätzlich alternierend zu schließen. Netzwerkstandorte mit mehr als einer Kassenplanstelle haben die Möglichkeit, für 3 Wochen auf die Zeiten einer Gruppenpraxis mit einer Kassenplanstelle weniger zu reduzieren (zumindest jedoch müssen die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis erfüllt werden). Die Gesamtversorgung muss im Netzwerk gewährleistet sein, die Kasse kann die Schließzeiten innerhalb von 14 Tagen ab Einlangen der Meldung bei der Kasse beeinspruchen, wenn Versorgungsprobleme zu befürchten sind.

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP	
Anzahl Vertragsarztstellen	3,5 Stellen	3,7 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	70 Stunden	74 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination	27,5 Stunden	30,5 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	42,5 Stunden	43,5 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) mit Gruppenpraxen-Abschlag ohne ausreichende Transparenz über paralleles Arbeiten	45 Stunden	47 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	4 Abendordinationen und 2 Morgenordination; Dabei kann <u>eine</u> Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann <u>eine</u> Morgenordination auch durch eine 5. Abendordination ersetzt werden.	
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen. Eine sich zwingend ergebende Freitag-Nachmittags/Abend-Ordination kann von verschiedenen Standorten abwechselnd abgedeckt werden (gilt analog für andere zwingende Wochentage).	
Schließstage pro Kalenderjahr ²	Die Schließzeiten sind zeitgerecht im Vorhinein via Ärztefinder zu melden. GP mit einem Standort: Es besteht die Möglichkeit, für 3 Wochen pro Kassenplanstelle (insgesamt 53 bzw. 56 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die einer GP mit 2,5 bzw. 2,7 Stellen zu reduzieren (Mindestordinationszeiten 35 bzw. 37 Wochenstunden). standortübergreifende GP: Es besteht die Möglichkeit, jeden Netzwerkstandort mit einer Kassenplanstelle bis zu 3 Wochen (15 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen. Die Standorte sind grundsätzlich alternierend zu schließen. Netzwerkstandorte mit mehr als einer Kassenplanstelle haben die Möglichkeit für 3 Wochen auf die Zeiten einer Gruppenpraxis mit einer Kassenplanstelle weniger zu reduzieren (zumindest jedoch müssen die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis erfüllt werden). Die Gesamtversorgung muss im Netzwerk gewährleistet sein, die Kasse kann die Schließzeiten innerhalb von 14 Tagen ab Einlangen der Meldung bei der Kasse beeinspruchen, wenn Versorgungsprobleme zu befürchten sind.	

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP
Anzahl Vertragsarztstellen	4 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	80 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination	35 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	45 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) mit Gruppenpraxen-Abschlag ohne ausreichende Transparenz über paralleles Arbeiten	50 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	5 Abendordinationen und 3 Morgenordination; Dabei kann <u>eine</u> Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann <u>eine</u> Morgenordination auch durch eine Samstagsordination ersetzt werden.
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen. Eine sich zwingend ergebende Freitag-Nachmittags/Abend-Ordination kann von verschiedenen Standorten abwechselnd abgedeckt werden (gilt analog für andere zwingende Wochentage).
Schließtage pro Kalenderjahr ²	Die Schließzeiten sind zeitgerecht im Vorhinein via Ärztefinder zu melden. GP mit einem Standort: Es besteht die Möglichkeit für 2 Wochen pro Kassenplanstelle (insgesamt 40 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die einer GP mit 3 Stellen zu reduzieren (Mindestordinationszeiten 40 Wochenstunden). standortübergreifende GP: Es besteht die Möglichkeit, jeden Netzwerkstandort mit einer Kassenplanstelle bis zu 3 Wochen (15 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen. Die Standorte sind grundsätzlich alternierend zu schließen. Netzwerkstandorte mit mehr als einer Kassenplanstelle haben die Möglichkeit für 3 Wochen auf die Zeiten einer Gruppenpraxis mit einer Kassenplanstelle weniger zu reduzieren (zumindest jedoch müssen die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis erfüllt werden). Die Gesamtversorgung muss im Netzwerk gewährleistet sein, die Kasse kann die Schließzeiten innerhalb von 14 Tagen ab Einlangen der Meldung bei der Kasse beeinspruchen, wenn Versorgungsprobleme zu befürchten sind.

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP	
Anzahl Vertragsarztstellen	4,5 Stellen	4,7 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	90 Stunden	94 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination	42,5 Stunden	45,5 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	47,5 Stunden	48,5 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) mit Gruppenpraxen-Abschlag ohne ausreichende Transparenz über paralleles Arbeiten	55 Stunden	57 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	5 Abendordinationen und 4 Morgenordination; Dabei kann <u>eine</u> Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann <u>eine</u> Morgenordination auch durch eine Samstagsordination ersetzt werden.	
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort, dem eine Kassenstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen. Eine sich zwingend ergebende Freitag-Nachmittags/Abend-Ordination kann von verschiedenen Standorten abwechselnd abgedeckt werden (gilt analog für andere zwingende Wochentage).	
Schließtage pro Kalenderjahr ²	Die Schließzeiten sind zeitgerecht im Vorhinein via Ärztefinder zu melden. GP mit einem Standort: Es besteht die Möglichkeit für 2 Wochen pro Kassenplanstelle (insgesamt 45 bzw. 47 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die einer GP mit 3,5 bzw. 3,7 Stellen zu reduzieren (Mindestordinationszeiten 42,5 bzw. 43,5 Wochenstunden). standortübergreifende GP: Es besteht die Möglichkeit, jeden Netzwerkstandort mit einer Kassenplanstelle bis zu 3 Wochen (15 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen. Die Standorte sind grundsätzlich alternierend zu schließen. Netzwerkstandorte mit mehr als einer Kassenplanstelle haben die Möglichkeit für 3 Wochen auf die Zeiten einer Gruppenpraxis mit einer Kassenplanstelle weniger zu reduzieren (zumindest jedoch müssen die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis erfüllt werden). Die Gesamtversorgung muss im Netzwerk gewährleistet sein, die Kasse kann die Schließzeiten innerhalb von 14 Tagen ab Einlangen der Meldung bei der Kasse beeinspruchen, wenn Versorgungsprobleme zu befürchten sind.	

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP
Anzahl Vertragsarztstellen	5 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	100 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination ⁴	50 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	50 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	5 Abendordinationen und 4 Morgenordination; Dabei kann eine Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann eine Morgenordination auch durch eine Samstagsordination ersetzt werden.
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen. Eine sich zwingend ergebende Freitag-Nachmittags/Abend-Ordination kann von verschiedenen Standorten abwechselnd abgedeckt werden (gilt analog für andere zwingende Wochentage).
Schließtage pro Kalenderjahr ²	Die Schließzeiten sind zeitgerecht im Vorhinein via Ärztefinder zu melden. GP mit einem Standort: Es besteht die Möglichkeit, für 1 Woche pro Kassenplanstelle (insgesamt 25 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die einer GP mit 4 Stellen zu reduzieren (Mindestordinationszeiten 45 Wochenstunden). standortübergreifende GP: Es besteht die Möglichkeit, jeden Netzwerkstandort mit einer Kassenplanstelle bis zu 3 Wochen (15 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen. Die Standorte sind grundsätzlich alternierend zu schließen. Netzwerkstandorte mit mehr als einer Kassenplanstelle haben die Möglichkeit für 3 Wochen auf die Zeiten einer Gruppenpraxis mit einer Kassenplanstelle weniger zu reduzieren (zumindest jedoch müssen die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis erfüllt werden). Die Gesamtversorgung muss im Netzwerk gewährleistet sein, die Kasse kann die Schließzeiten innerhalb von 14 Tagen ab Einlangen der Meldung bei der Kasse beeinspruchen, wenn Versorgungsprobleme zu befürchten sind.

⁴ Ab einschließlich 5 Stellen sind die parallelen Arztstunden verpflichtend transparent zu machen.

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP	
Anzahl Vertragsarztstellen	5,5 Stellen	5,7 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	110 Stunden	114 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination ⁴	57,5 Stunden	60,5 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	52,5 Stunden	53,5 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	5 Abendordinationen und 4 Morgenordination; Dabei kann <u>eine</u> Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann <u>eine</u> Morgenordination auch durch eine Samstagsordination ersetzt werden.	
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort, dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen. Eine sich zwingend ergebende Freitag-Nachmittags/Abend-Ordination kann von verschiedenen Standorten abwechselnd abgedeckt werden (gilt analog für andere zwingende Wochentage).	
Schließtage pro Kalenderjahr ²	Die Schließzeiten sind zeitgerecht im Vorhinein via Ärztefinder zu melden. GP mit einem Standort: Es besteht die Möglichkeit, für 1 Woche pro Kassenplanstelle (insgesamt 28 bzw. 29 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die einer GP mit 4,5 bzw. 4,7 Stellen zu reduzieren (Mindestordinationszeiten 47,5 bzw. 48,5 Wochenstunden). standortübergreifende GP: Es besteht die Möglichkeit, jeden Netzwerkstandort mit einer Kassenplanstelle bis zu 3 Wochen (15 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen. Die Standorte sind grundsätzlich alternierend zu schließen. Netzwerkstandorte mit mehr als einer Kassenplanstelle haben die Möglichkeit für 3 Wochen auf die Zeiten einer Gruppenpraxis mit einer Kassenplanstelle weniger zu reduzieren (zumindest jedoch müssen die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis erfüllt werden). Die Gesamtversorgung muss im Netzwerk gewährleistet sein, die Kasse kann die Schließzeiten innerhalb von 14 Tagen ab Einlangen der Meldung bei der Kasse beeinspruchen, wenn Versorgungsprobleme zu befürchten sind.	

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP
Anzahl Vertragsarztstellen	6 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	120 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination ⁴	65 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	55 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	5 Abendordinationen und 4 Morgenordination; Dabei kann eine Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann eine Morgenordination auch durch eine Samstagsordination ersetzt werden.
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort, dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen. Eine sich zwingend ergebende Freitag-Nachmittags/Abend-Ordination kann von verschiedenen Standorten abwechselnd abgedeckt werden (gilt analog für andere zwingende Wochentage).
Schließtage pro Kalenderjahr ²	Die Schließzeiten sind zeitgerecht im Vorhinein via Ärztefinder zu melden. GP mit einem Standort: Die Ordination darf an den vereinbarten Ordinationstagen nicht geschlossen werden (ausgenommen Feiertage) und die Öffnungszeiten sind ohne Reduktionen einzuhalten. standortübergreifende GP: Es besteht die Möglichkeit, jeden Netzwerkstandort mit einer Kassenplanstelle bis zu 3 Wochen (15 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen. Die Standorte sind grundsätzlich alternierend zu schließen. Netzwerkstandorte mit mehr als einer Kassenplanstelle haben die Möglichkeit für 3 Wochen auf die Zeiten einer Gruppenpraxis mit einer Kassenplanstelle weniger zu reduzieren (zumindest jedoch müssen die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis erfüllt werden). Die Gesamtversorgung muss im Netzwerk gewährleistet sein, die Kasse kann die Schließzeiten innerhalb von 14 Tagen ab Einlangen der Meldung bei der Kasse beeinspruchen, wenn Versorgungsprobleme zu befürchten sind.

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP	
Anzahl Vertragsarztstellen	6,5 Stellen	6,7 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	130 Stunden	134 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination ⁴	72,5 Stunden	75,5 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	57,5 Stunden	58,5 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	5 Abendordinationen und 4 Morgenordination; Dabei kann <u>eine</u> Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann <u>eine</u> Morgenordination auch durch eine Samstagsordination ersetzt werden.	
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen. Eine sich zwingend ergebende Freitag-Nachmittags/Abend-Ordination kann von verschiedenen Standorten abwechselnd abgedeckt werden (gilt analog für andere zwingende Wochentage).	
Schließtage pro Kalenderjahr ²	Die Schließzeiten sind zeitgerecht im Vorhinein via Ärztefinder zu melden. GP mit einem Standort: Die Ordination darf an den vereinbarten Ordinationstagen nicht geschlossen werden (ausgenommen Feiertage) und die Öffnungszeiten sind ohne Reduktionen einzuhalten. standortübergreifende GP: Standorte die mehr als eine Kassenplanstelle aber weniger als 6 Kassenplanstellen versorgen: es besteht die Möglichkeit, jeden Netzwerkstandort mit einer Kassenplanstelle bis zu 3 Wochen (15 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen. Die Standorte sind grundsätzlich alternierend zu schließen. Netzwerkstandorte mit mehr als einer Kassenplanstelle haben die Möglichkeit für 3 Wochen auf die Zeiten einer Gruppenpraxis mit einer Kassenplanstelle weniger zu reduzieren (zumindest jedoch müssen die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis erfüllt werden). Die Gesamtversorgung muss im Netzwerk gewährleistet sein, die Kasse kann die Schließzeiten innerhalb von 14 Tagen ab Einlangen der Meldung bei der Kasse beeinspruchen, wenn Versorgungsprobleme zu befürchten sind.	

Rahmenbedingungen:	Regelung für GP mit einem Standort und standortübergreifende GP
Anzahl Vertragsarztstellen	ab 7 Stellen
Mindestarztstunden in der Ordination insgesamt ohne Abschlag (= Mindestöffnungszeiten sofern keine Parallelarbeit angeboten wird)	140 Stunden
Maximal anrechenbare Arztstunden von Parallelarbeit in der Ordination ⁴	80 Stunden
Mindestöffnungszeiten (Mindestwochenstunden) bei Maximalanrechnung Parallelarbeit	60 Stunden
Anzahl Abend-, Nachmittags- und Morgenordinationen	5 Abendordinationen und 4 Morgenordination; Dabei kann eine Abend- durch eine Samstags- oder eine weitere Morgenordination ersetzt werden. Wahlweise kann eine Morgenordination auch durch eine Samstagsordination ersetzt werden.
Standortübergreifende GP	Die Abend- bzw. Nachmittagsordinationen sind an verschiedenen Tagen zu erbringen und bedarfsorientiert auf die Standorte aufzuteilen. Jeder Standort dem eine Kassenplanstelle zugeordnet ist, hat zumindest jedenfalls einmal pro Woche an den Abend-, Nachmittagsordinationen teilzunehmen. Eine sich zwingend ergebende Freitag-Nachmittags/Abend-Ordination kann von verschiedenen Standorten abwechselnd abgedeckt werden (gilt analog für andere zwingende Wochentage).
Schließtage pro Kalenderjahr ²	Die Schließzeiten sind zeitgerecht im Vorhinein via Ärztefinder zu melden. GP mit einem Standort: Die Ordination darf an den vereinbarten Ordinationstagen nicht geschlossen werden (ausgenommen Feiertage) und die Öffnungszeiten sind ohne Reduktionen einzuhalten. standortübergreifende GP: Standorte die mehr als eine Kassenplanstelle aber weniger als 6 Kassenplanstellen versorgen: es besteht die Möglichkeit, jeden Netzwerkstandort mit einer Kassenplanstelle bis zu 3 Wochen (15 Ordinationstage) zur Gänze zu schließen. Die Standorte sind grundsätzlich alternierend zu schließen. Netzwerkstandorte mit mehr als einer Kassenplanstelle haben die Möglichkeit für 3 Wochen auf die Zeiten einer Gruppenpraxis mit einer Kassenplanstelle weniger zu reduzieren (zumindest jedoch müssen die Mindestöffnungszeiten einer Einzelpraxis erfüllt werden). Die Gesamtversorgung muss im Netzwerk gewährleistet sein, die Kasse kann die Schließzeiten innerhalb von 14 Tagen ab Einlangen der Meldung bei der Kasse beeinspruchen, wenn Versorgungsprobleme zu befürchten sind.

