

Gebührenfrei gem.
§ 110 Abs. 1 Z 2 lt. a ASVG

GESAMTVERTRAGLICHE VEREINBARUNG

vom 1. Jänner 2007

abgeschlossen zwischen der
Ärztammer für OÖ (im Folgenden kurz „Kammer“ genannt)

und dem

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
für die im § 2 dieses Gesamtvertrages angeführten
Krankenversicherungsträger,

mit welcher

das 3. Zusatzprotokoll zur gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 8. April 2002, mit
welcher die Beziehungen zwischen den in § 2 dieses Gesamtvertrages angeführten
Krankenversicherungsträgern und den Vertragsgruppenpraxen geregelt wurden,

vereinbart wird.

I) Konkrete Änderungen des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages vom 8. April 2002:

(sämtliche Änderungen und/oder Ergänzungen wurden zur besseren Erkennbarkeit fett gedruckt)

1. § 1 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

(2) Als Vertragsgruppenpraxen kommen nur **offene Gesellschaften nach dem Unternehmensgesetzbuch** mit Gesellschaftern derselben Fachrichtung in Betracht. Folgende Vertragsgruppenpraxismodelle werden vereinbart:

Modell 1: Zusammenlegung von 2 bestehenden vollen Vertragsarztstellen zu einer Vertragsgruppenpraxis

Modell 2: Vertragsgruppenpraxis dort, wo ein Zusatzbedarf nach einer vertragsärztlichen Versorgung im Ausmaß einer nicht vollen Stelle (grundsätzlich 0,3 bis 0,7 Stellen) besteht

Modell 3: Job-Sharing-Modell: 2 ÄrztInnen teilen sich 1 volle bestehende Vertragsarztstelle in Form einer Vertragsgruppenpraxis

Modell 4: Vertragsgruppenpraxis als Nachfolgepraxis: Job-Sharing-Modell kurz vor der Pensionierung bzw. freiwilligen Vertragsbeendigung aus sonstigen Gründen eines Vertragsarztes mit folgenden Zielen:

- Jungärzte bekommen die Möglichkeit, in einer Vertragsarztpraxis (als „Juniorpartner“) tätig zu sein und brauchen nicht in eine Wahlarztpraxis investieren
- ein Vertragsarzt kann kurz vor seiner Pensionierung („Gleitpension“)/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!)

2. 2 Abs. 1 Zi. 3 lautet:

3. Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Ziffer 4 entfällt ersatzlos.

3. § 3 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 3 lauten neu wie folgt:

(1) Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 1 setzt voraus:

- a) die Gründung einer **offenen Gesellschaft** zwischen zwei Vertragsärzten derselben Fachrichtung (bzw. zwischen zwei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin) nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und
- b) einen gemeinsamen Antrag beider Vertragsärzte an den Versicherungsträger auf Abschluss eines Einzelvertrages mit der **OG** (wobei es für die Antragstellung ausreicht, wenn die Vertragsärzte verbindlich ihre Absicht erklären, eine **OG** zu gründen) und
- c) dass beide Vertragsärzte ihr Einverständnis erklären, dass ihre jeweiligen kurativen Einzelverträge für die Dauer des aufrechten Einzelvertrages mit der **offenen Gesellschaft** ruhen und erlöschen, wenn sie nach Beendigung der Gesellschaft den ärztlichen Beruf nicht mehr ausüben und
- d) die Zustimmung des Versicherungsträgers und der Kammer zur Vergabe des Einzelvertrages an die **OG**. Diese Zustimmung ist zu erteilen, wenn beide Kassenärzte im selben Versorgungsgebiet tätig waren.

- (2) Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 2 setzt voraus, dass
- a) der Vertragsarzt, dessen Stelle erweitert werden soll (=Senior-Gesellschafter), seine verbindliche Bereitschaft erklärt, mit dem nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber (=Junior-Gesellschafter) für eine bestimmte Dauer eine **OG** nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen und
 - b) sein Einverständnis erklärt, dass sein kurativer Einzelvertrag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der neu zu gründenden **OG** ruht und erlischt, wenn er nach Beendigung der Gesellschaft den ärztlichen Beruf nicht mehr ausübt und
 - c) Kammer und Versicherungsträger auf Basis der vertragsärztlichen Stellenplanung einen entsprechenden Zusatzbedarf sehen und ihre Zustimmung zu einer Ausweitung der bestehenden Stelle geben **und**
 - d) der Junior-Gesellschafter einen Mindestanteil von 30 % an der Gesellschaft hält und
 - e) das Ende der Gruppenpraxis **spätestens in jenem Quartal liegt, in dem der Seniorpartner das 65. Lebensjahr vollendet und**
 - f) **die politische Gemeinde, in der die Gruppenpraxis ihren Sitz haben soll, über weniger als 10.000 Einwohner verfügt.**

- (3) Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 3 setzt voraus, dass
- a) der Vertragsarzt, dessen Stelle geteilt werden soll (=Senior-Gesellschafter), seine verbindliche Bereitschaft erklärt, mit dem nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber (=Junior-Gesellschafter) für eine bestimmte Dauer eine **OG** nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen und
 - b) sein Einverständnis erklärt, dass sein kurativer Einzelvertrag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der neu zu gründenden **OG** ruht und erlischt, wenn er nach Beendigung der Gesellschaft den ärztlichen Beruf nicht mehr ausübt **und**
 - c) der Junior-Gesellschafter einen Mindestanteil von 30 % an der Gesellschaft hält und
 - d) das Ende der Gruppenpraxis **spätestens in jenem Quartal liegt, in dem der Seniorpartner das 65. Lebensjahr vollendet.**

4. In § 3 wird folgender Abs. 4a neu eingefügt:

(4a) Eine Gruppenpraxis kann nach Erreichen des 65. Lebensjahres des Seniorpartners ausnahmsweise dann zum nächstmöglichen Zeitpunkt und für die maximale Dauer von 3 Monaten ausgeschrieben werden, wenn der Juniorpartner nach der Zuerkennung der ausgeschrieben Gruppenpraxis verstirbt, nachweislich invalid wird (Bescheid des entsprechenden Sozialversicherungsträgers), aus der Gruppenpraxis aus eigenen Stücken ausscheidet bzw. die Stelle nicht antritt oder wenn sich bei Anwendung der Wahlarztregelung des Abs. 4 lit. a der betreffende Wahlarzt weigert, die Ablösezahlung zu leisten.

5. § 3 Abs. 5 lautet neu wie folgt:

- (5) Ein schriftlicher, von den Gesellschaftern unterzeichneter Gesellschaftsvertrag und ein Firmenbuchauszug über die gegründete **OG** sind der Kammer und dem Versicherungsträger mindestens 4 Wochen vor dem geplanten Beginn des Einzelvertrages mit der Gruppenpraxis vorzulegen. Der Einzelvertrag mit der Gruppenpraxis beginnt mit dem auf die Eintragung der **OG** 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 Versicherungsträger ein späterer Vertragsbeginn vereinbart wird.

Wenn der Gesellschaftsvertrag und ein Firmenbuchauszug nicht rechtzeitig vorgelegt werden, so beginnt der Einzelvertrag mit der Gruppenpraxis mit dem nächsten Quartalersten, bei dem die 4-Wochen-Frist eingehalten wurde.

6. § 4 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

(1) Die freien Vertragsgruppenpraxisstellen werden unter Angabe der Art der Gruppenpraxis (Modell 2 – 4), des gewünschten (zusätzlichen) Versorgungsbedarfs und der wesentlichen Bedingungen der Zusammenarbeit (zukünftiger Partner, zu erwartender Anteil an der **OG** usw.) im Einvernehmen mit der Kammer vom Versicherungsträger in der nächsten Nummer der Mitteilungen der Kammer ausgeschrieben. Der konkrete Wortlaut der jeweiligen Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien im Einzelfall zu vereinbaren.

7. § 6 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

(2) Bewertungsschema für den Substanzwert:

Die Abschreibungsdauer berechnet sich bei den Modellen 2 und 3 vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Investition bis zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Gruppenpraxis; beim Modell 4 vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Investition bis zum Ende der Gruppenpraxis. In allen Fällen ist die Berechnung zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Gruppenpraxis 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; dh 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
- Mobiliar wird auf 10 Jahre abgewertet; **dh mit Beginn des 10. Jahres ist dieses auf € 0,-- abgewertet**; sämtliche EDV-Investitionen werden auf 5 Jahre abgewertet; **dh 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
- Investitionen in fremde Gebäude (**z.B.: Mietobjekte**) **soweit dem Juniorpartner die Weiterbenützung ermöglicht wird 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“)**. 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-ordinationale 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.**

8. In § 6 wird folgender Abs. 2a neu eingefügt:

(2a) Abfertigungsansprüche von Ordinationspersonal, das aus der Einzelpraxis in die Gruppenpraxis übernommen wird, sind bei Berechnung des Substanz- und Firmenwertes wertmindernd zu berücksichtigen, sofern die Abfertigungsansprüche nicht durch Rücklagen gedeckt sind, die von der Gruppenpraxis übernommen werden, bzw. das Ordinationspersonal nicht unter das betriebliche Mitarbeitervorsorgegesetz (Neueintritt ab Jänner 2003) fällt.

9. § 6 Abs. 3 wird wie folgt ergänzt:

(3) Bewertungsschema für den Firmenwert (ideeller Wert) einer bestehenden vertragsärztlichen Praxis eines Arztes für Allgemeinmedizin oder eines allgemeinen Facharztes:

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.

Ansatz für die Berechnung des Firmenwertes ist daher der durchschnittliche Sachleistungsumsatz aller Versicherungsträger pro Jahr, wobei **nur jene Umsätze (Voraus- & Restzahlungen), die in den letzten beiden vollen Kalenderjahren vor Antragstellung eingegangen sind (Zuflussprinzip)**, zur Berechnung herangezogen werden (von der Berechnungsgrundlage abgezogen werden allerdings Umsatzanteile aus Tätigkeiten, die der Nachfolger aus kassenvertraglichen Gründen nicht fortführen kann). Bei der Übernahme von Hausapotheken werden von den durchschnittlichen Sachleistungsumsätzen aller Versicherungsträger der Hausapotheke in den letzten beiden vollen Kalenderjahren die Apothekeneinstandspreise **jener Medikamente abgezogen, die zum Sachleistungsumsatz in diesem Zeitraum beigetragen haben.**

Von dieser Berechnungsgrundlage ist ein Betrag für den ideellen Wert zu bezahlen; und zwar 25 % 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 30 % zu veranschlagen, weil dort der bestehende Patientenstamm dem Praxisübernehmer mehr Vorteile bringt.

10. § 6 Abs. 3a wird wie folgt ergänzt:

(3a) Der Firmenwert (ideeller Wert) einer bestehenden vertragsärztlichen Praxis eines Facharztes für Radiologie oder eines Facharztes für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen wird nach der sog. „Übergewinnmethode“ wie folgt berechnet:

Vom durchschnittlichen, **ausschließlich aus der ärztlichen Tätigkeit resultierenden** Jahresgewinn vor Steuern (**je nach Veranlagungsform** gem. § 4 Abs. 1 oder Abs. 3 EStG) der drei letzten vollen Kalenderjahre der bestehenden vertragsärztlichen Praxis vor der Antragstellung für die Gruppenpraxis ist der kalkulatorische Unternehmerlohn eines Kalenderjahres in Abzug zu bringen.

Als kalkulatorischer Unternehmerlohn wird ein Betrag von € 87.207,- 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 durchschnittliche Jahreseinkommenssteuerbelastung der drei letzten vollen Kalenderjahre 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 Kontrollbank veröffentlichten „**durchschnittlichen** Sekundärmarktrendite Gesamt“ im letzten Quartal vor Antragstellung für die Gruppenpraxis 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 Kontrollbank veröffentlichten „**durchschnittlichen** Sekundärmarktrendite Gesamt“ im letzten Quartal vor Antragstellung für die Gruppenpraxis plus 3 %-Punkte ergibt. Dabei ist nach folgender Formel vorzugehen: Übergewinn pro Jahr $\times (1+\text{Zinssatz})^{-1}$ + Übergewinn pro Jahr $\times (1+\text{Zinssatz})^{-2}$ + Übergewinn pro Jahr $\times (1+\text{Zinssatz})^{-3}$ + Übergewinn pro Jahr $\times (1+\text{Zinssatz})^{-4}$ + Übergewinn pro Jahr $\times (1+\text{Zinssatz})^{-5}$ + Übergewinn pro Jahr $\times (1+\text{Zinssatz})^{-6}$ + Übergewinn pro Jahr $\times (1+\text{Zinssatz})^{-7}$

Daraus ergibt sich der Firmenwert der bestehenden vertragsärztlichen Praxis.

Der Senior-Gesellschafter ist verpflichtet, auf seine 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 dem Versicherungsträger 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 Versicherungsträger beauftragten Steuerberatungskanzlei abweicht.

11. § 6 Abs. 4 lautet neu wie folgt:

(4) Auf die Vertragsgruppenpraxismodelle sind die dargestellten Bewertungsschemen wie folgt anzuwenden:

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 Zusatzbedarfs**.

Modell 3: anteilige Bezahlung des Substanz- und Firmenwertes je nach Anteil des eintretenden Arztes an der **OG**, da sich der zusätzliche Arzt am Patientenstock des bereits bestehenden Arztes beteiligt.

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 Gruppenpraxis) und dem Ende der Gruppenpraxis 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.

12. § 8 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 4 lauten neu wie folgt:

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und der Gruppenpraxis wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages mit der **OG** begründet.
- (2) Durch den Einzelvertrag mit der **OG** entsteht kein Anstellungsverhältnis zwischen den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis und dem Versicherungsträger.
- (4) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages (Versicherungsträger und **OG**) ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und den zwischen den Parteien dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

13. § 9 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- (1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen der Gruppenpraxis und dem Versicherungsträger ist der in der **Anlage 1** 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.

14. § 9 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- (4) Der Einzelvertrag wird bei Modell 1 grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen zwischen Versicherungsträger und Kammer der Einzelvertrag auch auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden. Bei den Modellen 2 bis 4 wird der Vertrag mit der Gruppenpraxis von vornherein auf bestimmte Zeit bis zu einem vom antragstellenden Vertragsarzt festgelegten Endzeitpunkt abgeschlossen. Das Kündigungsrecht der **OG** und des Versicherungsträgers wird durch eine Befristung nicht berührt.

15. § 35 lautet neu wie folgt:

- (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 der Gruppenpraxis
- b) das Verzeichnis der ärztlichen Leistungen
- c) die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und, soweit dies vorgesehen ist, in Eurobeträgen.

(2) Für Modell 1 gelten die in der **Anlage 3** angeführten Staffeln für Grundleistungsvergütungen und Zuschläge, Degressionen und Limitierungsbestimmungen. Für das Modell 2 werden die Staffeln, Zuschläge, Degressionen und Limitierungsbestimmungen, die gegenüber einer Einzelpraxis bei Modell 1 verdoppelt wurden, entsprechend dem von der Gruppenpraxis versorgten Zusatzbedarf gegenüber einer Einzelpraxis aliquot angehoben. Diese Positionen sind in der **Anlage 3** mit einem „*“ gekennzeichnet.

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

(4) Bei allen Gruppenpraxen nach den Modellen 1 und 2 erfolgt ein Abschlag vom (limitierten) Umsatz. Die Höhe des Abschlages beträgt:

- **Bei Modell 1: 8,5% für Allgemeinmediziner, 9,5% für allgemeine Fachärzte, 12,9% für Fachärzte für Radiologie und 11,4% für Fachärzte für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen;**
- **Bei Modell 2: 5% für Allgemeinmediziner, 6% für allgemeine Fachärzte, 12,9% für Fachärzte für Radiologie und 11,4% für Fachärzte für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen.**

Dieser Abschlag wird von der Restzahlung (die jeweils im vierten Monat nach Ende des Quartals erfolgt, für das die ärztliche Leistung erbracht wurde) in Abzug gebracht. 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 bis Ende des Folgejahres entscheiden.

(5) Jede Nachfolgepraxis wegen Inanspruchnahme einer vorzeitigen Pension oder Alterspension erhält eine jährliche Zusatzfinanzierung von € 23.255,31, wobei € 14.534,57 aus der zwischen dem Versicherungsträger und der Kammer zu vereinbarenden Tarifvalorisierung finanziert werden; € 8.720,74 sind zusätzliche Mittel des Versicherungsträgers. Der gesamte Betrag der Zusatzfinanzierung wird in vier gleichen Teilen à € 5.813,83 mit der Restzahlung für jedes Quartal ausbezahlt. Bei Rumpffahren (Nachfolgepraxis startet oder endet während des Jahres) erfolgt eine anteilige Kürzung der Zusatzfinanzierung. Im Gesellschaftsvertrag der **OG** ist sicherzustellen, dass die gesamte Zusatzfinanzierung dem Juniorpartner als Gewinnanteil ausbezahlt ist.

(6) Übernimmt der Seniorpartner die Rechtsposition des Juniorpartners gem. § 7 dieses Gesamtvertrages, erhält diese Vertragsgruppenpraxis nur eine jährliche Zusatzfinanzierung vom Versicherungsträger von € 8.720,74. Der durch die Ausschreibung ermittelte zweite Gesellschafter, der die Rechtsposition des Seniorpartners übernimmt, hat aus eigenem den Betrag von € 14.534,57 zu leisten. Die Auszahlung der Zusatzfinanzierung erfolgt wie in Abs. 6 angeführt. Im Gesellschaftsvertrag der **OG** ist sicherzustellen, dass die gesamte Zusatzfinanzierung dem Seniorpartner, der die Rechtsposition des Juniorpartners übernimmt, als Gewinnanteil ausbezahlt ist.

(7) 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.

(8) Bei Modell 4 hat der Gewinnanteil des Juniorpartners unbeschadet der Höhe seines Gesellschafteranteiles bei Vertragsgruppenpraxen mit Ärzten für Allgemeinmedizin mindestens 10 %, bei Vertragsgruppenpraxen mit allgemeinen Fachärzten mindestens 12 % des Umsatzes der Gruppenpraxis für vertragliche Leistungen an Versicherten der § 2-Kassen, der SV der gewerblichen Wirtschaft, der VA öffentlich Bediensteter und der **VA für Eisenbahnen und Bergbau** zu betragen. Bei Vertragsgruppenpraxen mit Fachärzten für Radiologie oder mit Fachärzten für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen hat der Gewinnanteil des Juniorpartners unbeschadet der Höhe seines Gesellschafteranteiles mindestens 25 % des Gewinnes vor Steuern gem. § 4 **Abs. 1** / 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 Gewinnanteil des Juniorpartners auch 10 % aller Sachleistungsumsätze der Gruppenpraxis in der Hausapotheke bei allen Versicherungsträgern abzüglich Apothekeneinstandspreis für diese Heilmittel zu betragen. Steigt in einer Vertragsgruppenpraxis mit Ärzten für Allgemeinmedizin die Anzahl der von der Vertragsgruppenpraxis erbrachten Vorsorgeuntersuchungen gegenüber dem Durchschnitt der in der bisherigen Einzelpraxis in den letzten acht Quartalen vor Invertragnahme der Gruppenpraxis erbrachten Vorsorgeuntersuchungen an, dann stehen dem Juniorpartner als zusätzlicher Gewinnanteil mindestens 50 % der für die mehr erbrachten Vorsorgeuntersuchungen vom Versicherungsträger ausgeschütteten Honorare zu.

(9) 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.

16. Es wird folgender § 35a eingefügt:

§ 35 a Patientenbegrenzung

(1) Bei Gruppenpraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin oder von allgemeinen Fachärzten nach den Modellen 2, 3 oder 4 erfolgt eine bedarfsorientierte Begrenzung der verrechenbaren Fälle. Die verrechenbare Patientenzahl ergibt sich nach den Berechnungsgrundsätzen der Anlage 2, Abschnitt 1, wobei die Berechnung für die Patienten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern getrennt von den Patienten der übrigen § 2-Kassen durchzuführen ist.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis ist nicht verpflichtet, über die in Abs. 1 angeführte Patientenbegrenzung hinaus Patienten zu betreuen. Wird die Grenze dennoch überschritten, erfolgt ein Honorarabzug laut Anlage 2, Abschnitt 2; und zwar ebenfalls getrennt für die Patienten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und für die Patienten der übrigen § 2-Kassen.

(3) Bei Gruppenpraxen von Fachärzten für Radiologie und Fachärzten für med.-diagnost. Laboratoriumsuntersuchungen nach den Modellen 2, 3 oder 4 wird der Umsatz der Vertragsgruppenpraxis wie folgt begrenzt:

Im letzten vollen Kalenderjahr vor Beginn der Vertragsgruppenpraxis wird der prozentuelle Anteil des (limitierten) § 2-Kassen-Umsatzes (inklusive fremde Kassen und EWR-Umsätze) des Senior-Gesellschafters/Praxisvorgängers am gesamten (limitierten) § 2-Kassen-Umsatz (inklusive fremde Kassen und EWR-Umsätze) der Fachgruppe festgestellt; bei einer Vertragsgruppenpraxis nach Modell 2 wird dieser Anteil am (limitierten) § 2-Kassen-Gesamtumsatz (inklusive fremde Kassen und 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.

17. § 42 Abs. 1 lit. f wird wie folgt ergänzt:

- f) wenn ein Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis die ärztliche Leitung einer Krankenanstalt, die Leitung einer Abteilung einer Krankenanstalt oder eine ärztliche Nebenerwerbstätigkeit im Umfang von insgesamt mehr als 18 Stunden **(bei Modell 2 und Modell 3: bei einem Anteil an der Gruppenpraxis von mehr als 50% mehr als 22 Stunden, ansonsten mehr als 25 Stunden)** wöchentlicher Arbeitsverpflichtung oder tatsächlicher Inanspruchnahme übernimmt, und nicht Kammer und Versicherungsträger schriftlich etwas Gegenteiliges vereinbaren

18. § 42a Abs. 1 lit. a lautet neu wie folgt:

- (1) Der Senior-Gesellschafter hat die Möglichkeit,
- a) eine Nachfolgepraxis (Modell 4) im Umfang einer Kassenstelle bis zu 12 Monaten vor Ablauf der Befristung des Modells 2 zu beantragen. In diesem Fall kann sich der Junior-Gesellschafter aus der vorangegangenen Gruppenpraxis bewerben.
- Wenn der Junior-Gesellschafter aus dem Ausschreibungsverfahren als Erstgereihter hervorgeht, können beide Gesellschafter innerhalb der ursprünglichen **OG** bis zum Endzeitpunkt der Nachfolgepraxis (Modell 4) weiter arbeiten. Der Senior-Gesellschafter hat dem Junior-Gesellschafter den anteiligen Substanz- und/oder Firmenwert zum aktuellen Wert zum Ablauf der Befristung des Modells 2 zurück zu bezahlen (Berechnung gem. § 6 Abs. 4 Modell 2 zweiter Halbsatz). Umgekehrt hat der Junior-Gesellschafter dem Senior-Gesellschafter den Substanz- und Firmenwert entsprechend den Bestimmungen des § 6 zum Ende der Nachfolgepraxis zu bezahlen, wobei beim Firmenwert auf die Anzahl der Krankenscheine für eine Kassenstelle abgestellt wird. Ein Substanzwert ist nur für jene Gegenstände zu bezahlen, die für den Umfang einer Kassenstelle verwendbar und notwendig sind, worüber im Zweifel die Kommission nach § 6 Abs. 2 entscheidet. Eine Kompensation zwischen obigen Zahlungen zum Ende der Nachfolgepraxis kann vorgenommen werden.
 - Geht der Junior-Gesellschafter aus dem Ausschreibungsverfahren nicht als Erstgereihter hervor, hat der Junior-Gesellschafter mit Ablauf der Befristung des Modells 2 aus der **OG** auszuscheiden: Der erstgereichte Bewerber ist in die **OG** aufzunehmen und hat den gesamten Substanz- und Firmenwert im Umfang einer Kassenstelle dem Senior-Gesellschafter zu bezahlen (Berechnung gem. § 6).

19. Es wird folgender § 42d eingefügt:

§ 42 d Wechsel zwischen Modell 2 und Modell 3

(1) Auf Antrag der Gruppenpraxis ist ein Umstieg von einer Gruppenpraxis nach Modell 2 in eine Gruppenpraxis nach Modell 3 ohne neuerliche Ausschreibung möglich, wenn die Gruppenpraxis nach Modell 2 bereits drei Jahre bestanden hat.

(2) Auf Antrag der Gruppenpraxis ist ein Umstieg von einer Gruppenpraxis nach Modell 3 in eine Gruppenpraxis nach Modell 2 ohne neuerliche Ausschreibung möglich, wenn die Gruppenpraxis nach Modell 3 bereits drei Jahre bestanden hat und die OÖ Gebietskrankenkasse und die Ärztekammer für OÖ im Einvernehmen einen Bedarf gemäß § 3 Abs. 2 lit. c feststellen.

(3) Ein Umstieg ist nur zu Beginn eines Quartals möglich.

20. § 45 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

(1) **Die Tatsache des Abschlusses** von gesamtvertraglichen Vereinbarungen und ihre **Abänderungen werden** in den „OÖ Ärzte – Mitteilungen der Ärztekammer für Oberösterreich“ auf Kosten der Kammer und in der Zeitschrift „Soziale Sicherheit“ auf Kosten des Versicherungsträgers verlautbart. **Die entsprechenden vertraglichen Bestimmungen sowie ihrer Abänderungen machen Kammer und Versicherungsträger vollinhaltlich auf ihren jeweiligen Homepages im Internet bekannt.**

21. Es wird folgender § 46 eingefügt:

§ 46 Übergangsbestimmung

(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/Erst-Hilfe-Scheine vom (SVB-) Gesamthonorar nicht in Abzug gebracht wird.

22. Dem Gruppenpraxis-Gesamtvertrag wird folgende Anlage 2 beigefügt:

**Anlage 2 -
Berechnungsgrundsätze der Patientenbegrenzung gemäß § 35a
Gruppenpraxis-Gesamtvertrag**

1. Abschnitt 1 – Berechnung der verrechenbaren Patientenanzahl:

(1) Gruppenpraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten unterliegen bei den Modellen 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 Patientenanzahl des letzten vollen Kalenderjahres der bereits bestehenden Vertragsarztstelle. Bei Modell 2 wird diese Begrenzung im Ausmaß der zusätzlich ausgeschriebenen Stelle erhöht.

(2) Sollte die Vertragsarztstelle (Planstelle) zum Zeitpunkt des Beginns der Gruppenpraxis noch nicht 2 Jahre bestehen, so wird zur Berechnung der Patientenanzahl 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
- „reine“ Zuweisungsfälle (z.B.: Zuweisung zur Akupunktur)

2. Abschnitt 2 – Berechnung des Honorarabzuges

Überschreitet die Vertragsgruppenpraxis die laut Abschnitt 1 berechnete Patientenbegrenzung, erfolgt ein Honorarabzug vom limitierten Umsatz der Vertragsgruppenpraxis. Der Honorarabzug wird nach folgenden Grundsätzen berechnet:

a) Ärzte für Allgemeinmedizin - bei PatientInnen der § 2-Kassen, ausgenommen der SVB

Vom Gesamthonorar der Vertragsgruppenpraxis werden folgende Honorare abgezogen:

- SVB-Honorare
- zwischenstaatliche Betreuungsfälle
- Sonn/Feiertagsbereitschaftsdienste der nicht eigenen Patienten
- 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) Ärzte für Allgemeinmedizin - bei PatientInnen der SVB

Vom SVB-Gesamthonorar der Vertragsgruppenpraxis werden folgende Honorare abgezogen:

- Grundleistungsvergütungen
- reine Mutter-Kind-Pass- Fälle und Mutter-Kind-Pass-Leistungen
- VU-Leistungen

Die verbleibende Honorarumme wird durch die Anzahl der SVB-Fälle dividiert, die in diesem Honorar berücksichtigt sind (= Fälle gem. Abschnitt A Z 1 der Honorarordnung zuzüglich der Anzahl der „reinen“ Zuweisungsfälle). Der sich daraus ergebende SVB-Durchschnittsfallwert wird mit der Anzahl der die Patientenbegrenzung laut Abschnitt 1 überschreitenden Fälle multipliziert und der sich dann ergebende Betrag vom SVB-Gesamthonorar in Abzug gebracht.

Vom SVB-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.

c) Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Labor und Radiologie) - bei PatientInnen der § 2-Kassen, ausgenommen der SVB

Vom Gesamthonorar der Vertragsgruppenpraxis werden folgende Honorare abgezogen:

- SVB-Honorare
- 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.

d) Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Labor und Radiologie) - bei PatientInnen der SVB

Vom SVB-Gesamthonorar der Vertragsgruppenpraxis werden folgende Honorare abgezogen:

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

Die verbleibende Honorarsumme wird durch die Anzahl der SVB-Fälle dividiert, die in diesem Honorar berücksichtigt sind (= SVB-Fälle gem. Abschnitt A Z 2 lit a und lit b der Honorarordnung zuzüglich der Anzahl der „reinen“ Zuweisungsfälle). Der sich daraus ergebende SVB-Durchschnittsfallwert wird mit der Anzahl, der die Patientenbegrenzung laut Abschnitt 1 überschreitenden Fälle multipliziert und der sich dann ergebende Betrag wird vom SVB-Gesamthonorar in Abzug gebracht.

23. Anlage 3 zu § 35 Abs. 2 lautet neu wie folgt:

Anlage 3 zu § 35

Staffelungen für Grundleistungsvergütungen und Zuschläge; Degressions- und Limitierungsbestimmungen für Vertragsgruppenpraxen

A Vergütung für Grundleistungen ab 1. Jänner 2005			
(Grundleistungsvergütung)			
Grundleistungsvergütung pro Fall (Regelfall,) im Kalendervierteljahr für			
1. Ärzte für Allgemeinmedizin			
			Euro
a) bis 1600 Fälle*	58 Punkte à	€ 0,329670	€ 19,120860
von 1601 bis 2200 Fälle*	45 Punkte à	€ 0,327157	€ 14,722065
ab 2201. Fall*	12 Punkte à	€ 0,322747	€ 3,872964
Zuschlag bis 1000 Fälle*, pro Fall	€ 2,364620		
b) Vertretung, Erste Hilfe, Bereitschaftsdienst an Wochentagen	26 Punkte à	€ 0,322899	€ 8,395374
c) ärztlicher Sonn- und Feiertagsdienst	18 Punkte à	€ 0,322899	€ 5,812182
d) Kurverschreibung und Kurüberwachung	66 Punkte à	€ 0,256535	€ 16,931310
2. Fachärzte			
a) Augenheilkunde u. Optometrie	48 Punkte à	€ 0,308635	€ 14,840480
Chirurgie	45 Punkte à	€ 0,316603	€ 14,247135
Dermatologie	59 Punkte à	€ 0,298653	€ 17,620527
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	47 Punkte à	€ 0,298453	€ 14,027291
Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	58 Punkte à	€ 0,304571	€ 17,665118
Innere Medizin	54 Punkte à	€ 0,322568	€ 17,958672
Kinder- und Jugendheilkunde	63 Punkte à	€ 0,319012	€ 20,097756
Lungenkrankheiten	57 Punkte à	€ 0,321638	€ 18,333366
Neurologie u. Psychiatrie	59 Punkte à	€ 0,333831	€ 19,696029
Psychiatrie u. Neurologie	59 Punkte à	€ 0,333831	€ 19,696029
Orthopädie u. orthop. Chirurgie	42 Punkte à	€ 0,305940	€ 12,849480
Urologie	56 Punkte à	€ 0,337772	€ 18,915232
Zuschlag bis 1000 Fälle*			
Chirurgie	pro Fall	€ 2,609926	
Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh.	pro Fall	€ 1,890652	
Kinder- und Jurgendheilkunde	pro Fall	€ 3,270459	
Lungenkrankheiten	pro Fall	€ 3,421689	
Neurologie u. Psychiatrie	pro Fall	€ 6,202314	
Psychiatrie u. Neurologie	pro Fall	€ 6,202314	
Urologie	pro Fall	€ 3,039841	
Sonographiezuschlag im Fachgebiet Urologie 1)			

bis 1000 Fälle*	31 Punkte à	€ 0,405813	€ 12,580203
ab 1001. Fall*	26 Punkte à	€ 0,405813	€ 10,551138
1) Verrechenbarkeitsvoraussetzungen siehe Seite 64 der Honorarordnung der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte			
b) Vertretung, Erste Hilfe	26 Punkte à	€ 0,302793	€ 7,872618
c) Ärztlicher Sonn- und Feiertagsdienst	18 Punkte à	€ 0,281971	€ 5,075478
d) Kurverschreibung und Kurüberwachung	66 Punkte à	€ 0,252720	€ 16,679520
Limitierungsbestimmungen			
a) Ärzte für Allgemeinmedizin			
Die Sonderleistungen werden wie folgt limitiert:			
Tagesordinationen an Werktagen ab der dritten und jeder weiteren persönlichen Inanspruchnahme (Position 1a)			
Die Verrechenbarkeit ist mit 2/3 der Fälle der Gruppenpraxis mit voller Grundleistungsvergütung limitiert.			
Besuche bei Tag an Werktagen			
Die Verrechenbarkeit von Besuchen bei Tag an Werktagen wird pro Abrechnungsquartal in folgender Weise begrenzt:			
Fälle mit einer Vergütung für Grundleistungen gemäß Abschn. A., Ziff. 1 lit. a).			
	pro Fall		
	im 2. und 3. Kalendervierteljahr	im 1. und 4. Kalendervierteljahr	
1 – 400*	0,8 Besuche	1,0 Besuche	
401 – 800*	0,6 Besuche	0,6 Besuche	
801 – 1.200*	0,3 Besuche	0,3 Besuche	
1.201 – 2.000*	0,1 Besuche	0,2 Besuche	
2.001 - *	0,1 Besuche	0,1 Besuche	
Weiterer Besuch bei Tag an Werktagen am selben Ort und im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang (Position 3m)			
Die Verrechenbarkeit ist mit 5 % der Position 3 limitiert.			
Ausführliche therapeutische Aussprache (Position 10 a)			
Die Verrechenbarkeit ist mit 15 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.			
SVB: Die Verrechenbarkeit ist mit 50 % der SVB-Fälle der Gruppenpraxis limitiert.			
Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch (Position 10 b)			
Die Verrechenbarkeit ist mit 4 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.			
Fälle, die ausschließlich zur Position 10 b zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.			
Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt (Position 10k)			
Die Verrechenbarkeit ist mit 6 % der Fälle der Gruppenpraxis mit voller GLVG limitiert.			

Intravenöse Injektion (Position 14)	
je 100 Behandlungsfälle	10 Injektionen
je 10 Behandlungsfälle	1 Injektion
Intravenöse Tropfinfusion (Position 27)	
bis 2.400* Punkte volle Honorierung (100 %)	
Von 2.401 – 3.360* Punkte Honorierung zu 50 %	
von 3.361 – 4.800* Punkte Honorierung zu 40 %	
ab 4.801* Punkte Honorierung zu 25 %	
Akupunktur (Position 54)	
Die Verrechenbarkeit von Akupunkturtherapien (Behandlungsserie mit max. 10 Sitzungen pro Fall und Quartal) ist mit 5 % der eigenen Fälle der Gruppenpraxis mit voller Grundleistungsvergütung limitiert.	
Fälle, die ausschließlich zur Akupunktur zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.	
Verbandwechsel durch den Arzt (Position 165)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 5 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
24-Stunden Blutdruckmonitoring (Position 258)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 1% der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Kleine Spirographie (Position 266)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Physiotherapie	
(ausgenommen Ultraschallbehandlung und Aerosol-Inhalationen)	
je 100 Behandlungsfälle	1.000 Punkte
je 10 Behandlungsfälle	100 Punkte
jedoch höchstens 30.000 Punkte*	
Ultraschallbehandlung	
je 100 Behandlungsfälle	500 Punkte
je 10 Behandlungsfälle	50 Punkte
Physiotherapeutische Leistungen bei Fällen, die ausschließlich zu deren Durchführung überwiesen wurden, fallen nicht unter die Limitierungsbestimmungen.	
Elektrokardiographische Untersuchungen (EKG)	
je 100 Behandlungsfälle	600 Punkte
je 10 Behandlungsfälle	60 Punkte
jedoch höchstens 14.400 Punkte*	
Röntgen	
je 100 Behandlungsfälle	400 Punkte
je 10 Behandlungsfälle	40 Punkte
Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt VI.	
Die nachfolgend angeführten Limitierungsbestimmungen gelten auch für die SVB, mit der Maßgabe, dass diese für die SVB-Fälle der Gruppenpraxis gesondert verrechnet werden.	

bis 4.000* Punkte volle Honorierung (100 %)		
von 4.001 – 6.000* Punkte Honorierung zu 70 %		
ab 6.001* Punkte Honorierung zu 40 %		
Für jene Ärzte für Allgemeinmedizin, die zur Durchführung medizinisch-diagnostischer Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschn. VI von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Oberösterreich b e s o n d e r s b e r e c h t i g t wurden:		
bis 12.600* Punkte volle Honorierung (100 %)		
von 12.601 – 14.400* Punkte Honorierung zu 60 %		
von 14.401 – 18.000* Punkte Honorierung zu 50 %		
von 18.001 – 26.000* Punkte Honorierung zu 40 %		
ab 26.001* Punkte Honorierung zu 30 %		
b) Fachärzte		
Tagesordination an Werktagen ab der dritten und jeder weiteren persönlichen Inanspruchnahme (Position 1a)		
Die Verrechenbarkeit ist mit 2/3 der Fälle der Gruppenpraxis mit voller Grundleistungsvergütung limitiert.		
Besuche bei Tag an Werktagen		
Die Verrechenbarkeit von Besuchen bei Tag an Werktagen wird pro Abrechnungsquartal in folgender Weise begrenzt:		
Fälle mit einer Vergütung für Grundleistungen gemäß Abschn. A., Ziff. 1 lit. a)		
	pro Fall	
	im 2. und 3. Kalendervierteljahr	im 1. und 4. Kalendervierteljahr
1– 400*	0,8 Besuche	1,0 Besuche
401 – 800*	0,6 Besuche	0,6 Besuche
801 – 1.200*	0,3 Besuche	0,3 Besuche
1.201 – 2.000*	0,1 Besuche	0,2 Besuche
2.001* -	0,1 Besuche	0,1 Besuche
Weiterer Besuch bei Tag an Werktagen am selben Ort und im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang (Position 3m)		
Die Verrechenbarkeit ist mit 5 % der Position 3 limitiert.		
Ausführliche therapeutische Aussprache (Position 10a)		
Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde: Die Verrechenbarkeit ist mit 15 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.		
Übrige Fachärzte Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.		
SVB: Die Verrechenbarkeit ist mit 50 % der SVB-Fälle der Gruppenpraxis limitiert.		
Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch (Position 10b)		
Die Verrechenbarkeit ist mit 4 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert. Fälle, die ausschließlich zur Position 10b zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.		
Injektionen und Infiltrationen		

<p>Fachärzte für Orthopädie u. orthopädische Chirurgie: Die Verrechenbarkeit der Injektionen und Infiltrationen (Positionen 20, 20 a, 22 23, 24 und 40) ist mit € 85.488,129952 pro Quartal limitiert.</p>	
Intravenöse Injektion (Position 14)	
je 100 Behandlungsfälle	10 Injektionen
je 10 Behandlungsfälle	1 Injektion
Intravenöse Tropfinfusion (Position 27)	
Bis 2.400* Punkte volle Honorierung (100 %)	
Von 2.401 – 3.360* Punkte Honorierung zu 50 %	
Von 3.361 – 4.800* Punkte Honorierung zu 40 %	
Ab 4.801* Punkte Honorierung zu 25 %	
Akupunktur (Position 54)	
Die Verrechenbarkeit von Akupunkturtherapien (Behandlungsserie mit max. 10 Sitzungen pro Fall und Quartal) ist mit 5 % der eigenen Fälle der Gruppenpraxis mit voller Grundleistungsvergütung limitiert.	
Fälle, die ausschließlich zur Akupunktur zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.	
Bestimmung der Fehlsichtigkeit mittels Refraktometer (Position 62a)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 40 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Skioskopie in Cykloplegie (Position 62b)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 25 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Basisuntersuchung Farbsinnprüfung (Position 63a)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 4 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Beidseitige Farbsinnprüfung mittels Anomaloskop (Position 63b)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 1 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Untersuchung der Netzhaut in Mydrasis (Position 75a)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 15 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Fundusdiagnostik mittels Funduskamera inkl. Bilddokumentation (Position 75b)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 3 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Fluoreszenzangiographie des Augenhintergrundes (Position 75c)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 0,4 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Argon-Laser Behandlung (Position 75d)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 0,8 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
YAG-Laser Behandlung (Position 75e)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 0,7 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Kontrolle eines korrigierenden Wirbelsäulenmieders (Position 164)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Verbandwechsel durch den Arzt (Position 165)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 5 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	

Doppler-Sonographie der peripheren Gefäße (Position 168)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 5 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Sonographie der kindlichen Hüfte im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht (Position 169)	
Fachärzte für Orthopädie u. orthopädische Chirurgie:	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde:	
Die Verrechenbarkeit ist mit 12 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert. In diesem Rahmen ist diese Position pro Fall und Quartal grundsätzlich nur einmal verrechenbar. Weitere Untersuchungen sind zu begründen.	
Kolposkopie (Position 190) und Endocervicoskopie (Position 190a)	
je 100 Behandlungsfälle	3.000 Punkte
je 10 Behandlungsfälle	300 Punkte
Cardiotokographie mit mindestens 20 bis 30 Minuten Aufzeichnungsdauer (Position 195)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 4 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Geburtshilflicher Ultraschall (Position 198)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 3 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Gynäkologischer Ultraschall (Position 200)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 17 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Nasenendoskopie (Position 210)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Lupenlaryngo- oder Epipharyngoskopie (Position 211)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Flexible Endoskopie der oberen Atemwege (Position 211a)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Beidseitige Messung otoakustischer Emissionen (Position 228b)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 9 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Otomikroskopie (Position 233)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 50 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Impedanzaudiometrie (Tympanometrie und/oder Stapediusreflexaudiometrie) inklusive Dokumentation (Position 234)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Sonographie der Nasennebenhöhlen (Position 237)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 20 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert	
Aufsichtsuntersuchung/Dermatoskopie: (Position 250a)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 35 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Individueller, detaillierter, schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeburten (Position 255)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 5 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	

Denver Entwicklungstest (Position 257)
Die Verrechenbarkeit ist mit 8 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.
24-Stunden Blutdruckmonitoring (Position 258)
Die Verrechenbarkeit ist mit 3 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.
Zuschlag zur Position 264 (Flussvolumendiagramm) für 1 Resistencemessung (Position 264a)
Pro Behandlungsfall sind durchschnittlich 9,7 Punkte verrechenbar (bezogen auf die Gesamtfälle).
Zuschlag zur Position 265 (Bronchospasmolysetest) für 2 Resistencemessungen (Position 265a)
Pro Behandlungsfall sind durchschnittlich 9,7 Punkte verrechenbar (bezogen auf die Gesamtfälle).
Zuschlag zur Position 260a (Provokationstest) ab 3 Resistencemessungen (Position 260b)
Pro Behandlungsfall sind durchschnittlich 9,7 Punkte verrechenbar (bezogen auf die Gesamtfälle).
Kleine Spirographie: Vitalkapazität, Tiffenautest und Atemgrenzwert mit graphischer Darstellung (Position 266)
Die Verrechenbarkeit ist für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.
Ambulante Schlafapnoeuntersuchung (Position 266a)
Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.
Definition von Gruppenpraxen für Innere Medizin sowie von kardiologisch und gastroenterologisch spezialisierten Gruppenpraxen für Innere Medizin.
1. Kardiologische Spezialisierung
Eine kardiologische Spezialisierung setzt voraus:
a) eine Erklärung, sich kardiologisch zu spezialisieren
b) die Berechtigung zur Verrechnung der Positionen 268 und 338
2. Gastroenterologische Spezialisierung
Eine gastroenterologische Spezialisierung setzt voraus:
a) eine Erklärung, sich gastroenterologisch zu spezialisieren
b) die Berechtigung zur Verrechnung der Positionen 263 und 269
3. Allgemeine Gruppenpraxen für Innere Medizin
Allgemeine Gruppenpraxen für Innere Medizin sind weder gastroenterologisch noch kardiologisch spezialisierte Gruppenpraxen für Innere Medizin
Echokardiographie (inkl. Befunderstellung, Position 268)

<p>Für gastroenterologisch spezialisierte Gruppenpraxen und für allgemeine Gruppenpraxen für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 15 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.</p> <p>Für kardiologisch spezialisierte Gruppenpraxen ist die Verrechenbarkeit mit 25 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.</p> <p>Für Fachärzte für Kinderheilkunde ist die Verrechenbarkeit der Positionen 268 und 268a zusammen mit 9 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.</p> <p>Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie und/oder zur Doppler-Sonographie des Herzens überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.</p>
<p>Doppler-Sonographie des Herzens (Position 268a)</p> <p>Die Verrechenbarkeit ist mit 15 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.</p> <p>Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie und/oder zur Doppler-Sonographie des Herzens überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.</p> <p>Die Verrechenbarkeit der Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie und/oder Doppler-Sonographie des Herzens überwiesen werden, ist mit 15 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.</p> <p>Für Fachärzte für Kinderheilkunde ist die Verrechenbarkeit der Positionen 268 und 268a zusammen mit 9 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.</p>
<p>Echokardiographie und Dopplersonographie des Herzens zusammen für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr (Position 268b)</p> <p>Die Verrechenbarkeit ist mit 9 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.</p> <p>Fälle, die ausschließlich zur Pos. 268b überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.</p>
<p>Abdomineller Ultraschall (inkl. Befunderstellung, Position 269)</p> <p>Für kardiologisch spezialisierte Gruppenpraxen, für allgemeine Gruppenpraxen für Innere Medizin und für Gruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde ist die Verrechenbarkeit mit 20 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert und pro Quartal ist die Leistung höchstens 150mal* verrechenbar.</p> <p>Für gastroenterologisch spezialisierte Gruppenpraxen ist die Verrechenbarkeit mit 40 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert und pro Quartal ist die Leistung höchstens 300mal* verrechenbar.</p>
<p>Ultraschall der Nieren und des Retroperitoneum (Position 269a)</p> <p>Die Verrechenbarkeit ist mit 20 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.</p>
<p>Komplette neurologische Stuserhebung verrechenbar ab einer Untersuchungsdauer von mindestens 20 Minuten (Position 270b)</p> <p>Die Verrechenbarkeit ist mit 15 % der Fälle mit voller Grundleistungsvergütung der Gruppenpraxis limitiert.</p>
<p>Psychiatrisches Testverfahren (Position 271a – c)</p> <p>Pro Behandlungsfall sind durchschnittlich 5,1 Punkte verrechenbar.</p>
<p>Psychotherapeutische Sitzung (Position 272 a - c)</p> <p>Pro Tag sind insgesamt maximal 10* Stunden Psychotherapie verrechenbar.</p>
<p>EMG-Untersuchung (Position 275), ENG-Untersuchung (Position 276) und EMG- und ENG-Untersuchung zusammen (Position 277)</p> <p>Pro Behandlungsfall sind durchschnittlich höchstens 10,3 Punkte verrechenbar.</p> <p>Fälle, die ausschließlich zu diesen Leistungen überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.</p>
<p>Messung Visuell, akustisch oder somatosensibel evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSEP) je Untersuchungsart (Position 277a)</p>

Die Verrechenbarkeit ist mit 5 % der Fälle mit voller Grundleistungsvergütung der Gruppenpraxis limitiert. Fälle, die ausschließlich zu dieser Leistung überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.	
Dopplersonographische Untersuchung des Karotis-Vertebralarteriensystems (Position 278)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Ultraschallgezielte Prostatastanzbiopsie (Position 282)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 3 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (Position 286)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 20 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Zweigläserprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis (Position 288)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 20 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Uricult (Position 296)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 40 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Blutgasanalyse (Position 299)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Physiotherapie (ausgenommen Ultraschall-, Klimakammerbehandlung und Aerosol-Inhalationen, Photochemotherapie (PUVA) u. Phototherapie (SUP))	
je 100 Behandlungsfälle	6.000 Punkte
je 10 Behandlungsfälle	600 Punkte
Physiotherapie (Photochemotherapie die Positionen 320 und 321)	
je 100 Behandlungsfälle	3.500 Punkte
je 10 Behandlungsfälle	350 Punkte
Physiotherapie (Zuschlag für Bade-PUVA, Grundbehandlung 1. – 16. Sitzung pro Sitzung die Position 320a)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 3 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Physiotherapie (Zuschlag für Bade-PUVA, Fortsetzungsbehandlung pro Sitzung die Position 321a)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 3 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
Physiotherapie (Phototherapie die Positionen 322 und 323)	
je 100 Behandlungsfälle	2.300 Punkte
je 10 Behandlungsfälle	230 Punkte
Langzeit-EKG (Position 338)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert. Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.	
Langzeit-EKG (inkl. Computerauswertung Position 339)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 10 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	

Ergometrie, Ruhe-EKG mit 12 Ableitungen, Belastungstest und Befund (Position 340)	
Für gastroenterologisch spezialisierte Gruppenpraxen und für allgemeine Gruppenpraxen für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 15 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert. Für kardiologisch spezialisierte Gruppenpraxen ist die Verrechenbarkeit mit 25 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert. Fälle, die ausschließlich zur Ergometrie überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.	
Röntgenaufnahmen durch Fachärzte für Lungenkrankheiten	
je 100 Behandlungsfälle	1.000 Punkte
je 10 Behandlungsfälle	100 Punkte
Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt VI durch allg. Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin	
Die nachfolgend angeführte Limitierungsbestimmung gilt auch für die SVB mit der Maßgabe, dass diese für die SVB-Fälle der Gruppenpraxis gesondert berechnet werden.	
bis 12.600* Punkte volle Honorierung (100 %)	
von 12.601 – 14.400* Punkte Honorierung zu 60 %	
von 14.401 – 18.000* Punkte Honorierung zu 50 %	
von 18.001 – 26.000* Punkte Honorierung zu 40 %	
ab 26.001* Punkte Honorierung zu 30 %	
Quantitative D-Dimer Bestimmung (Position 1194)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 5 % der Fälle der Gruppenpraxis limitiert.	
c) Fachärzte für Radiologie	
LWS mit Funktionsaufnahme (Position 621a)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 12 % der abgerechneten Position 621 limitiert.	
Gehaltene Sprunggelenksaufnahme (Position 656a)	
Die Verrechenbarkeit ist mit 1 % der abgerechneten Pos. 656 limitiert.	
HONORARSUMMENLIMIT	
Honorar	
Die Quartalshonorarabrechnung wird limitiert:	
aa) bei den allgemeinen Fachärzten, ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin, vor Anrechnung der Vergütung für Besuche und Ordinationen (Positionen 1 – 6), für die med.-diagn. Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt VI und der Wegegebühren, bei den Fachärzten für Innere Medizin vor Anrechnung der Vergütung für Besuche und Ordinationen (Positionen 1 – 6) und der Wegegebühren durch Kürzung des €79.493,34* übersteigenden Betrages um 33 % und des €101.594,80* übersteigenden Betrages um 45 %.	
bb) bei den Fachärzten für Radiologie durch einen Mengenrabatt von 10% des €195.226,72* übersteigenden Betrages, von 15% des €268.080,04* übersteigenden Betrages und von 20% des €441.354,14* übersteigenden Betrages des Gesamthonorars inkl. Organsonographie und Knochendichtemessung.	

cc) bei den Fachärzten für Labormedizin (Abschnitt VII der Honorarordnung) durch einen Mengenrabatt

von 10% des **€ 267.976,70*** übersteigenden Betrages,
 von 15% des **€ 312.63214*** übersteigenden Betrages,
 von 20% des **€ 357.287,60*** übersteigenden Betrages,
 von 25% des **€ 398.979,70*** übersteigenden Betrages,
 von 40% des **€ 446.613,16*** übersteigenden Betrages,
 von 55% des **€ 506.173,32*** übersteigenden Betrages,
 von 61,6% des **€ 550.828,76*** übersteigenden Betrages.

Für die SVB durch einen Mengenrabatt

von 5% des **€ 20.348,40*** übersteigenden Betrages,
 von 15% des **€ 21.801,86*** übersteigenden Betrages,
 von 30% des **€ 24.708,76*** übersteigenden Betrages,
 von 45% des **€ 27.615,68*** übersteigenden Betrages,
 von 60% des **€ 30.522,60*** übersteigenden Betrages,
 von 61% des **€ 36.366,42*** übersteigenden Betrages.

Weegegebühren

Kilometer bei Tag (Pos. W1):

von	1 bis	2.800 km*	pro km € 1,024548
von	2.801 bis	4.000 km*	pro km € 0,472722
von	4.001 bis	10.000 km*	pro km € 0,314455
über	10.000 km*		keine Vergütung

II) Wirksamkeit der Gesamtvertrags-Änderungen:

Sämtliche Änderungen des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages treten mit 1. Jänner 2007 in Kraft

ÄRZTEKAMMER FÜR OÖ

Der Präsident:

(Dr. Peter Niedermoser)

Kurie der niedergelassenen Ärzte

Der Kurienobmann
(MR Dr. Oskar Schweningner)

Der Kurienobmann-Stellvertreter
(Dr. Thomas Fiedler)

Kurie der angestellten Ärzte

Der Kurienobmann
(Dr. Harald Mayer)

Der Kurienobmann-Stellvertreter
(Dr. Armin Ranner)

HAUPTVERBAND DER ÖSTERR. SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

OÖ GEBIETSKRANKENKASSE

Der leitende Angestellte
(DDr. Hans Popper)

Der Obmann
(Alois Stöger diplômé)

