

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

GESAMTVETRAGLICHE VEREINBARUNG

vom 01. Juli 2013

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

und dem

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

mit welcher

das 5. 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)

Klargestellt wird ausdrücklich, dass mit dieser Vereinbarung der bereits seit 2002 bestehende Gruppenpraxis-Gesamtvertrag geändert wird und kein neuer Gesamtvertrag iSd § 342a ASVG (BGBl I Nr. 61/2010) abgeschlossen wird.

1. § 14 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

Es gilt folgende Ordinationszeitenregelung:

Modell 1: Die Mindestöffnungszeit beträgt 30 Stunden; Ziel ist eine 40 Stundenwoche, die im Einvernehmen mit der Vertragsgruppenpraxis angestrebt werden soll. Die Gruppenpraxis ist an mindestens 5 Tagen der Woche geöffnet zu halten. Es müssen mindestens 3 Abendordinationen **beginnend ab 16:00 Uhr zu je 3 Stunden, oder beginnend ab 18:00 Uhr zu je zwei Stunden** angeboten werden, wobei eine Abendordination durch eine dreistündige Samstagordination oder eine dreistündige Morgenordination (ab 7 Uhr) ersetzt werden kann. Die Ordinationszeiten sollen patientenorientiert auf die einzelnen Tage aufgeteilt werden. Zu den am Häufigsten frequentierten Öffnungszeiten sollen die in der Gruppenpraxis tätigen Ärzte gleichzeitig anwesend sein. 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.

Modell 2: Die **Mindestöffnungszeiten betragen: Bei Gruppenpraxen im Ausmaß von 1,3 - 1,5 Kassenstellen: 25 Stunden (Ziel sind 30 Stunden); beträgt der Zusatzbedarf gegenüber einer Einzelpraxis mehr als 0,5 Stellen, erhöhen sich diese Stundenzahlen dem Zusatzbedarf entsprechend bis zu den Zeiten laut Modell 1, insbesondere bei Gruppenpraxen im Ausmaß von 1,6 Kassenstellen: 26 Stunden (Ziel sind 32 Stunden), bei Gruppenpraxen im Ausmaß von 1,7 Kassenstellen: 27 Stunden (Ziel sind 34 Stunden).** § 35 Abs. 4 bleibt hiervon unberührt. Für Modelle im Ausmaß von 1,3 und 1,4 müssen mindestens 2 **Abendordinationen**, für Modelle mit 1,5 mindestens 2 **Abend- und eine Nachmittagsordination** beginnend ab 14:00 Uhr zu drei Stunden oder beginnend ab 16:00 zu zwei Stunden, für Modelle über 1,5 mindestens 3 **Abendordinationen zu je 3 Stunden beginnend ab 16:00 Uhr oder beginnend ab 18:00 Uhr zu je zwei Stunden** angeboten werden, wobei eine **Abendordination durch eine zweistündige Samstagordination oder eine zweistündige Morgenordination (ab 7 Uhr) ersetzt werden kann.** Die Ordination darf für max. 4 Wochen (20 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden. Weiters besteht die Möglichkeit, für weitere 4 Wochen (20 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die Mindestordinationszeiten einer Einzelpraxis zu reduzieren.

Modell 3: Die Ordination kann für max. 7 Wochen (35 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden (ohne Reduktion der Ordinationszeiten darüber hinaus). **Während der Dauer der Gruppenpraxis gilt die bestehende Regelung der vorhergehenden Einzelpraxis weiter.**

Modell 4: Die Ordination kann für max. 5 Wochen (25 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden (ohne Reduktion der Ordinationszeiten darüber hinaus). **Während der Dauer der Gruppenpraxis gilt die bestehende Regelung der vorhergehenden Einzelpraxis**

weiter. Der Übergang von einer Gruppenpraxis 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 des § 11 des OÖ Gesamtvertrags für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte erfüllt werden.

Darüber hinaus ist eine vorübergehende Schließung der Ordination bei allen Modellen im Krankheitsfall bzw. bei sonstigen wichtigen persönlichen Gründen (analog der Regelung im § 8 Angestelltengesetz) zulässig.

Abstimmung der Ordinationszeiten mit den umliegenden Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen: 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 Bezirke I bis V) bereits ein oder mehrere Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen derselben Fachrichtung ansässig sind, hat sich die neu in Vertrag genommene Gruppenpraxis 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 Gruppenpraxis 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 ergeben, kann stattdessen an einem anderen Tag eine Abendordination angeboten werden. Ab zwei Vertragspartnern derselben Fachrichtung ist von Montag bis Freitag zumindest eine Ordination eines Vertragsarztes oder einer Vertragsgruppenpraxis geöffnet zu halten. Sofern die Lage eines ordinationsfreien Tags geändert werden sollte, darf sich dieser nicht mit dem/den ordinationsfreien Tag(en) bereits niedergelassener Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen überschneiden.

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

2. § 26 wird wie folgt geändert:

In Abs 2 wird folgender Satz 2 angefügt:

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.

Nach Abs 2 wird folgender Abs 2 a angefügt:

(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. Nach § 26 wird ein § 26a „Provisionsverbot“ wie folgt eingefügt:

(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 zB 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).

4. § 35 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

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

- Bei Modell 1: 9,5 % für Allgemeinmediziner, 9,5 % für allgemeine Fachärzte, 12,9 % für Fachärzte für Radiologie und 11,4 % für Fachärzte für medizinisch-chemische Laboratoriumsuntersuchungen;
- Bei Modell 2: 5 % für Allgemeinmediziner, 6 % für allgemeine Fachärzte, 12,5 % für Fachärzte für Radiologie und 11,4 % für Fachärzte für medizinisch-chemische Laboratoriumsuntersuchungen. Die angeführten Abschläge bei Modell 2 werden für **Allgemeinmediziner und allgemeine Fachärzte halbiert auf 2,5 % (Allgemeinmediziner) bzw. auf 3 % (allgemeine Fachärzte), wenn nachstehende Öffnungszeiten angeboten werden: Für Bruchstellen im Ausmaß von 1,3 und 1,4 Kassenstellen: mindestens 27 Wochenstunden, für Bruchstellen im Ausmaß von 1,5 Kassenstellen: mindestens 30 Wochenstunden und für Bruchstellen im Ausmaß von 1,6 und 1,7 Kassenstellen: mindestens 33 Wochenstunden; zusätzlich müssen die erweiterten Öffnungszeiten den Patienten gegenüber entsprechend transparent gemacht werden (insbesondere via Anrufbeantworter und Ordinationsbeschilderung). Der Abschlag entfällt, wenn von den Gesellschaftern der Gruppenpraxis eine von den Gesamtvertragsparteien genehmigte Zweitordination betrieben wird oder wenn es sich um eine von den Gesamtvertragsparteien hinsichtlich des Ausmaßes der Bruchstelle und des weiteren Standortes genehmigte ortsübergreifende Gruppenpraxis handelt.**

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. Nach § 45 wird folgender § 46 angefügt:

§ 46 Informationsverpflichtung

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

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

II. Wirksamkeit der Gesamtvertrags-Änderungen:

Sämtliche Änderungen des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages treten mit 01. Juli 2013 in Kraft.

ÄRZTEKAMMER FÜR OÖ

Der Präsident:


Dr. Peter Niedermoser

Kurie der niedergelassenen Ärzte

Der Kurienobmann


MR Dr. Thomas Fiedler

Der Kurienobmann-Stellvertreter


MR Dr. Wolfgang Ziegler

Kurie der angestellten Ärzte

Der Kurienobmann

Dr. Harald Mayer

Der Kurienobmann-Stellvertreter

Dr. Doris Müller

HAUPTVERBAND DER ÖSTERR. SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

OÖ GEBIETSKRANKENKASSE

Die leitende Angestellte



Der Obmann

Arbeitsbehelf

zum

**OÖ Gruppenpraxis-Gesamtvertrag
samt 5. Zusatzprotokoll**

Präambel Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

§ 1 Grundlagen

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG) BGBl. Nr. 189, idF BGBl. Nr. 99/2001 (58. ASVG-Novelle), sowie gemäß §§ 52a und b des Ärztegesetzes, idF BGBl. Nr. 110/2001, zum Zweck der Bereitstellung und Sicherstellung einer ärztlichen Versorgung sowie gemäß § 132 b ASVG zum Zweck der Bereitstellung und Sicherstellung der Vorsorgeuntersuchungen durch Vertragsgruppenpraxen für die bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden kurz „Anspruchsberechtigte“ genannt) abgeschlossen.

(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!)

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

§ 2 Geltungsbereich

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

1. OÖ Gebietskrankenkasse, Forum Gesundheit
2. Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke A.G.
3. Sozialversicherungsanstalt der Bauern
(im Folgenden kurz „Versicherungsträger“ genannt).

(2) Dieser Gesamtvertrag gilt für Vertragsgruppenpraxen, wie auch für Ärzte und Vertragsärzte (das sind: Ärzte für Allgemeinmedizin, allgemeine Fachärzte, Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen), die eine Vertragsgruppenpraxis begründen möchten.

a) (3) Dieser Gesamtvertrag gilt jedoch nicht für folgende Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/Zahnärzte.

(4) Für Vertragsgruppenpraxen ist der Gesamtvertrag über die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen (VU-Gesamtvertrag) in der jeweils geltenden Fassung analog anzuwenden.

§ 3 Voraussetzungen für Vertragsgruppenpraxen

(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; liegt die Vollendung des 65. Lebensjahres im zweiten

Halbjahr, kann das Ende der Gruppenpraxis im ersten Quartal des Folgejahres liegen, und

- f) die politische Gemeinde, in der die Gruppenpraxis ihren Sitz haben soll, über weniger als 10.000 Einwohner verfügt. Diese Voraussetzung gilt nur für Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin.

(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; liegt die Vollendung des 65. Lebensjahres im zweiten Halbjahr, kann das Ende der Gruppenpraxis im ersten Quartal des Folgejahres liegen.
- e) Eine Vertragsgruppenpraxis nach Modell 3, die wegen Zeitablaufes endet, kann auf Antrag derselben Gesellschafter unter Außerachtlassung der in lit a genannten Voraussetzungen fortgeführt werden, sofern die Vertragsgruppenpraxis zumindest 5 Jahre zum Zeitpunkt der Antragstellung bestanden hat. Alle sonstigen Voraussetzungen sind zu erfüllen. Der Antrag auf Weiterführung ist spätestens 3 Monate vor Ablauf der Befristung schriftlich bei der Ärztekammer für OÖ zu stellen.

(4) Eine Nachfolgepraxis (Modell 4) ist grundsätzlich jedem Vertragsarzt für eine von ihm gewählte 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. Gleichzeitig mit dem Antrag hat der Vertragsarzt (=Seniorpartner in der Nachfolgepraxis) seine kurativen Einzelverträge zu allen Versicherungsträgern 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 ärztlichen Beruf nicht mehr ausübt oder ihn ein ausschließliches oder überwiegendes Verschulden an der Auflösung der Gesellschaft (§ 42 dieses Gesamtvertrages) trifft. Er hat ferner die Erklärung abzugeben, dass er mit dem nach diesem Gesamtvertrag ausgewählten Partner eine OG nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages gründen wird.

Kein Anspruch auf eine Nachfolgepraxis besteht,

- a) 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 dem Versicherungsträger 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 Praxisablöse (siehe § 6 Abs. 4) 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.
- b) im Fall des § 5 Abs. 2 lit. b und Abs. 3.

- c) wenn die Stelle nicht nachbesetzt wird; für die Nachbesetzung ist ein Einvernehmen zwischen Kammer und Versicherungsträger notwendig.
- d) wenn der Kündigungstermin nach dem Ende des Quartals liegt, in welchem der Vertragsarzt sein 65. Lebensjahr vollendet hat; ; liegt die Vollendung des 65. Lebensjahres im zweiten Halbjahr, kann das Ende der Gruppenpraxis im ersten Quartal des Folgejahres liegen.

(4a) Ungeachtet der Bestimmung des Abs 4 lit d kann eine Nachfolgepraxis 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 ausgeschriebenen 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) 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) Jeder Arzt darf nur Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis sein. Approbierte Ärzte können nicht Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis sein.

(7) Bei Modell 2 und 3 muss die Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg und an der Gesellschaft dem im Gesellschaftsvertrag vereinbarten Arbeitsanteil entsprechen. Bei Modell 4 haben die Gesellschafter jeweils die Hälfte der in der Gruppenpraxis anfallenden Arbeit zu übernehmen.

§ 4 Ausschreibung freier Vertragsgruppenpraxisstellen

(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.

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

§ 5 Auswahl der Vertragsgruppenpraxis/Vertragsgruppenpraxis-Gesellschafter

(1) Die Auswahl des Arztes für die freie Stelle in einer Gruppenpraxis bzw. die Auswahl einer Gruppenpraxis aus mehreren sich bewerbenden Gruppenpraxen bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Versicherungsträger. Kommt ein Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.

(2) Die Auswahl der Ärzte für eine Vertragsgruppenpraxis bzw. die Auswahl einer Gruppenpraxis erfolgt grundsätzlich nach den selben Kriterien wie die Auswahl von VertragsärztInnen, jedoch mit folgenden Besonderheiten:

a) Modelle 2 und 3:

Auswahl aus den vier erstgereihten Kandidaten durch den bestehenden Vertragsarzt, 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 hat der bisherige Vertragsarzt eine Ordnungsstrafe zu bezahlen (§ 95 ÄrzteG).

Für den Fall, dass sich der Ehepartner/der eingetragene Partner des bestehenden Vertragsarztes beworben hat, kann diese/r auch ausgewählt werden, wenn sie/er nicht unter den vier erstgereihten Kandidaten ist.

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

b) Modell 4:

Der Antragsteller für eine Nachfolgepraxis (Seniorpartner) hat bei besonders schwerwiegenden Einwänden gegen die Person des Erstgereihten ein Vetorecht. Auf Antrag des Seniorpartners oder des Erstgereihten entscheidet die von Kammer und Versicherungsträger paritätisch besetzte Hearingkommission gem. lit a, ob diese Einwände berechtigt sind, wobei die Einwände nur mit Stimmenmehrheit als berechtigt angesehen werden können. Wenn sie nicht berechtigt sind, kann der Seniorpartner die Praxis alleine fortführen, verliert jedoch endgültig den Anspruch auf eine Nachfolgepraxis. Sind die Einwände berechtigt, kommt der Nächstgereichte, demgegenüber keine gerechtfertigten Einwendungen bestehen, zum Zug. Auch in diesem Fall hat aber der Seniorpartner die Möglichkeit, statt dessen die Praxis alleine fortzuführen, verliert jedoch dann endgültig den Anspruch auf eine Nachfolgepraxis.

c) Bei der Bewerbung einer Gruppenpraxis zählt der Durchschnitt der Auswahlkriterien (Punkte) der Gesellschafter der sich bewerbenden Gruppenpraxis.

(3) Lehnt bei den Modellen 2, 3 und 4 der bestehende Vertragsarzt eine Gesellschaftsgründung mit dem aus dem Auswahlverfahren hervorgegangenen Bewerber ab, so kann er die Praxis alleine fortführen, verliert jedoch damit endgültig die Möglichkeit, eine Gruppenpraxis nach den Modellen 2, 3 oder 4 zu gründen. Einer Ablehnung ist gleichzuhalten, wenn der Vertragsarzt binnen 3 Monaten nach schriftlicher Mitteilung vom Ergebnis der Ausschreibung keine Auswahl getroffen hat. Die Sonderregelung des Abs. 2 lit. b für das Modell 4 bleibt davon unberührt.

Verzögert der aus dem Ausschreibungsverfahren als potentieller Juniorpartner hervorgegangene Arzt die Gründung der Gruppenpraxis ohne berücksichtigungswürdige Gründe, sodass eine Invertragnahme zu dem in der Ausschreibung kundgemachten Besetzungszeitpunkt nicht möglich ist, ist dies einer Ablehnung des Eintritts in die Gruppenpraxis gleichzuhalten. In diesem Fall kann der Seniorpartner entweder die Vertragsarztpraxis im Rahmen seines 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 der Vollendung des 65. Lebensjahres des Seniorpartners nicht mehr möglich wäre, muss der bisherige Vertragsarzt, um die Möglichkeit der Gründung einer Gruppenpraxis zu wahren, diese zum nächstmöglichen Zeitpunkt und für die maximale Dauer von drei Monaten beantragen. Die Beurteilung, ob die Verzögerung durch den Juniorpartner auf berücksichtigungswürdigen Gründen beruht, obliegt auf Antrag des Seniorpartners oder des potentiellen Juniorpartners der in Abs 2 lit a genannten Kommission, wobei die vorgebrachten Gründe nur bei Stimmenmehrheit als berücksichtigungswürdig angesehen werden können.

(4) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte eines der im § 2 genannten Versicherungsträger dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis dieser Versicherungsträger sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte u. dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis ihres Versicherungsträgers sein. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 6 Bewertungsverfahren bei Praxisübernahmen:

(1) Bei den Modellen 2, 3 und 4 kommt es im Zusammenhang mit einem Auswahlverfahren zur Übergabe bzw. Übernahme einer bestehenden vertragsärztlichen Praxis bzw. bestehender vertragsärztlicher 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).

(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 der Juniorpartner in den Nutzungsvertrag eintritt oder die Räumlichkeiten tatsächlich weiterbenützt 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.

2 a) Abfertigungsansprüche von Ordinationspersonal, das aus der Einzelpraxis in die Gruppenpraxis übernommen wird, sind bei Berechnung des Gesamtwertes (Substanz- und Firmenwert) 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.

(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, die zum Zeitpunkt der Antragstellung vorzunehmen ist, 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). Hat der Seniorpartner seine Einzelpraxis weniger als 4 Quartale vor Antragstellung geführt, sind hinsichtlich der

Berechnung des Firmenwertes die Umsätze der vorhandenen Monate auf ein Kalenderjahr hochzurechnen. Hat der Seniorpartner seine Einzelpraxis mehr als 4 Quartale aber weniger als 8 Quartale vor Antragstellung geführt, sind die Umsätze der letzten 4 Quartale für die Firmenwertberechnung heranzuziehen.

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. Sofern die Hausapotheke vom Seniorpartner weniger als zwei Kalenderjahre vor Antragstellung betrieben wurde, sind für die Firmenwertberechnung die Umsätze und Apothekeneinstandspreise der gesamten vorhandenen Zeiträume heranzuziehen.

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.

(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 Abs 4 genannten Beträge anzusetzen sind.

Der ausschließlich aus ärztlichen Tätigkeiten resultierende Jahresgewinn vor Steuern (je nach Veranlagungsform gem. § 4 Abs 1 oder Abs 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 € 98.365,40,- (Stand 2010) 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 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.

(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 mitzuberechnen.

Unter „Investitionen und Aufwendungen für medizinische Geräte“ sind ausschließlich gewinnmindernde Abschreibungen für medizinische Geräte sowie Instandhaltungs-, Service- und Wartungskosten zu verstehen, die mit den abbeschriebenen 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 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 Zusatzbedarfes.
- 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.

(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 Siebteln. 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. Zusatzprotokoll eingbracht wurden, sind die Ablöseregelungen des Gesamtvertrages in der Fassung des 3. Zusatzprotokoll anzuwenden.

§ 7 Besonderheiten bei einer Nachfolgepraxis: Seniorpartner tauscht mit Juniorpartner

(1) Für den Seniorpartner besteht bei diesem Vertragsgruppenpraxismodell die Wahlmöglichkeit, auf Antrag die Rechtsposition des Juniorpartners zu übernehmen. Ein solcher Antrag ist gleichzeitig mit jenem nach § 3 Abs. 4 abzugeben. In diesem Fall tritt der Seniorpartner in alle Rechte und Pflichten des Juniorpartners nach diesem Gesamtvertrag ein; umgekehrt übernimmt der Juniorpartner die Rechte und Pflichten des Seniorpartners nach diesem Gesamtvertrag.

(2) Für das Ausschreibungsverfahren und die Praxisübernahme gelten in einem solchen Fall folgende Besonderheiten:
Bei der Ausschreibung der freien Vertragsgruppenpraxisstelle ist darauf hinzuweisen, dass ein Gesellschafter gesucht wird, der die Rolle des Seniorpartners übernimmt. Entgegen der Bestimmungen zu Modell 4 in § 6 Abs. 4, ist die Bezahlung des Substanz- und Firmenwertes sofort bei Beginn der Gruppenpraxis zu leisten (ein Abschlag vom Firmenwert für jedes Monat der Dauer der Nachfolgepraxis erfolgt nicht) und die bisherige Praxis sofort dem neuen Gesellschafter zu übergeben.
Der neue Gesellschafter hat ab diesem Zeitpunkt alle notwendigen Investitionen zu finanzieren, wobei er alleine über alle Investitionen entscheidet. Auch darauf ist in der Ausschreibung entsprechend hinzuweisen.

§ 8 Einzelvertragsverhältnis

(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.

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

(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.

§ 9 Abschluss des Einzelvertrages

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen der Gruppenpraxis und dem Versicherungsträger 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) Der Versicherungsträger folgt der Gruppenpraxis den Einzelvertrag im Rahmen des Invertragnahmeseminars, das auch für neue Vertragsärzte abgehalten wird, 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 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.

(5) Jede Änderung der Zahl oder der Personen der Gesellschafter ist nur mit vorheriger Zustimmung der Vertragsparteien zulässig. Für die Aufnahme eines neuen Gesellschafters gelten die §§ 4 und 5. Eine Änderung der Gesellschaftsanteile ist während der ersten 3 Jahre der Laufzeit des Einzelvertrages mit der Gruppenpraxis nicht möglich, es sei denn, bei einem der beiden Gesellschafter tritt eine bescheidmäßig nachgewiesene Invalidität von mindestens 50 % ein, sodass er nicht im vereinbarten Ausmaß weiter arbeiten kann. Nach 3 Jahren Laufzeit ist eine Änderung der Gesellschaftsanteile grundsätzlich möglich, wobei eine Unterschreitung des Mindestanteiles (§ 3) nur mit vorheriger Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger möglich ist. Diese Zustimmung ist jedenfalls zu erteilen, wenn beim Junior-Gesellschafter eine bescheidmäßig nachgewiesene Invalidität von mindestens 50 % vorliegt, sodass er seine Arbeitsleistung nicht mehr dem Mindestanteil entsprechend erbringen kann.

§ 10 Wechsel der Ordinationsstätte/des Berufssitzes

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte innerhalb der Gemeinde (in Linz innerhalb des Planungsbezirkes) des vertraglichen Berufssitzes ist von der Vertragsgruppenpraxis der Kammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekanntzugeben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag der Vertragsgruppenpraxis die paritätische Schiedskommission.

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

(3) Ein Wechsel des vertraglichen Berufssitzes (in Linz ein Wechsel in einen anderen Planungsbezirk) ist nur im Rahmen eines neuerlichen Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens zulässig.

§ 11 Stellvertretung

(1) Wenn die Vertragsgruppenpraxis im Falle einer persönlichen Verhinderung aller ihrer Gesellschafter geschlossen ist (siehe dazu § 14 Abs. 3), ist eine Vertretung jedenfalls zwingend. Sie ist möglich durch zwei Arten der Vertretung, und zwar:

- a) durch eine Vertretung in der Ordination der Gruppenpraxis unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen. Die vertretene Gruppenpraxis honoriert den Vertreter und rechnet mit dem Versicherungsträger tarifgemäß ab. Der Vertreter hat die Stampiglie der Gruppenpraxis 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 Vertretungs-Gruppenpraxis 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) Regelmäßige Vertretungen (zB an bestimmten Wochentagen) sind jedenfalls unzulässig. 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 dem Versicherungsträger bekannt zu geben. Sofern die Vertretung länger als drei Monate dauert, kann die Kammer oder der Versicherungsträger 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 Gruppenpraxis zu übertragen, mit dem bzw. der die Kammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt die Vertragsgruppenpraxis dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

§ 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 des Versicherungsträgers 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 wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung des Versicherungsträgers nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet. Leistungen, von denen Versicherungsträger und Kammer gemeinsam der Auffassung sind, dass sie wirkungslos sind oder Patienten gefährden, dürfen von Vertragsgruppenpraxen nicht erbracht werden; und zwar weder auf Kosten des Versicherungsträgers noch gegen direkte Verrechnung mit dem Patienten. Diese Leistungen sind in einer von den Gesamtvertragsparteien (Ärztammer und

Versicherungsträger) gemeinsam zu erstellenden taxativen Liste (Anlage 4) 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, dem Versicherungsträger nicht verrechnen; sie ist jedoch zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers 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 dem Versicherungsträger verrechnet werden kann. Falls entgegen dieser Bestimmung dennoch direkte Honorare entgegengenommen werden, werden diese vom Versicherungsträger dem Anspruchsberechtigten in voller Höhe rückerstattet. Die dafür aufgewendeten Beträge sind von der Vertragsgruppenpraxis dem Versicherungsträger 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, wobei Kammer und Versicherungsträger darüber jährlich eine möglichst vollständige (demonstrative) Liste erstellen.

c) Private Inanspruchnahme der Vertragsgruppenpraxis, bei der der Anspruchsberechtigte für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bewusst keinen Krankenschein abgeben will und der Anspruchsberechtigte somit auf den Sachleistungsanspruch verzichtet, wobei in diesem Fall vom Versicherungsträger 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 des Versicherungsträgers abgewickelt haben will, werden ab dem Zeitpunkt der Scheinvorlage für den restlichen Abrechnungszeitraum die ärztlichen Leistungen mit dem Versicherungsträger verrechenbar.

d) Leistungen, die von der Vertragsgruppenpraxis außerhalb ihrer Ordination(en) erbracht werden (zB in Tageskliniken oder als Belegarzt 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 dem Versicherungsträger 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 cheförztlliche Beurteilung einzuholen. Falls der Chefarzt eine Leistung bei bestimmten Indikationen generell als Krankenbehandlung bewilligt, ist die vertragliche Indikationsliste entsprechend zu erweitern. Eine cheförztlliche Bewilligung kann nur bei Leistungszuständigkeit des Versicherungsträgers 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 Versicherungsträger) ist unzulässig.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis hat die mit dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit nach Möglichkeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekanntgegebenen Ordinationszeiten, sofern dieser dagegen keinen Einspruch erhebt. Kommt über eine von der Vertragsgruppenpraxis beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit 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 dem Versicherungsträger bekannt zu geben.

(4) Es gilt folgende Ordinationszeitenregelung:

Modell 1: Die Mindestöffnungszeit beträgt 30 Stunden; Ziel ist eine 40 Stundenwoche, die im Einvernehmen mit der Vertragsgruppenpraxis angestrebt werden soll. Die Gruppenpraxis ist an mindestens 5 Tagen der Woche geöffnet zu halten. Es müssen mindestens 3 Abendordinationen beginnend ab 16:00 Uhr zu je 3 Stunden, oder beginnend ab 18:00 Uhr zu je 2 Stunden angeboten werden, wobei eine Abendordination durch eine dreistündige Samstagordination oder eine dreistündige Morgenordination (ab 7 Uhr) ersetzt werden kann. Die Ordinationszeiten sollen patientenorientiert auf die einzelnen Tage aufgeteilt werden. Zu den am häufigsten frequentierten Öffnungszeiten sollen die in der Gruppenpraxis tätigen Ärzte gleichzeitig anwesend sein. 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.

Modell 2: Die Mindestöffnungszeiten betragen: Bei Gruppenpraxen im Ausmaß von 1,3 - 1,5 Kassenstellen: 25 Stunden (Ziel sind 30 Stunden); beträgt der Zusatzbedarf gegenüber einer Einzelpraxis mehr als 0,5 Stellen, erhöhen sich diese Stundenzahlen dem Zusatzbedarf entsprechend bis zu den Zeiten laut Modell 1, insbesondere bei Gruppenpraxen im Ausmaß von 1,6 Kassenstellen: 26 Stunden (Ziel sind 32 Stunden), bei Gruppenpraxen im Ausmaß von 1,7 Kassenstellen: 27 Stunden (Ziel sind 34 Stunden). § 35 Abs. 4 bleibt hiervon unberührt. Für Modelle im Ausmaß von 1,3 und 1,4 müssen mindestens 2 Abendordinationen, für Modelle mit 1,5 mindestens 2 Abend- und eine Nachmittagsordination beginnend ab 14:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 16:00 Uhr zu je zwei Stunden, für Modelle über 1,5 mindestens 3 Abendordinationen zu je drei Stunden beginnend ab 16:00 Uhr oder beginnend ab 18:00 Uhr zu je zwei Stunden angeboten werden, wobei eine Abendordination durch eine zweistündige Samstagordination oder

eine zweistündige Morgenordination (ab 7 Uhr) ersetzt werden kann. Die Ordination darf für max. 4 Wochen (20 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden. Weiters besteht die Möglichkeit, für weitere 4 Wochen (20 Ordinationstage) die Ordinationszeiten auf die Mindestordinationszeiten einer Einzelpraxis zu reduzieren.

Modell 3: Die Ordination kann für max. 7 Wochen (35 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden (ohne Reduktion der Ordinationszeiten darüber hinaus). Während der Dauer der Gruppenpraxis gilt die bestehende Regelung der vorherigen Einzelpraxis weiter.

Modell 4: Die Ordination kann für max. 5 Wochen (25 Ordinationstage) im Jahr geschlossen werden (ohne Reduktion der Ordinationszeiten darüber hinaus). Während der Dauer der Gruppenpraxis gilt die bestehende Regelung der vorherigen Einzelpraxis weiter. Der Übergang von einer Gruppenpraxis in eine Einzelpraxis (z.B. 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 des § 11 des OÖ Gesamtvertrags für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte erfüllt werden. Darüber hinaus ist eine vorübergehende Schließung der Ordination bei allen Modellen im Krankheitsfall bzw. bei sonstigen wichtigen persönlichen Gründen (analog der Regelung im § 8 Angestelltengesetz) zulässig.

Abstimmung der Ordinationszeiten mit den umliegenden Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen: 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 Bezirke I bis V) bereits ein oder mehrere Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen derselben Fachrichtung ansässig sind, hat sich die neu in Vertrag genommene Gruppenpraxis 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 Gruppenpraxis 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 ergeben, kann stattdessen an einem anderen Tag eine Abendordination angeboten werden. Ab zwei Vertragspartnern derselben Fachrichtung ist von Montag bis Freitag zumindest eine Ordination eines Vertragsarztes oder einer Vertragsgruppenpraxis geöffnet zu halten. 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.

Im Einzelfall kann im Einvernehmen von ÄK und Kasse auf Antrag einer Vertragsgruppenpraxis bei Vorliegen einer entsprechenden Begründung (z.B. 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.

- (4) In medizinisch dringenden Fällen (wie zB bei Erster Hilfeleistung) hat die Vertragsgruppenpraxis auch außerhalb ihrer Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.
- (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 (wozu auch Mutter-Kind-Pass Leistungen zählen), dürfen nur mit Genehmigung von Kammer und Versicherungsträger 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 keine Zweitordination betreiben.

§ 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 dem Versicherungsträger 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 Ordinationsräumlichkeiten eines Gesellschafters, 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 dem Versicherungsträger 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) Der Versicherungsträger ist berechtigt, jederzeit die Einhaltung dieser Bestimmungen durch einen qualifizierten Gutachter auf eigene Kosten überprüfen zu lassen.

(4) Wenn in den Verhandlungen zwischen dem Hauptverband 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 ausgefähig 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, dem Versicherungsträger 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 zurückzuüberweisen.

§ 18 Zuweisung zu Vertragsärzten (Vertragseinrichtungen)

(1) Falls von der Vertragsgruppenpraxis die erforderlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen des Anspruchsberechtigten nicht selbst durchgeführt werden können (§11) und auch keine entsprechenden Vordrucke 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 des Versicherungsträgers abhängig, so hat die Vertragsgruppenpraxis dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim Versicherungsträger auszuhändigen.

(2) Der Versicherungsträger 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 vom Versicherungsträger vorgeschriebenen Form (z. B. Behandlungsschein) nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.

(2) Ärztliche Leistungen können von der Vertragsgruppenpraxis auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches der Behandlungsschein ausgestellt wurde.

(3) Erkrankte, die sich nicht im Sinne des Abs. 1 als Anspruchsberechtigte ausweisen, dürfen grundsätzlich für Rechnung des Versicherungsträgers auch dann nicht behandelt werden, wenn sie der Vertragsgruppenpraxis von früheren Behandlungen als Anspruchsberechtigte bekannt sind.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, Erkrankte, die ihre Anspruchsberechtigung glaubhaft machen, bei der ersten Ordination (Krankenbesuch) für Rechnung des Versicherungsträgers zu behandeln und hierbei einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag zurückzuerstatten. Kann der Erkrankte den verlangten Erlag nicht leisten und ist die ärztliche Behandlung unabweislich, ist die Vertragsgruppenpraxis berechtigt, einen Ersatzbehandlungsschein selbst auszustellen. Der Ersatzbehandlungsschein gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Die näheren Bestimmungen über die Ausstellung des Ersatzbehandlungsscheines vereinbaren die Vertragsparteien.

§ 21 Sonn- und Feiertagsdienst

Die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst in jenem Ausmaß verpflichtet, in dem die

Vertragsgruppenpraxis die ärztliche Versorgung sicherstellt. Ist ein solcher eingerichtet, ist der Versicherungsträger von der Diensterteilung zu verständigen.

§ 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 der Versicherungsträger 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 Gruppenpraxis im Vertragsverhältnis steht. Das gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger 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 (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 einem österreichischen Krankenversicherungsträger zur Betreuung überwiesen werden, sind den Anspruchsberechtigten nach 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 des Versicherungsträgers diesem den 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 des Versicherungsträgers oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.

(4) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann die Gruppenpraxis die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z. B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers 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 des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.

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

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 des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beige gesetzte Firmenwortlaut der Vertragsgruppenpraxis samt Anschrift den Stempelaufdruck.

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

(5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien ist von der Vertragsgruppenpraxis beim Versicherungsträger 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 des Versicherungsträgers führt, so ist die Vertragsgruppenpraxis vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 40 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 des Versicherungsträgers aus der erweiterten Heilfürsorge (Heilstätten-, Kur-, Landaufenthalte u. dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Die Vertragsgruppenpraxis hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihr hiefür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Der Antrag ist zu begründen. Medizinisch nicht begründete Wünsche der Anspruchsberechtigten soll schon die Vertragsgruppenpraxis abweisen.

(2) Beabsichtigt der Versicherungsträger, Leistungen aus der erweiterten Heilfürsorge zu gewähren, obwohl sich die behandelnde Vertragsgruppenpraxis dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger 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 hiervon vereinbaren.
- (2) Die Vertragsgruppenpraxis kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu vom Versicherungsträger 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 den Versicherungsträger 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 des Versicherungsträgers 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 den Versicherungsträger auszufertigen.
- (2) Die Krankenstandsmeldung ist entsprechend dem vorgesehenen Vordruck zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z. B. Verkehrsunfall) besteht.
- (3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. 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 den Versicherungsträger

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

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

§ 32 Auskunfterteilung

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

(2) Der Versicherungsträger 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 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbart.

(3) Der Versicherungsträger 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 vom Versicherungsträger kostenlos zur Verfügung gestellt, oder es werden die vom Versicherungsträger 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 den Versicherungsträger 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 jeweils doppelten Ausmaß:

- * 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 I. Infusionen Pos.Nr. 27 angegebenen Punkte
- * 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
- * die im Abschnitt D IV. Elektrokardiographische Untersuchungen 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 Honorar beträge bei der Limitierung der Quartalshonorarabrechnung

(3) Für das Modell 2 werden die Staffeln für Vergütungen und Zuschläge, Degressionen und Limitierungsbestimmungen, Sonderleistungen und sonstige Werte, die gegenüber einer Einzelpraxis bei Modell 1 verdoppelt wurden, entsprechend dem von der Gruppenpraxis versorgten Zusatzbedarf gegenüber einer Einzelpraxis aliquot angehoben.

(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. Die angeführten Abschläge bei Modell 2 werden für Allgemeinmediziner und allgemeine Fachärzte halbiert auf 2,5 % (Allgemeinmediziner) bzw. auf 3 % (allgemeine Fachärzte), wenn nachstehende Öffnungszeiten angeboten werden: Für Bruchstellen im Ausmaß von 1,3 und 1,4 Kassenstellen: mindestens 27 Wochenstunden, für Bruchstellen im Ausmaß von 1,5 Kassenstellen: mindestens 30 Wochenstunden und für Bruchstellen im Ausmaß von 1,6 und 1,7 Kassenstellen: mindestens 33 Wochenstunden; zusätzlich müssen die erweiterten Öffnungszeiten den Patienten gegenüber entsprechend transparent gemacht werden (insbesondere via Anrufbeantworter und Ordinationsbeschilderung). Dieser Abschlag entfällt, wenn von den Gesellschaftern der Gruppenpraxis eine von den Gesamtvertragsparteien genehmigte Zweitordination betrieben wird oder wenn es sich um eine von den Gesamtvertragsparteien hinsichtlich des Ausmaßes der Bruchstelle und des weiteren Standortes genehmigte ortsübergreifende Gruppenpraxis handelt.

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 auszuzahlen ist. Wird seitens des Versicherungsträgers keine Zusatzfinanzierung ausbezahlt, da der Seniorpartner nach Beendigung der Nachfolgepraxis keine vorzeitige Pension oder Alterspension in Anspruch nimmt, hat der Seniorpartner den gesamten Betrag der Zusatzfinanzierung zu übernehmen. Vom Seniorpartner ist daher bei Antragstellung bekannt zu geben, ob er im Anschluss an die Nachfolgepraxis eine vorzeitige Pension oder Alterspension in Anspruch nehmen wird.

(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 auszuzahlen 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.

§ 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 Patientenanzahl 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) Besonderheit bei Modell 3:

Auf schriftlichen Antrag der Gruppenpraxis kann die verrechenbare Patientenanzahl auf maximal das 1,3 fache der zu Beginn der Gruppenpraxis festgelegten Anzahl für die Zukunft erhöht werden. Der Antrag kann frühestens nach einer Laufzeit des Einzelvertrags der Gruppenpraxis von einem Jahr bei der Ärztekammer für OÖ eingebracht werden. Eine Antragstellung ist nicht möglich, wenn im abgelaufenen Jahr vor Antragstellung die ursprünglich verrechenbare Patientenanzahl um weniger als 3 % überschritten wurde.

Eine Erhöhung der verrechenbaren Patientenanzahl bedarf der vorherigen Zustimmung der Gesamtvertragsparteien. Die Zustimmung kann nur erteilt werden, wenn gegenüber der Situation bei Vertragsvergabe an die Gruppenpraxis der Bedarf aufgrund objektiver Gründe entsprechend gestiegen ist. Als solche Gründe kommen beispielsweise in Betracht: die maßgebliche Erhöhung der Bevölkerungszahl im unmittelbaren Versorgungsgebiet, Betriebsansiedelungen, Vakanz einer benachbarten Vertragsarztstelle aufgrund Nachbesetzungsdauer. Der Antragsteller hat das Vorliegen dieser Gründe im Antrag entsprechend darzustellen und zu belegen.

Die Zustimmung der Gesamtvertragsparteien kann an Auflagen oder zeitliche Befristungen geknüpft werden und orientiert sich an der Gesamtbedarfsprüfung im Versorgungsgebiet.

(4) Besonderheit bei Modell 4:

Bei Vorliegen folgender Voraussetzungen wird die nach Abs 1 errechnete Patientenanzahl wie folgt erhöht:

- + die Laufzeit der betreffenden Gruppenpraxis nach Modell 4 beträgt maximal 3 Monate
- + der Juniorpartner hat im selben Fachgebiet und in der selben Gemeinde oder in einer angrenzenden Gemeinde wie der Seniorpartner eine Wahlarztpraxis für mindestens ein Jahr vor Beginn der Gruppenpraxis betrieben
- + an der bisherigen Wahlarztordinationsstätte des Juniorpartners gibt es keinen Ordinationsstättennachfolger im selben Fachgebiet, an den die Wahlarztordination übergeben wird

Die verrechenbare Patientenanzahl wird im Ausmaß der Anzahl von § 2 Patienten, die der Juniorpartner im letzten vollen Kalenderjahr durchschnittlich pro Quartal im Rahmen seiner wahlärztlichen Tätigkeit betreut hat und die bei den § 2 Kassen Wahlarzteerstattungen erhalten haben, erhöht.

(5) 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.

§ 36 Rechnungslegung

(1) Die Rechnungslegung durch die Vertragsgruppenpraxis wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung nach § 11 Abs. 1 lit a verrechnet der Versicherungsträger 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 der Versicherungsträger 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) Der Versicherungsträger 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 vom Versicherungsträger eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (von der paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht werden.

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

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

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

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

(1) Der Versicherungsträger 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 Gruppenpraxis bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen 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 dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, 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 des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger 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 dem Versicherungsträger zu leisten hat.

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

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

(6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechsmonatsfrist beginnt für die Vertragsgruppenpraxis mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn die Gruppenpraxis die Bestimmungen des § 26 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträgers nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger 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 Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses zur Gruppenpraxis

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen der Vertragsgruppenpraxis und dem Versicherungsträger 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
- d) durch Verzicht gem. § 11 Abs. 2
- e) durch Ablauf der Befristung des Einzelvertrages
- 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; für die Nebentätigkeit wird die tatsächlich geleistete Arbeitszeit aller Tätigkeiten mit Dienst- oder Werkvertrag angerechnet. Die wöchentliche Arbeitsverpflichtung oder tatsächliche Inanspruchnahme bezieht sich durchschnittlich auf das 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 Sinne dieser Bestimmung.
- g) wenn die Invertragnahme aufgrund wissentlich falscher Angaben im Auswahlverfahren erfolgt ist.

(2) Im Fall der Auflösung des Vertrages gem. Abs. 1 lebt – abgesehen von Modell 4 (§ 42 c) – grundsätzlich der ruhend gestellte Einzelvertrag des Senior-Gesellschafters wieder auf, wenn dieser weiterhin als niedergelassener Arzt ärztlich tätig ist.

Sofern aber die Auflösungsstatbestände den Senior-Gesellschafter treffen (rechtskräftige Verurteilung bzw. Kündigung durch den Versicherungsträger, unzulässige Nebenbeschäftigung), erlischt mit Eintritt des jeweiligen Tatbestandes auch der ruhend gestellte Einzelvertrag.

Der Senior-Gesellschafter hat in jedem Fall dem Junior-Gesellschafter den übertragenen anteiligen Substanz- und/oder Firmenwert zum aktuellen Wert zurück zu bezahlen (Berechnung gem. § 6). Im Zusammenhang mit Modell 4 wird auf die Regelung des § 6 Abs. 4 verwiesen.

§ 42 a Fortführung einer Gruppenpraxis nach Modell 2 als Nachfolgepraxis

- (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).
- b) eine Gruppenpraxis zur Nachfolge im Umfang eines Modells 2, also mit einer Versorgungswirksamkeit von mehr als einer Stelle, zu beantragen. Die Ausschreibung eines solchen Modells 2 erfolgt auf Basis des von Versicherungsträger und Kammer festgestellten tatsächlichen Bedarfes. Als Bewerber kommen im Ausschreibungsverfahren nur Teams von zwei Bewerbern in Frage, bei deren Bewerbung der Durchschnitt der Auswahlkriterien (Punkte) des Teams zählt. Das aus dem Ausschreibungsverfahren als erstgereiht hervorgegangene Team ist vom Senior-Gesellschafter auszuwählen, dieser hat aus der Gruppenpraxis auszuscheiden und das erstgereichte Team hat dem Senior-Gesellschafter den aktuellen Substanz- und Firmenwert zu bezahlen (Berechnung gem. § 6), wobei die Berechnung des Firmenwertes je nach ausgeschriebenem Versorgungsbedarf erfolgt, maximal nach dem Versorgungsbedarf beim vorangegangenen Modell 2.

§ 42 b Fortführung einer Gruppenpraxis nach Modell 3 als Nachfolgepraxis

§ 42 a ist sinngemäß mit Ausnahme des Abs. 1 lit. b) auch bei Modell 3 anzuwenden.

§ 42 c Folgen bei Auflösung einer Gruppenpraxis nach Modell 4

- (1) Im Falle der Auflösung des Vertrages erhält bei Modell 4 grundsätzlich der Juniorpartner für das Versorgungsgebiet den kurativen Einzelvertrag.

(2) Sofern aber die Auflösungsstatbestände (rechtskräftige Verurteilung bzw. Kündigung durch den Versicherungsträger, unzulässige Nebenbeschäftigung, wissentlich falsche Angaben im Auswahlverfahren) den Juniorpartner treffen, erhält der Juniorpartner keinen kurativen Einzelvertrag, sondern es hat der Seniorpartner in weiterer Folge die Möglichkeit, nochmals eine Gruppenpraxis nach Modell 4 zu begründen. In diesem Fall wird die Laufzeit einer früheren Gruppenpraxis nach Modell 4 in die zulässige Dauer gem. § 3 Abs. 4 erster Satz mit eingerechnet.

§ 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.

§ 42 e Tod und Berufsunfähigkeit des Seniorpartners bei Modell 2 und 3

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

- a) der Juniorpartner bei der Ausschreibung der Gruppenpraxis der Erstgereichte war oder
- b) der Kassenvertrag der Gruppenpraxis bis zum Zeitpunkt des Todes bzw der Feststellung der Invalidität 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 Gruppenpraxis nicht oder nicht in diesem Schweregrad vorhersehbar war. Hat der Juniorpartner bei der Ausschreibung der Gruppenpraxis 50 % oder weniger der Punkte des Erstgereichten erhalten, verlängert sich der vorgenannten Zeitraum auf 5 Jahre.

In diesen Fällen hat der Juniorpartner den zum Zeitpunkt des Todes bzw. der Berufsunfähigkeit des Seniorgesellschafters ermittelten Substanz- und Firmenwert im Umfang einer Kassenstelle zu begleichen (Berechnung gem. § 6).

(2) In allen anderen Fällen des Todes oder der plötzlichen, unvorhergesehenen, bescheidmäßig nachgewiesenen Erwerbsunfähigkeit kann die Witwe/der Witwer des verstorbenen Senior-Gesellschafters oder der berufsunfähige Seniorgesellschafters den Junior-Gesellschafter vorübergehend mit der Weiterführung der Praxis auf Rechnung der Erben bzw. auf seine Rechnung gegen angemessenes Entgelt für ein halbes Jahr ab Auflösung der Gruppenpraxis betrauen, allerdings nur im Umfang einer vollen Kassenstelle. Hat die Gruppenpraxis bis zum Tod oder der Berufsunfähigkeit des Senior-Gesellschafters noch nicht 30 Monate bestanden, so kann der Junior-Gesellschafter die Praxis auf Basis einer vollen Kassenstelle so lange weiterführen, bis er insgesamt eine Tätigkeitsdauer von max. 36 Monaten erreicht hat. Bekommt der Junior-Gesellschafter im Zuge des Ausschreibungsverfahrens die Kassenstelle, ist er verpflichtet, die Praxis des Senior-Gesellschafters bzw. dessen Erben mit Beginn des kurativen Einzelvertrages zu übernehmen und den zum Zeitpunkt des Todes bzw. der Berufsunfähigkeit des Senior-Gesellschafters ermittelten Substanz- und Firmenwert im Umfang einer Kassenstelle zu

begleichen (Berechnung gem. § 6). Die Erben des Senior-Gesellschafters sind verpflichtet, dem Junior-Gesellschafter die Praxis zu diesen Bedingungen zu überlassen.

(3) Die Regelung des Abs 1 gilt hinsichtlich Modell 2 nur unter der zusätzlichen Bedingung, dass, sofern seitens Kammer und Kasse weiterhin ein Bedarf nach einer Gruppenpraxis nach Modell 2 festgestellt wird, sich der Juniorpartner verpflichtet, weiterhin die Kassenstelle als Gruppenpraxis nach Modell 2 zu betreiben.

§ 43 Gemeinsame Durchführung des Gesamtvertrages seitens der Versicherungsträger

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

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, wird die Ärztliche Verrechnung bei der OÖ Gebietskrankenkasse in Linz bevollmächtigt.

(3) Wird die Vollmachterteilung im Sinne der Abs. 1 und 2 von einem Versicherungsträger abgeändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die sich daraus ergebenden Wirkungen gegenüber der Kammer und den Vertragsgruppenpraxen treten erst mit dem Ablauf des zweiten Kalendervierteljahres ein, das auf die Mitteilung folgt.

§ 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 Abs 1 letzter Satz ASVG durch Veröffentlichung der Verträge sowie allfälliger Änderungen und Zusatzvereinbarungen durch den Hauptverband im Internet sowie auf der Homepage der Kasse.

(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.

§ 45 a 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.

§ 46 Informationsverpflichtung

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

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

§ 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.

Anlage 1 zu § 15

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 Praxisseingangstüren 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. Praxisseingangstüren) muss eine horizontale Bewegungsfläche mit mindestens 120 cm Länge vorgesehen werden. Vor und hinter Haus- bzw. Praxisseingangstüren 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 Aufstieghilfen 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 vom 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.

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

1. Abschnitt 1 – Berechnung der verrechenbaren Patientenzahl:

(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 Patientenzahl des letzten vollen Kalenderjahres der bereits bestehenden Vertragsarztstelle. 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,
- „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 überschreitende 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 überschreitende 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 überschreitende 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 überschreitende Fälle multipliziert und der sich dann ergebende Betrag wird vom SVB-Gesamthonorar in Abzug gebracht.

Anlage 3 zu § 9

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

Anlage 3 zu § 9 Abs 1

EINZELVERTRAG**§ 1**

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen der OG
(im folgenden kurz Vertragsgruppenpraxis genannt) in
und der OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz, aufgrund der Bestimmungen
des Gesamtvertrages vom OG, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für OÖ
und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, für die einzelnen der
im § 2 des Gesamtvertrages aufgezählten Krankenversicherungsträger abgeschlossen.

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

§ 2

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

Gruppenpraxismodell:
Berufssitz:
Ordinationsstätte:
Ordinationszeiten:

§3

Bezüglich der Art und des Umfangs der ärztlichen Tätigkeit der Gesellschafter der
OG 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 Gruppenpraxis zu betreuende
Patientenanzahl
pro Jahr Fälle *) - dies entspricht pro Quartal Fälle -
sowie Fälle der SV der Bauern - entspricht pro Quartal Fälle.

*) nicht beinhaltet: Vertreterscheine, Erste-Hilfe-Scheine, Bereitschaftsdienstscheine,
Mutterkindscheine, VU-Scheine und reine Zuweisungsfälle (zB Zuweisungsfälle zur
Akupunktur)

Die Gruppenpraxis 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 dem Versicherungsträger 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 endet am _____.
Das Kündigungsrecht wird im Falle einer Befristung nicht berührt.

Linz, am _____

Die Vertragsgruppenpraxis:

OÖ GEBIETSKRANKENKASSE

Anlage 4 zu § 12 Abs. 4

Leistungen, von denen Versicherungsträger 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



