

GRUPPENPRAXIS-GESAMTVERTRAG

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Burgenland (kurz: "Kammer") einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung andererseits.

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, sowie gemäß §§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 in der jeweils geltenden Fassung zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und der Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 132b ASVG durch Vertragsgruppenpraxen für die bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen (kurz: "Anspruchsberechtigte") abgeschlossen.

(2) Als Vertragsgruppenpraxis kommt ausschließlich eine offene Gesellschaft (OG) gemäß § 105 Unternehmensgesetzbuch (UGB) mit Gesellschaftern derselben Fachrichtung in Betracht. Alle Leistungen, die der jeweils behandelnde Gesellschafter in den Räumlichkeiten der Vertragsgruppenpraxis und im Rahmen der vertraglichen Tätigkeit für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers erbringt, sind der OG zuzurechnen.

(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. Burgenländische Gebietskrankenkasse
7000 Eisenstadt, Esterhazyplatz 3
2. Sozialversicherungsanstalt der Bauern
1031 Wien, Ghegastraße 1

(kurz "Versicherungsträger")

§ 3 Formen der Zusammenarbeit

Folgende Vertragsgruppenpraxismodelle werden vereinbart:

1. Zusammenlegung von 2 bestehenden Vertragsarztstellen einer politischen Gemeinde zu einer Vertragsgruppenpraxis (kurz: ZLP)
2. Gruppenpraxis als Nachbesetzung einer Zusammenlegungspraxis bzw. originäre Gruppenpraxis (GP): Bei durch die Gesamtvertragsparteien festgestelltem Bedarf kann eine Gruppenpraxis originär bzw. als Nachbesetzung einer ZLP ausgeschrieben werden.
3. Job-Sharing-Praxis (kurz: JSP): Inhaber einer bestehenden Vertragsarztstelle (kurz: SP) teilt sich diese aus persönlichen Gründen mit einem "Juniorpartner" (JP).
4. Nachfolgepraxis (kurz: NFP): Als eine Form der JSP teilen sich der "Seniorpartner" (SP) kurz vor Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit und ein JP die Vertragsarztstelle des Seniorpartners mit der Intention eines sukzessiven Rückzuges des Seniorpartners von der vertragsärztlichen Tätigkeit und eines geordneten Übergangs des Einzelvertrages auf den Juniorpartner. Zum Zeitpunkt des Endes der Nachfolgepraxis geht der Einzelvertrag auf den JP über.

§ 4 Voraussetzungen für Vertragsgruppenpraxen

(1) Die Gründung einer ZLP gemäß § 3 Z. 1 und der Abschluss eines Einzelvertrages setzen voraus

- a) die Gründung einer OG durch zwei Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. zwei Vertragsärzten derselben Fachrichtung;
- b) einen gemeinsamen Antrag beider Vertragsärzte an den Versicherungsträger auf Abschluss eines Einzelvertrages mit der OG. Für die Antragstellung genügt die rechtsverbindliche Absichtserklärung, eine OG zu gründen;
- c) die Vorlage des von beiden Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie eines Firmenbuchauszuges über die gegründete OG mindestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG;
- d) die rechtsverbindliche Erklärung beider Vertragsärzte, dass ihre jeweiligen kurativen Einzelverträge für die Dauer des Einzelvertrages mit der OG ruhen;
- e) die Zustimmung des Versicherungsträgers und der Kammer zur Gründung der ZLP und zur Vergabe des Einzelvertrages an die OG. Die Zustimmung kann nur zur Aufrechterhaltung der Versorgung in einem bestimmten Gebiet verweigert werden.

(2) Der Versicherungsträger und die Kammer können binnen zwei Wochen ab Einlangen des Antrages bzw. der Absichtserklärung gemäß Abs. 1 lit. b) Einspruch gegen die Gründung der ZLP erheben. Wird innerhalb von zwei Wochen vom Versicherungsträger oder von der Kammer kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zur Gründung der ZLP. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag beider Vertragsärzte die paritätische Schiedskommission.

(3) Die Gründung einer GP gemäß § 3 Z. 2 und der Abschluss eines Einzelvertrages setzen voraus

- a) den einvernehmlichen Beschluss der Gesamtvertragsparteien, die Planstelle der ZLP nachzubesetzen bzw. eine originäre GP zur Ausschreibung zu bringen. Wird ein Einvernehmen über die Nachbesetzung nicht erzielt, entscheidet die Landesschiedskommission (§ 6 Abs. 4);
- b) die Gründung einer OG durch zwei Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. zwei Ärzten derselben Fachrichtung;
- c) einen gemeinsamen Antrag beider Vertragswerber an den Versicherungsträger auf Abschluss eines Einzelvertrages mit der OG. Für die Antragstellung genügt die rechtsverbindliche Absichtserklärung, eine OG zu gründen;
- d) die Vorlage des von beiden Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie eines Firmenbuchauszuges über die gegründete OG mindestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG;

(4) Die Gründung einer JSP gemäß § 3 Z. 3 und der Abschluss eines Einzelvertrages setzen voraus

- a) die Gründung einer OG durch den Einzelvertragsinhaber (SP) und den JP;
- b) einen Antrag des SP auf Gründung einer JSP und Abschluss eines Einzelvertrages mit der OG unter Darlegung der maßgeblichen Gründe für die Gründung der JSP und unter Vorlage sämtlicher Befähigungsnachweise sowie eines nicht älter als 3 Monate alten Strafregisterauszuges des JP;
- c) die Vorlage des von beiden Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie eines Firmenbuchauszuges über die gegründete OG mindestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG;
- d) die rechtsverbindliche Erklärung des SP, dass sein kurativer Einzelverträge für die Dauer des Einzelvertrages mit der OG ruht;
- e) die Zustimmung des Versicherungsträgers und der Kammer zur Vergabe des Einzelvertrages an die OG. Die Verweigerung der Zustimmung ist zu begründen.

(5) Die Gründung einer NFP gemäß § 3 Z. 4 und der Abschluss eines Einzelvertrages setzen voraus

- a) ein aufrechtes Vertragsverhältnis zum Versicherungsträger seit zumindest 5 Jahren. Als Stichtag ist der beabsichtigte Vertragsbeginn der NFP heranzuziehen;
- b) den einvernehmlichen Beschluss der Gesamtvertragsparteien, die Planstelle des SP nachzubesetzen. Wird ein Einvernehmen über die Nachbesetzung nicht erzielt, entscheidet die Landesschiedskommission (§ 6 Abs. 4);
- c) den Antrag des SP auf Gründung einer NFP und Abschluss eines Einzelvertrages mit der zu gründenden OG;
- d) gemeinsam mit dem Antrag gemäß lit. c) die rechtsverbindliche Kündigung der kurativen Einzelverträge zu allen Krankenversicherungsträgern zum Ende der NFP durch den SP, spätestens zum Ende des Kalenderjahres, in dem der SP das 65. Lebensjahr vollendet;

- e) die rechtsverbindliche Erklärung des SP, dass sein kurativer Einzelvertrag für die Dauer des Einzelvertrages mit der OG ruht;
- f) die rechtsverbindliche Erklärung, mit dem nach den Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten gemäß § 8 Abs. 2 ermittelten JP eine OG zu gründen;
- g) nach Gründung der OG die Vorlage des von beiden Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie eines Firmenbuchauszuges über die gegründete OG mindestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG.

(6) Eine NFP kommt nicht zustande, wenn ein Wahlarzt, der vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesamtvertrages bereits als niedergelassener Arzt in der politischen Gemeinde der ausgeschriebenen NFP in die Ärzteliste eingetragen ist, im Zuge der Ausschreibung der NFP und nach einem etwaig durchgeführten Hearing erstgereiht ist und innerhalb von 14 Tagen ab Zustellung der Verständigung vom Ergebnis des Auswahlverfahrens dem Versicherungsträger und der Kammer gegenüber die Erklärung abgibt, nicht in die NFP eintreten zu wollen, und folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) bestehende Wahlarztordination seit mindestens 6 Monaten vor der Bewerbung;
- b) ab dem Zeitpunkt des beabsichtigten Beginns der NFP Mindestordinationszeiten von zumindest 20 Wochenstunden an zumindest 4 Werktagen; zumindest 2 Nachmittagsordinationen nach 15:00 Uhr (für Ärzte für Allgemeinmedizin zumindest eine am Freitag Nachmittag); eine Samstagordination ersetzt eine Werktags- oder Nachmittagsordination;
- c) Gewährleistung des barrierefreien Zuganges zur Ordination gemäß § 11 spätestens ab dem in der Ausschreibung terminisierten Zeitpunkt des Endes der NFP;
- d) moderne apparative Ausstattung und hygienische Bedingungen;
- e) keine Nebenbeschäftigung von mehr als 15 Wochenstunden ab dem Zeitpunkt des beabsichtigten Beginns der NFP;

(7) Kommt eine NFP gemäß Abs. 6 nicht zustande, bleibt der SP Einzelvertragsinhaber und der Erstgereichte Wahlarzt. Zum Zeitpunkt des in der Ausschreibung terminisierten Endes der NFP bzw. zu einem früheren Zeitpunkt der Vertragskündigung durch den SP erlischt bzw. endet der Einzelvertrag des SP und geht unter Bedachtnahme auf etwaig vereinbarte unverbindliche Richtlinien gem. § 5 auf den erstgereihten Wahlarzt über.

(8) § 8 Abs. 3 bleibt unberührt.

§ 5

Ablöse und entgeltliche Regelungen im Rahmen der NFP

Die Vertragsparteien können Empfehlungen über die Zahlung einer Ablöse bzw. entgeltliche Regelungen in unverbindlichen Richtlinien im Anhang 1 zu diesem Vertrag vereinbaren.

§ 6

Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsgruppenpraxen

(1) Die Zahl der Vertragsgruppenpraxen und ihre örtliche Verteilung werden unter Berücksichtigung der Zahl und der Verteilung der Vertragsärzte mit kurativen Einzelverträgen und der Zahl der Anspruchsberechtigten im Einvernehmen zwischen den Gesamtvertragsparteien festgesetzt.

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

(3) Stellenpläne für Vertragsgruppenpraxen sind in bestehende Stellenpläne für Einzelordinationen im Sinne einer einheitlichen Stellenplanung einzugliedern, wobei insbesondere auf die geographische Verteilung und eine adäquate Wahlmöglichkeit der Anspruchsberechtigten Rücksicht zu nehmen ist. Im Rahmen dieser einheitlichen Stellenplanung ist auf die Anzahl der tatsächlich tätigen Ärzte abzustellen. Weiters ist in der Stellenplanung festzulegen, ob konkret vorgesehene Gruppenpraxen als zusätzliche neue Stelle(n) oder anstelle bereits bestehender Einzelvertragsstellen geschaffen werden.

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

§ 7

Ausschreibung freier Vertragsgruppenpraxisstellen

(1) Die freien Vertragsgruppenpraxisstellen werden im Einvernehmen mit der Kammer von den Versicherungsträgern unter Angabe der Art der Gruppenpraxis (GP, NFP) und der wesentlichen Bedingungen der Zusammenarbeit im offiziellen Mitteilungsblatt der Kammer und auf der Homepage der Kammer ausgeschrieben. Der jeweils konkrete Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren.

(2) Keiner Ausschreibung bedarf es

- a) beim Zusammenschluss von zwei Vertragsärzten einer politischen Gemeinde mit kurativen Einzelverträgen zu einer Gruppenpraxis (ZLP);
- b) bei der Gründung einer JSP.

(3) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind beizuschließen.

§ 8

Auswahl der Vertragsgruppenpraxis-Gesellschafter

(1) Die Kammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die Tätigkeit in der Vertragsgruppenpraxis im Falle einer Ausschreibung gemäß § 7 Abs.1. Sie leitet die Anträge samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme binnen 4 Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an die Versicherungsträger weiter und erstattet einen begründeten

Vorschlag. Sind die Versicherungsträger mit dem Vorschlag nicht einverstanden, haben sie einen begründeten Gegenvorschlag binnen 6 Wochen nach Einlangen des Vorschlages der Kammer zu erstatten. Die Auswahl des Arztes bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Versicherungsträgern. Kommt innerhalb von 4 Wochen ein Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.

(2) Die Vertragsparteien haben für die Auswahl der Vertragsärzte die Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten im Anhang 2 zu diesem Gesamtvertrag anzuwenden.

(3) Der Antragsteller für eine NFP hat bei Vorliegen besonders schwerwiegender Gründe ein Ablehnungsrecht gegenüber dem Erstgereihten. Die Ablehnungsgründe sind vom Antragsteller darzulegen. Über die Rechtmäßigkeit der Ablehnung entscheidet ein zwischen Kammer und Versicherungsträger paritätisch besetzter gemeinsamer Zulassungsausschuss unter Bedachtnahme auf etwaig vereinbarte unverbindliche Richtlinien gem. § 5. Ist die Ablehnung berechtigt, kommt der Nächstgereichte, demgegenüber keine gerechtfertigten Einwendungen bestehen, zum Zug. Ist die Ablehnung nicht berechtigt bzw. verweigert der SP ungerechtfertigt die Gründung der NFP, verliert er endgültig die Möglichkeit, eine NFP zu gründen.

(4) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte eines im § 2 genannten Versicherungsträgers 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.

§ 9

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 von den Versicherungsträgern der Kammer übermittelt.

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

§ 10

Abschluss des Einzelvertrages

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen der Gruppenpraxis und dem Versicherungsträger ist der im Anhang 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 hat der Vertragsgruppenpraxis den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl (§ 8 Abs. 1), nach Zustimmung des Versicherungsträgers gemäß § 4 Abs. 1 lit. e) bzw. § 4 Abs. 4 lit. e) oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.

(3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem im Einzelvertrag vereinbarten Zeitpunkt.

(4) Der Einzelvertrag mit einer ZLP und einer JSP wird für mindestens 1 Quartal und befristet für den im Gesellschaftsvertrag vereinbarten Zeitraum, mit einer JSP höchstens aber für 5 Jahre abgeschlossen (vgl. § 42 Abs. 4).

(5) Der Einzelvertrag mit einer NFP wird für mindestens 2 Quartale und befristet für den im Gesellschaftsvertrag vereinbarten Zeitraum, höchstens aber für 3 Jahre abgeschlossen.

§ 11

Behindertengerechte Ordination

(1) ZLP/GP: Die Ordinationsräumlichkeiten haben den Bestimmungen der Abschnitte "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" zu entsprechen.

(2) JSP: Sofern der SP nicht aufgrund seines bestehenden kurativen Einzelvertrages nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 in der jeweils geltenden Fassung zur Herstellung verpflichtet ist, sind die Bestimmungen gemäß Abs. 1 spätestens nach 5 Jahren ab Vertragsbeginn der JSP zu erfüllen. Ausnahmen sind im Einzelfall mit Zustimmung beider Gesamtvertragsparteien möglich.

(3) NFP: Die Bestimmungen gemäß Abs. 1 sind nur bei Anschaffung anderer Räumlichkeiten als der ursprünglichen Ordination des SP verpflichtend zu erfüllen.

§ 12

Wechsel der Ordinationsstätte

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

§ 13

Stellvertretung und Ordinationsschließung

(1) Die Gesellschafter haben sich grundsätzlich bei Urlaub oder Krankheit eines Gesellschafters gegenseitig zu vertreten.

(2) Die Schließung der Ordination ist grundsätzlich unzulässig, ausgenommen bei persönlicher Verhinderung (Urlaub, Krankheit) des einen Gesellschafters und Krankheit des zweiten Gesellschafters bzw. mit Zustimmung der Gesamtvertragsparteien (siehe Anhang gemäß Abs. 4). Im Falle der Ordinationsschließung hat die Vertragsgruppenpraxis für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen.

Die Vertretung ist möglich

- a) durch eine Vertretung in der Ordination der Gruppenpraxis. 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 unter vorheriger Absprache. Die Vertragsgruppenpraxis hat die Anspruchsberechtigten in geeigneter Weise (z. B. Anrufbeantworter, Hinweise im Ordinationseingangsbereich) auf die Vertretung hinzuweisen.

Zum Vertreter einer Vertragsgruppenpraxis kann nur ein Vertragsarzt oder eine Vertragsgruppenpraxis desselben Fachgebietes bestellt werden.

(3) Regelmäßige Vertretungen (z. B. an bestimmten Wochentagen) sind ohne Zustimmung der Gesamtvertragsparteien 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 3 Monate dauert, kann die Kammer oder Versicherungsträger gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird ein Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt bzw. einer Gruppenpraxis zu übertragen, mit dem bzw. mit der die Kammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt die Vertragsgruppenpraxis dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, so gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

(4) Die Verrechenbarkeit von Urlaubs- und Krankenvertretungsscheinen wird im Anhang 4 zu diesem Gesamtvertrag geregelt.

§ 14 Ärztliche Behandlung

(1) Die vertragsärztliche 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 aufgrund der ärztlichen Ausbildung des Gesellschafters 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.

(5) Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb des Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel (Wechsel von der Vertragsgruppenpraxis zu einer anderen Vertragsgruppenpraxis oder zu einem anderen Vertragsarzt) nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers, welcher den behandelnden Arzt der Vertragsgruppenpraxis vorher anzuhören hat, vornehmen.

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

§ 15

Behandlung in der Ordination

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

(2) Die zwischen der Vertragsgruppenpraxis und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen zumindest 30 Wochenstunden für ZLP und GP und zumindest 20 Wochenstunden für JSP und NFP, aufgeteilt auf mindestens fünf (ZLP) bzw. 4 (JSP, NFP) Werktage. Weiters sind die Ordinationszeiten so zu vereinbaren, dass die Vertragsgruppenpraxis an 2 Werktagen (Fachrichtung Allgemeinmedizin jedenfalls auch am Freitag) nach 15:00 Uhr ihre Ordinationsstätte geöffnet hat. Werden an einem Samstag Ordinationszeiten vereinbart, so kann die Ordinationszeit an einem anderen Werktag bzw. an einem Nachmittag entfallen.

(3) Unterschreitungen der 30 bzw. 20 Wochenstunden sowie eine andere zeitliche Verteilung auf die Werktage sind nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Der Vertragsgruppenpraxis bleibt es unbenommen, mehr als 30 bzw. 20 Wochenstunden als Ordinationszeiten festzulegen und dem Versicherungsträger bekannt zu geben. Beabsichtigt die Vertragsgruppenpraxis eine Änderung der vereinbarten Ordinationszeiten, so hat sie dies dem Versicherungsträger bekannt zu geben. Kommt über die Änderung der Ordinationszeiten innerhalb von 2 Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

(4) Zur Gewährleistung der freien Arztwahl sind die Anwesenheitszeiten der Gesellschafter in geeigneter Weise in der Ordination zu verlautbaren. Die Anwesenheitszeiten bzw. die beabsichtigte Arbeitsteilung sowie deren Änderungen sind dem Versicherungsträger zu melden.

(5) Bei der ZLP, GP und JSP besteht für beide Gesellschafter eine Arbeitsverpflichtung von zumindest 25%, in der NFP von 50% bezogen auf die gemeldeten Ordinationszeiten.

(6) Nur in medizinisch dringenden Fällen (z. B. Erste-Hilfe-Leistung) haben die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis auch außerhalb der vereinbarten Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

(7) Die Ordinationstätigkeit der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis darf mit Ausnahme von Krankenbesuchen gemäß § 16 grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumlichkeiten der Gruppenpraxis ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

(8) Berufsrechtlich ist es den Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis möglich, eine Zweitordination zu betreiben. Die vertragliche Erbringung von kurativen Behandlungen, Mutter-Kind-Pass-Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen in der Zweitordination auf Rechnung des Versicherungsträgers ist ausschließlich nur mit vorheriger Zustimmung der Gesamtvertragsparteien nach durchgeführter Bedarfsprüfung zulässig. Wird von beiden Gesamtvertragsparteien die Zustimmung erteilt, gilt der Arzt als Vertragsarzt mit der Berechtigung zur Durchführung der ärztlichen Behandlung (§ 14) auf Rechnung des Versicherungsträgers.

§ 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 nächst erreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Vertragsärzte bzw. Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen, die Arzt für Allgemeinmedizin sind, als nächst erreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohner ist der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, der Arzt für Allgemeinmedizin ist, in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von 1 Kilometer - gerechnet von seiner Ordinationsstätte - zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sein denn, er wird als nächst erreichbarer Arzt für Allgemeinmedizin in Anspruch genommen.

(3) Für einen Facharzt einer Vertragsgruppenpraxis besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgehändig ist und am Niederlassungsort der Vertragsgruppenpraxis oder innerhalb eines Umkreises von 5 Kilometern - gerechnet von der Ordinationsstätte - wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt als nächst erreichbarer 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 angelaufen werden. Die Mehrkosten an Wegegebühren kann die Vertragsgruppenpraxis dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.

§ 17

Inanspruchnahme von fachärztlichen Vertragsgruppenpraxen

(1) Fachärztliche Vertragsgruppenpraxen können vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung von außen in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Die fachärztliche Vertragsgruppenpraxis soll Anspruchsberechtigte, die nach ihrem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Vertragsarzt oder einer Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin überweisen. Diesen sind hierbei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(3) Die fachärztliche Vertragsgruppenpraxis haben 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

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 oder direkt an den Versicherungsträger weiterzuleiten.

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

§ 19

Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Hilfe unaufgefordert ihre Berechtigung in der vom Versicherungsträger vorgeschriebenen Form (z. B. E-Card, Behandlungsschein) nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.

(2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur in jenem Kalendervierteljahr erbracht werden, für das ein gültiger Anspruch gegeben ist. Überweisungs-, Verordnungs- und Zuweisungsscheine sind 14 Tage ab dem Ausstellungs- bzw. Bewilligungsdatum gültig.

(3) Erkrankte, die sich nicht im Sinne des Abs. 1 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 der Versicherungsträger zu behandeln und hierbei einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von 2 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 E-Card-Ersatzbeleg selbst auszustellen. Dieser Ersatzbeleg gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Die näheren Bestimmungen über den Ersatzbeleg vereinbaren die Vertragsparteien.

§ 20 Sonn- und Feiertagsdienst

Die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst im Ausmaß der besetzten Planstelle(n) verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, sind die Versicherungsträger von der Diensterteilung zu verständigen.

§20a Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst (WTN-BD)

(1) Die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten WTN-BD im Ausmaß der besetzten Planstelle(n) verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, sind die Versicherungsträger von der Diensterteilung zu verständigen. Die Verständigung von der Diensterteilung hat auch die Dienstzeiten der zum Dienst erteilten Vertragsärzte zu beinhalten.

(2) Aus der Verpflichtung zur Teilnahme am WTN-BD sind für die Finanzierung des Bereitschaftsdienstes keinerlei Honorarforderungen an die Versicherungsträger ableitbar.

§ 21 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 nächst erreichbare Vertragsarzt zu berufen.

§ 22 Betreuungsfälle

(1) Soweit die Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet sind, übernimmt die Vertragsgruppenpraxis die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten der Versicherungsträger gelten, mit denen die Vertragsgruppenpraxis im Vertragsverhältnis steht. Das gleiche gilt für jene Personen, die von einem 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 aufgrund 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 überweisen werden, sind den Anspruchsberechtigten nach Abs. 1 gleichzustellen. Personen, die aufgrund anderer zwischenstaatlicher Übereinkommen einem österreichischen Krankenversicherungsträger

zur Betreuung überweisen werden, sind den Anspruchsberechtigten nach Abs. 1 gleichzustellen, sofern es sich um Grenzgänger oder um Dienstnehmer handelt, die sich zum Zwecke der Berufsausübung im Bundesgebiet aufhalten. Über diesen Personenkreis hinaus wird die ärztliche Behandlung von der Vertragsgruppenpraxis nur übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

§ 23 Ablehnung der Behandlung

Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, in begründeten Einzelfällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Sie hat auf Verlangen der Versicherungsträger diesen den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 24 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 zustellen.

(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 dies zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.

(4) Zur Beförderung eines Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, ist grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann die Gruppenpraxis die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z. B. Krankenwagen) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung der Versicherungsträger ist in jedem Fall von der Vertragsgruppenpraxis zu bescheinigen.

§ 25 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 Heilmitteln und Heilbehelfen beachten.

(3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die vereinbarten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.

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

(5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial sowie der sonstige vertraglich vereinbarte Ordinationsbedarf sind 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.

§ 26

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

(1) Die Maßnahmen des Versicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Heilstätten-, Kur-, Landaufenthalte u. dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Die Vertragsgruppenpraxis hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der hierfür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zustellen, 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 im Rahmen der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich die Vertragsgruppenpraxis dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt der Vertragsgruppenpraxis anzuhören.

§ 27

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, Arzt in einer eigenen Einrichtung u. dgl.) einholen.

(3) Die Vertragsgruppenpraxis kann dem arbeitsunfähig Erkrankten, soweit dies nach der Art der Erkrankung in Betracht kommt, eine Ausgezeit 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.

§ 28

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 Gruppenpraxis 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 auf dem vorgesehenen Vordruck zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsoferversorgungsgesetzes 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 ihre Dauer sind 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.

§ 29

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger

(1) Der Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hierzu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Arzt in einer eigenen Einrichtung u. dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist die behandelnde Vertragsgruppenpraxis entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.

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

(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.

§ 30 Mutterschaft

Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Betreuung (Beratung, Untersuchung, allenfalls Behandlung) der schwangeren Anspruchsberechtigten und zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft und für die Erlangung von Leistungen aus dem Mutter-Kind-Pass verpflichtet.

§ 31 Auskunftserteilung

(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 Auskunftserteilung 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.

§ 32 Krankenaufzeichnungen

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

§ 33 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 bestellt bzw. bei elektronischer Verfügbarkeit 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 hierfür 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.

§ 34

Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit

(1) Die Honorierung der Vertragsgruppenpraxis wird durch die Honorarordnung des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 in der jeweils geltenden Fassung geregelt, sofern im Folgenden nichts Abweichendes vereinbart wird; diese Honorarordnung bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere :

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

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

(3) Bei der ZLP und GP erfolgt ein Abschlag im Ausmaß von 8,5 % des Umsatzes der Vertragsgruppenpraxis. Die Grundvergütungs- und Visitenstaffeln (nicht die Tarife) werden verdoppelt. Der Umsatzabschlag wird im Rahmen der Quartalsabrechnung in Abzug gebracht und auf der Honorar-Gutschrift gesondert ausgewiesen. Der sich aus dem Umsatzabschlag errechnende Betrag wird für eine Reinvestierung in strukturelle Maßnahmen zweckgewidmet.

(4) Bei der JSP erfolgt eine Fallzahlbeschränkung mit der durchschnittlichen Fallzahl des SP der letzten 3 Jahre und eine Fallwertbeschränkung mit dem für die JSP günstigsten Jahresdurchschnitt des Fallwertes des SP der letzten 3 Jahre vor der Gründung der JSP. Ausgenommen von der Fallzahl- und Fallwertbeschränkung sind Vertretungsfälle bei Krankheit und Urlaub, Erste-Hilfe-Fälle, Vorsorgeuntersuchungsfälle, Mutter-Kind-Pass-Fälle und Fälle, die ausschließlich in einem Bereitschaftsdienst betreut werden. Im Einzelfall können Fallzahl- und Fallwertbeschränkung bei einem durch die Gesamtvertragsparteien festgestellten Bedarf auf Antrag der JSP und im Einvernehmen der Gesamtvertragsparteien abweichend vereinbart werden.

(5) Für die NFP gilt folgende Fallzahlbeschränkung (ausgenommen Vertretungsfälle bei Krankheit und Urlaub, Erste-Hilfe-Fälle, Vorsorgeuntersuchungsfälle, Mutter-Kind-Pass-Fälle und Fälle, die ausschließlich in einem Bereitschaftsdienst betreut werden):

1. Begrenzung der Fallzahl mit der durchschnittlichen Fallzahl des SP der letzten 3 Kalenderjahre vor Gründung der Gruppenpraxis.
2. Liegt die durchschnittliche Fallzahl gemäß Z. 1 unter der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe im Vergleichszeitraum, so erfolgt die Beschränkung mit der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe.
3. Liegt die durchschnittliche Fallzahl gemäß Z. 1 über der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe, so ist unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung eine von der Fallzahlbeschränkung gemäß Z.1 abweichende Beschränkung im Einvernehmen der Gesamtvertragsparteien möglich.
4. Die Berechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe erfolgt unter Berücksichtigung der Ordination des Nachfolgepraxenwerbers.

(6) Für die NFP gilt folgende Fallwertbeschränkung (ausgenommen Vertretungsfälle bei Krankheit und Urlaub, Erste-Hilfe-Fälle, Vorsorgeuntersuchungsfälle, Mutter-Kind-Pass-Fälle und Fälle, die ausschließlich in einem Bereitschaftsdienst betreut werden):

1. Liegt der durchschnittliche Fallwert des SP im letzten Kalenderjahr vor Gründung der Nachfolgepraxis im oder unter dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe im Vergleichszeitraum, erfolgt die Beschränkung mit dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe oder für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin mit dem um 20 %, für fachärztliche Vertragsgruppenpraxen mit dem um 10 % erhöhten höchsten Fallwert des SP, sofern dies einen höheren Fallwert ergibt. In berücksichtigungswürdigen Einzelfällen kann im Einvernehmen beider Gesamtvertragsparteien eine abweichende Fallwertbeschränkung vereinbart werden.
2. Liegt der durchschnittliche Fallwert des SP im letzten Kalenderjahr vor Gründung der Nachfolgepraxis über dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe im Vergleichszeitraum, erfolgt die Beschränkung mit dem um 20 % erhöhten durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe.
3. Liegt der durchschnittliche Fallwert des SP im letzten Kalenderjahr vor Gründung der Nachfolgepraxis um mehr als 20 % über dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe im Vergleichszeitraum, erfolgt die Beschränkung für die Nachfolgepraxis mit seinem Fallwert.
4. Die Berechnung des durchschnittlichen Fallwertes der Fachgruppe erfolgt unter Berücksichtigung der Ordination des Nachfolgepraxenwerbers

(7) Die Fallzahl- und Fallwertbeschränkung wird während der Laufzeit der Gruppenpraxis kalenderjährlich entsprechend der Änderungen der Fachgruppe angepasst. Individuell errechnete Fallzahlen und -werte werden nicht reduziert.

(8) Der Umsatzabschlag gemäß Abs. 3 sowie die Fallzahl- und Fallwertbeschränkungen gemäß Abs. 4, 5 und 6 sind in einer Anlage zum Einzelvertrag festzuschreiben.

§ 35 Rechnungslegung

(1) Die Rechnungslegung durch die Vertragsgruppenpraxis hat elektronisch mittels maschinell lesbaren Datenträgern bzw. mittels Datenfernübertragung zu erfolgen. Die näheren Bestimmungen sind in der Honorarordnung des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994

geregelt. Im Falle einer Stellvertretung gemäß § 13 Abs. 2 lit. a) verrechnet der Versicherungsträger nur mit der vertretenen Vertragsgruppenpraxis.

(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.

§ 36

Honorarabzüge und Honorareinbehalt

(1) Der Versicherungsträger wird vom 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 (der Paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht werden.

§ 37

Tod oder Ausscheiden eines Gesellschafters

(1) Durch den Tod eines Gesellschafters sowie durch das Ausscheiden eines Gesellschafters aus der Vertragsgruppenpraxis erlischt das Vertragsverhältnis zwischen der Vertragsgruppenpraxis und dem Versicherungsträger.

(2) Im Falle des Todes des SP einer NFP geht der Einzelvertrag auf den JP über.

(3) Im Falle des Todes oder einer plötzlichen, unvorhergesehenen Berufsunfähigkeit des SP kann der JP einer JSP im Einvernehmen mit den Vertragsparteien die Praxis für eine bestimmte Zeit auf Rechnung der Erben des verstorbenen SP bzw. für den berufsunfähigen SP weiterführen.

(4) Im Falle des Todes oder einer plötzlichen, unvorhergesehenen Berufsunfähigkeit des einen Gesellschafters einer ZLP bzw. einer GP kann im Einvernehmen mit den Vertragsparteien die Praxis für eine bestimmte Zeit auf Rechnung des anderen Gesellschafters gegen ein angemessenes Entgelt für die Erben des verstorbenen Gesellschafters bzw. für den berufsunfähigen Gesellschafter weitergeführt 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 den gesetzlichen bzw. gesamtvertraglichen Schlichtungs- und Schiedsinstanzen gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

(3) Die Vertragsparteien werden einander auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Gesamtvertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

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

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

§ 39

Zusammenarbeit der Vertragsgruppenpraxis 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 des behandelnden Arztes bleibt auch bei der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Chef(Kontroll)arzt ist 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 Streitigkeit 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; die beteiligte Vertragsgruppenpraxis kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die 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 Bestimmung des § 25 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 Sechs-Monate-Frist beginnt für die Vertragsgruppenpraxis mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn die Gruppenpraxis die Bestimmungen des § 25 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 Einzelvertrages 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 endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der SP bzw. bei der ZLP oder GP einer der beiden Gesellschafter das 65. Lebensjahr vollendet.

(2) Übergangsbestimmungen für die NFP zu § 4 Abs. 5 lit. d):

a) Vertragsärzte, die zum Stichtag des Inkrafttretens dieses Gesamtvertrages das 65. Lebensjahr vollendet haben, haben die Möglichkeit, innerhalb eines Jahres ab Inkrafttreten des Gesamtvertrages den Antrag auf Gründung einer NFP und Abschluss eines Einzelvertrages mit der zu gründenden OG zu stellen. Die Dauer der NFP wird in diesen Fall mit maximal 1 Jahr begrenzt.

b) Bei Gründung einer NFP durch Vertragsärzte, die zum Stichtag des Inkrafttretens dieses Gesamtvertrages bereits das 62., aber noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben, gelten sämtliche Bestimmungen (ausgenommen lit. a) mit der Maßgabe, dass der Antrag auf Gründung einer NFP innerhalb von 2 Jahren ab Inkrafttreten des Gesamtvertrages einzubringen ist und diesfalls die NFP spätestens nach 3 Jahren ab Inkrafttreten des Gesamtvertrages endet.

(3) Das Vertragsverhältnis zwischen der Vertragsgruppenpraxis und dem Versicherungsträger endet zudem

a) aufgrund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG

b) durch Auflösung der OG

c) durch einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses

d) durch Verzicht gemäß § 11 Abs. 5

e) durch Ablauf der Befristung des Einzelvertrages

f) durch Übernahme einer Nebenerwerbstätigkeit/Anstellung durch einen Gesellschafter im Ausmaß von mehr als 10 Wochenstunden (bzw. von mehr als 15 Wochenstunden bei gegebener Zustimmung der Gesamtvertragsparteien)

g) aufgrund wissentlich falscher Angaben im Auswahlverfahren

(4) Das Vertragsverhältnis zwischen der JSP und dem Versicherungsträger endet unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 1 und 3 grundsätzlich nach Ablauf von 5 Jahren ab Einzelvertragsbeginn. Zur Fortführung der JSP ist auf Antrag die Zustimmung der Gesamtvertragsparteien erforderlich. Die Zustimmung kann nur aus wichtigen, in der Person des JP gelegenen Gründen verweigert werden.

(5) Im Falle der Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses zu einer ZLP bzw. zu einer JSP leben die ruhenden Einzelverträge der Gesellschafter bzw. des SP wieder auf. Erfolgt die Auflösung aufgrund der Verwirklichung eines Erlöschenstatbestandes gem. § 343 Abs. 2 Z. 4 bis 6 ASVG durch den Gesellschafter bzw. durch den SP, aufgrund einer rechtskräftigen Kündigung durch den Versicherungsträger im Zuge einer beharrlichen oder schwerwiegenden Verletzung des Vertrages durch den Gesellschafter bzw. durch den SP oder aufgrund der Übernahme einer Nebenerwerbstätigkeit/Anstellung im Ausmaß von mehr als 10 bzw. 15 Wochenstunden (Abs. 3 lit. f) durch den Gesellschafter bzw. durch den SP, so endet auch der ruhende kurative Einzelvertrag des Gesellschafters bzw. des SP.

(6) Im Falle der vorzeitigen Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses zu einer NFP innerhalb der ersten 6 Monate lebt der ruhende kurative Einzelvertrag des SP wieder auf. Abs. 5 zweiter Satz gilt sinngemäß. Es besteht für den SP grundsätzlich keine weitere Möglichkeit der Gründung einer NFP, es sein denn, eine paritätisch besetzte Kommission aus Vertretern der Kammer und des Versicherungsträgers bestätigen auf Antrag die Rechtmäßigkeit der vorzeitigen Auflösung durch den SP bzw. die Unrechtmäßigkeit der vorzeitigen Auflösung durch den JP.

(7) Im Falle der vorzeitigen Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses zu einer NFP nach 6 Monaten erlischt grundsätzlich der kurative Einzelvertrag des SP und beginnt das kurative Einzelvertragsverhältnis zum JP. Erfolgt die Auflösung aufgrund der Verwirklichung eines Erlöschenstatbestandes gem. § 343 Abs. 2 Z. 4 bis 6 ASVG durch den JP, aufgrund einer rechtskräftigen Kündigung durch den Versicherungsträger im Zuge einer beharrlichen oder schwerwiegenden Verletzung des Vertrages durch den JP, aufgrund der Übernahme einer Nebenerwerbstätigkeit/Anstellung im Ausmaß von mehr als 10 bzw. 15 Wochenstunden (Abs. 3 lit. f) durch den JP oder aufgrund wissentlich falscher Angaben im Auswahlverfahren gemäß § 8, so lebt der ruhende kurative Einzelvertrag des SP wieder auf, der JP hat keinen Anspruch auf Abschluss eines kurativen Einzelvertrages.

§ 43

Gemeinsame Durchführung des Gesamtvertrages seitens der Versicherungsträger

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Burgenländische Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsgruppenpraxen in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Burgenländische 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 bevollmächtigte 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 Burgenländischen Gebietskrankenkasse in Eisenstadt 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 tritt mit 1. April 2007 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.

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

§ 45 Verlautbarung

Der Abschluss dieses Gesamtvertrages und der Abschluss seiner Abänderungen werden in den Mitteilungen der Ärztekammer für Burgenland, im Internet auf der Homepage der Kammer sowie auf der Homepage des Versicherungsträgers verlautbart.

Eisenstadt, 25. Juni 2007

ÄRZTEKAMMER FÜR BURGENLAND

Der Kurienobmann:

Der Präsident:

Dr. Milan KORNFEIND

OA Dr. Michael LANG

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

BURGENLÄNDISCHE GEBIETSKRANKENKASSE

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Josef GRAFL

Mag. Christian MODER

Unverbindliche Richtlinien

über die Zahlung von einer Abgeltung sowie über die entgeltrechtlichen Bestimmungen in der Nachfolgepraxis gemäß § 5 des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages vom 25. Juni 2007

I. Sachwertabgeltung und Firmenwert

Bei der Nachfolgepraxis kommt es im Zusammenhang mit einem Auswahlverfahren zur Übergabe bzw. Übernahme einer bestehenden vertragsärztlichen Ordination.

Im Sinne einer geregelten Übergabe bzw. Übernahme einer bestehenden vertragsärztlichen Ordination sowie zur objektiven Bewertung der zu übergebenden Ordination im Rahmen der Nachfolgepraxis werden folgende unverbindliche Richtlinien vereinbart:

1. Bewertungsschema für den Sachwert:

Zum Zeitpunkt der Antragstellung werden die getätigten Investitionen wie folgt bewertet, 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 Ende des 9. Jahres bleibt der Restwert bei 20 % des Neuwertes; d.h. mit Beginn des 10. Jahres ist das Gerät auf € 0,-- abgeschrieben.
- Investitionen über € 10.000,--: mit Beginn jeden Jahres Abwertung um 10 %; nach Ablauf von 9 Jahren, also mit Beginn des 10. Jahres, sind Investitionen auf 0,-- abgewertet.
- Mobiliar wird auf 10 Jahre abgewertet; d.h. mit Beginn des 10. Jahres ist dieses auf € 0,-- abgewertet; sämtliche EDV-Investitionen werden auf 5 Jahre abgewertet; d.h. mit Beginn des 5. Jahres sind die Investitionen auf € 0,-- abgewertet.
- Wird von einer Nachfolgepraxis zusätzlich zur Übernahme einer bestehenden vertragsärztlichen Praxis bzw. eines Praxisanteiles auch eine Hausapotheke übernommen, so ist das Medikamentenlager zum Apothekeneinstandspreis zu übernehmen.
- Investitionen in fremde Gebäude (z.B.: Mietobjekte), soweit dem Juniorpartner die Weiterbenützung ermöglicht wird und insoweit der Seniorpartner keinen Anspruch auf Investitionskostenablöse gegenüber dem Eigentümer hat: mit Beginn jeden Jahres Abwertung um 5 %; nach Ablauf von 19 Jahren, also mit Beginn des 20. Jahres sind Investitionen auf € 0,-- abgewertet.

Die Abschreibungsdauer berechnet sich vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Investition bis zum Ende der Nachfolgepraxis; die Berechnung ist zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Nachfolgepraxis vorzunehmen (davon ausgenommen sind Investitionen, die während der Laufzeit der Nachfolgepraxis mit Zustimmung beider Gesellschafter getätigt werden).

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“).

Für Investitionen, die nach den obigen Bestimmungen auf Null abgewertet wurden und für Verbrauchsgüter (Infusionsflaschen, Verbände, Spritzen...- ausgenommen Pro-ordinatione-Bedarf) können 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.

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

Sachwerte sind nur abzulösen, falls der Juniorpartner zum Zeitpunkt der Bewerbung noch keine entsprechenden Investitionen getätigt hat.

Sofern kein Einvernehmen zwischen Seniorpartner und Juniorpartner über die Brauchbarkeit bzw. über die Bewertung bestehen, so entscheidet auf Antrag der gemeinsame Zulassungsausschuss gemäß § 8 Abs. 3 des Gesamtvertrages.

2. Bewertungsschema für den Firmenwert (ideeller Wert) einer bestehenden vertragsärztlichen Ordination eines Arztes für Allgemeinmedizin oder eines allgemeinen Facharztes:

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

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

Als ideeller Wert sind 10 % des in den letzten beiden vollen Kalenderjahren erzielten Sachleistungsumsatzes aller Versicherungsträger aus ärztlicher Tätigkeit sowie aus dem Betrieb einer Hausapotheke zu veranschlagen. Ist in der Ordination keine elektronische Patientenkartei verfügbar, beträgt der Firmenwert die Hälfte davon.

3. Bewertungsschema für den Firmenwert (ideeller Wert) einer bestehenden vertragsärztlichen Ordination eines Facharztes für Radiologie:

Der Firmenwert (ideeller Wert) einer bestehenden vertragsärztlichen Praxis eines Facharztes für Radiologie wird nach der sog. „Übergewinnmethode“ wie folgt berechnet:

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

Als kalkulatorischer Unternehmerlohn wird ein Betrag von € 85.941,10 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 Nachfolgepraxis geltenden Steuersatz die durchschnittliche Jahrseinkommenssteuerbelastung der drei letzten vollen Kalenderjahre der bestehenden vertragsärztlichen Praxis vor der Antragstellung für die Gruppenpraxis in Abzug zu bringen. Es ergibt sich der „Gewinn pro Jahr der bestehenden vertragsärztlichen Praxis in der Übergewinnphase“.

In einem nächsten Schritt ist der nach Pkt. 1 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 Nachfolgepraxis 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:
$$\text{Übergewinn pro Jahr} \times (1+\text{Zinssatz})^{-1} + \text{Übergewinn pro Jahr} \times (1+\text{Zinssatz})^{-2} + \text{Übergewinn pro Jahr} \times (1+\text{Zinssatz})^{-3} + \text{Übergewinn pro Jahr} \times (1+\text{Zinssatz})^{-4} + \text{Übergewinn pro Jahr} \times (1+\text{Zinssatz})^{-5} + \text{Übergewinn pro Jahr} \times (1+\text{Zinssatz})^{-6} + \text{Übergewinn pro Jahr} \times (1+\text{Zinssatz})^{-7}$$

Daraus ergibt sich der Firmenwert der bestehenden vertragsärztlichen Praxis.

4. Der Seniorpartner ist verpflichtet, auf seine Kosten die Berechnung des Substanz- und Firmenwertes durchzuführen bzw. durchführen zu lassen. Auch der Juniorpartner 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.

5. Zeitpunkt der Abgeltung

Die Bezahlung des Substanz- und Firmenwertes ist erst bei Beendigung der Nachfolgepraxis und Übertragung des Einzelvertrages auf den Juniorpartner zu leisten.

Die Nachfolgepraxis hat bis zum Ende der Dauer der Nachfolgepraxis alle notwendigen Investitionen zu finanzieren, wobei alle geforderten Qualitätsstandards zu erfüllen sind. Investitionen, deren nach Pkt. 1 berechneter Substanzwert zum in Aussicht genommenen Endzeitpunkt der Nachfolgepraxis € 2.000,- überschreiten wird, sind im Einvernehmen zwischen Senior- und Juniorpartner zu tätigen und haben in die Sachwertabgeltung nach den Grundsätzen des Pkt. 1 einzufließen.

Die Veränderung beim Medikamentenlager von hausapothekenführenden Ärzten zwischen dem Zeitpunkt der Bewertung (Zeitpunkt der Antragstellung für die Gruppenpraxis) und dem Ende der Nachfolgepraxis ist bei der Bezahlung des Substanzwertes auszugleichen.

6. Ablöse bei Nichtzustandekommen einer Nachfolgepraxis gemäß § 4 Abs. 6

Kommt eine NFP gemäß § 4 Abs. 6 GP-GV nicht zustande, so erhält der Wahlarzt 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, 50% des für die Abgeltung des ideellen Wertes vorgesehenen Betrages (Pkt. 2 oder 3) an den Inhaber der ausgeschriebenen Stelle zu bezahlen.

II. Entgeltrechtliche Bestimmungen innerhalb der Nachfolgepraxis

Sämtliche Betriebskosten (Personal, Miete, etc.) sowie alle notwendigen Investitionen sind während der Laufzeit von der Nachfolgepraxis zu tragen. Sämtliche Investitionen haben einvernehmlich zwischen Senior- und Juniorpartner zu erfolgen.

Der Gewinnanteil des Juniors hat im ersten Jahr der NFP mindestens die Hälfte des um 15% (2. Jahr: 10%, 3. Jahr: 5%) verminderten Gewinnes vor Steuern gem. § 4 Abs. 1 bzw. 3 EStG aus der vertragsärztlichen Praxis zu betragen.

Bis zu einer endgültigen Gewinnermittlung sind zwischen Senior- und Juniorpartner unter Bedachtnahme auf den letzten zur Verfügung stehenden Steuerbescheid des Seniorpartners Akontozahlungen zu vereinbaren.

RICHTLINIEN
für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten und
Vertragsgruppenpraxen bzw. Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen
gemäß § 5 Abs. 2 Gesamtvertrag und § 8 Gruppenpraxis-Gesamtvertrag

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Burgenland (kurz: ÄK), 7000 Eisenstadt, Permayerstraße 3 und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1031 Wien, Kundmangasse 21 für die im § 2 des Gesamtvertrages in der jeweils geltenden Fassung angeführten Krankenversicherungsträger unter Mitfertigung der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (kurz: BGKK), 7000 Eisenstadt, Esterhazyplatz 3.

A. GELTUNGSBEREICH

§ 1
Geltungsbereich

(1) Diese Richtlinien gelten für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin sowie von allen Vertragsfachärzten (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Zahnärzte) sowie auch für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsgruppenpraxen bzw. Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen.

(2) Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

B. BEWERBERLISTEN

§ 2
Bewerberlisten

(1) Die ÄK führt Bewerberlisten, in die sich alle Ärzte, die die Voraussetzungen der §§ 3 sowie 9 Abs. 1 lit. a, c und d erfüllen, eintragen lassen können. Die Aufnahme in die Bewerberliste(n) erfolgt über schriftlichen Antrag (bzw. Telefax oder E-Mail) oder durch Bewerbung um eine ausgeschriebene Planstelle.

(2) Die Bewerberlisten werden getrennt für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärzte der jeweiligen Sonderfächer geführt. Für den Bereich der Ärzte für Allgemeinmedizin sowie bei Fachgruppen mit mehr als 10 Vertragsfacharztstellen werden zwei regionale Listen (Liste Nord: Bezirke Neusiedl/See, Eisenstadt/Umgebung inklusive Stadt Eisenstadt und Rust, Mattersburg, Oberpullendorf; Liste Süd: Bezirke Oberwart, Güssing, Jennersdorf) geführt.

(3) Die Bewerberlisten enthalten folgende Angaben:

- a) Name des gereihten Arztes inkl. Arztnummer
- b) Datum der Eintragung in die Bewerberliste

Die Reihung erfolgt mit dem Datum gemäß Abs. 4 und 5.

(4) Als Eintragungsdatum gilt das Datum des Einlangens des schriftlichen Antrages (Telefaxes, E-Mail) um Aufnahme in die Liste in der ÄK oder das Datum des Einlangens einer Bewerbung für eine ausgeschriebene Stelle in der ÄK, frühestens erfolgt die Eintragung mit Erfüllen der Voraussetzungen auf Eintragung in die Bewerberliste. Durch die schriftliche Antragstellung oder die Bewerbung um eine ausgeschriebene Planstelle stimmt der Arzt ausdrücklich der Ausweisung der in Abs. 3 genannten Daten zu.

(5) Ärzte, die sich bis spätestens drei Monate ab Inkrafttreten dieser Richtlinien in die Bewerberliste(n) eintragen lassen, werden mit dem Datum der Erlangung der selbständigen Berufsberechtigung in die Bewerberliste(n) eingetragen.

§ 3

Eintragung in die Bewerberliste(n)

(1) Voraussetzung für die Eintragung in die Bewerberliste(n) ist der Nachweis der Berechtigung zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt in Österreich. Verfügt der Arzt über mehrere Berufsberechtigungen, so hat er zu erklären, in welche Bewerberliste(n) er eingetragen werden will.

(2) Jeder Arzt kann sich in höchstens drei Listen eintragen lassen.

(3) Ist ein Arzt bereits in drei Bewerberlisten eingetragen und bewirbt er sich um eine Planstelle im Geltungsbereich einer Liste, in die er nicht eingetragen ist, so erfolgt keine automatische Aufnahme in diese Bewerberliste, es sei denn, der Bewerber teilt gleichzeitig mit, aus welcher Bewerberliste er statt dessen gestrichen werden will.

(4) Für die Eintragung in die und Führung der Bewerberliste(n) kann von der ÄK ein Verwaltungskostenbeitrag eingehoben werden.

§ 4

Streichung aus der (den) Bewerberliste(n)

Eine Streichung aus der (den) Bewerberliste(n) erfolgt

1. wenn der gereichte Arzt dies schriftlich, per Telefax oder E-Mail verlangt mit dem Datum des Einlangens des Streichungsantrages bei der ÄK;
2. im Falle des Todes des gereichten Arztes mit dem Zeitpunkt des Todes;
3. wenn der gereichte Arzt als Einzelvertragsarzt oder als Gesellschafter einer Gruppenpraxis (ausgenommen als Juniorpartner einer Nachfolge- bzw. Job-Sharing-Praxis) einen Vertrag mit den § 2 Krankenversicherungsträgern abschließt oder ein vergleichbares Vertragsverhältnis im Ausland eingeht, mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertragsverhältnisses;
4. im Falle der Verurteilung des gereichten Arztes im Sinne des § 343 Abs. 2 Z. 4 bis 6 ASVG;
5. im Falle einer rechtskräftigen Kündigung eines kurativen Kassenvertrages. Bei Kündigung durch den Vertragsarzt sind Ausnahmen im Einzelfall im Einvernehmen zwischen den Gesamtvertragsparteien zulässig;

6. im Falle der Streichung aus der Ärzteliste gemäß § 59 Abs. 1 Z. 1, 2, 4 und 5 ÄrzteG;
7. bei der zweiten Ablehnung einer bereits zuerkannten Stelle aus der jeweiligen Bewerberliste. Der Ablehnung einer bereits zuerkannten Stelle ist der Verzicht des Erstgereihten auf die Zuerkennung der Planstelle gleichzuhalten;
8. wenn sich der in der Bewerberliste für Allgemeinmedizin eingetragene Arzt über einen Zeitraum von fünf Jahren nicht bewirbt von dieser Liste;
9. wenn sich der in der Bewerberliste für Fachärzte eingetragene Arzt über einen Zeitraum von fünf Jahren nicht bewirbt. Wird in diesem Zeitraum eine bzw. keine Planstelle ausgeschrieben, erfolgt die Streichung aus der Liste, wenn er sich nicht um die nächste bzw. übernächste ausgeschriebene Planstelle bewirbt;
10. bei Nichtentrichtung des Verwaltungskostenbeitrages gemäß § 3 Abs. 4.

§ 5

Wiedereintragung in die Bewerberliste(n)

- (1) Die Wiedereintragung ist unter Beachtung der Voraussetzungen des § 3 möglich.
- (2) Bei einer Streichung gemäß § 4 Z. 4 ist eine Wiedereintragung erst nach Ablauf der gesetzlichen Tilgungsfrist möglich, bei einer Streichung gemäß § 4 Z. 6 erst nach Ablauf der befristeten Berufsuntersagung bzw. nach erfolgter Wiedereintragung in die Ärzteliste.
- (3) Bei einer Streichung gemäß § 4 Z. 5 ist eine Wiedereintragung nach Ablauf von zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Vertragsverhältnisses möglich, wobei im Falle der Kündigung des Kassenvertrages durch den Krankenversicherungsträger eine Wiedereintragung nur mit dessen Zustimmung zulässig ist.

§ 6

Veröffentlichung

- (1) Die Bewerberliste(n) ist (sind) auf der Homepage der ÄK (derzeit: www.aekbgld.at) zu veröffentlichen und regelmäßig zu aktualisieren.
- (2) Die ÄK wird der BGKK auf Verlangen über die Gründe allfälliger Veränderungen der Liste(n) Auskunft geben und Einsicht in die diesbezüglichen Akte gewähren.

C. BEWERBUNG

§ 7

Ausschreibung von Vertragsarztstellen

- (1) Die rechtsverbindliche Ausschreibung von Kassenplanstellen erfolgt einvernehmlich zwischen der ÄK und der BGKK im offiziellen Mitteilungsblatt der ÄK und auf deren Homepage (derzeit: www.aekbgld.at).
- (2) In der Regel ist eine Bewerbungsfrist von vier Wochen zu gewähren. Die Bewerbungsfrist darf zwei Wochen nicht unterschreiten.
- (3) Grundlage für die Ausschreibung ist der vereinbarte Ausschreibungstext laut Anlage 1 zu diesen Richtlinien. Die Beifügung von für die Bewerber wichtigen Zusatzinformationen,

wie z.B. der Hinweis auf die gleichzeitig ausgeschriebene Kreis-/Gemeindearztstelle, ist zulässig.

§ 8 Bewerbung

(1) Die Bewerbung um die konkret zu besetzende Planstelle hat unter Verwendung des Vordruckes gemäß Anlage 2 und Vorlage der vollständigen Unterlagen entsprechend der Ausschreibung schriftlich und fristgerecht in zweifacher Ausfertigung an die ÄK zu erfolgen. Sofern die Unterlagen nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, ist eine beglaubigte Übersetzung erforderlich. Auf Aufforderung der ÄK sind die Nachweise im Original oder in beglaubigter Abschrift vorzuweisen.

(2) Sämtliche Bewerbungen sind von der ÄK an die BGKK weiterzuleiten.

(3) Die Bewerbung ist fristgerecht eingegangen, wenn sie bis zum Ende der in der Ausschreibung genannten Frist bei der ÄK mit allen erforderlichen Beilagen eingelangt ist. Bei der BGKK einlangende Bewerbungen werden von dieser unverzüglich an die ÄK weitergeleitet, die Gefahr des nicht fristgerechten Einlangens bei der ÄK trägt der Bewerber.

(4) Mittels Telefax oder E-Mail bis zum Ende der Ausschreibungsfrist eingegangene vollständige Bewerbungen werden unter der Voraussetzung berücksichtigt, dass die Originalunterlagen postalisch oder persönlich binnen einer Woche nach Ende der Ausschreibungsfrist in der ÄK einlangen.

(5) Nicht fristgerecht einlangende Bewerbungen oder Unterlagen werden nicht berücksichtigt. Es erfolgt keine amtswegige Ergänzung der Unterlagen.

§ 9 Voraussetzungen

(1) Voraussetzungen für eine gültige Bewerbung sind:

a) Die fachliche Eignung für die ausgeschriebene Kassenplanstelle, die durch Vorlage des Diploms über die erfolgreiche Absolvierung der praktischen Ausbildung nach den für den Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt geltenden Ausbildungserfordernissen nachzuweisen ist.

b) Erfüllung sonstiger in der Ausschreibung geforderter fachlicher Voraussetzungen.

c) Die österreichische Staatsbürgerschaft oder die Staatsangehörigkeit einer der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft.

d) Erfüllung sämtlicher Voraussetzungen für die Eintragung in die Ärzteliste.

(2) Eine Nebenerwerbstätigkeit/Anstellung ist für den Fall der Invertragnahme auf höchstens 10 Wochenstunden einzuschränken. Mit Zustimmung der Gesamtvertragspartner kann in begründeten Einzelfällen das Ausmaß auf 15 Stunden erweitert werden. Eine Tätigkeit als Kreis-/Gemeindearzt gilt als Nebenerwerbstätigkeit im Ausmaß von 7 Wochenstunden.

(3) Der barrierefreie Zugang zur Ordination ist binnen einer Frist von einem Jahr ab der Invertragnahme zu gewährleisten. Die Frist kann in begründeten Einzelfällen im Einvernehmen zwischen den Gesamtvertragsparteien verlängert werden. Für Gruppenpraxen gelten davon abweichend die jeweiligen Bestimmungen des § 11 des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages vom 25. Juni 2007.

(4) In der Bewerbung (Anlage 2) ist eine rechtsverbindliche Erklärung gemäß Abs. 2 und 3 abzugeben.

§ 10 Ausschlusskriterien

Wenn zum Ende der Bewerbungsfrist beim Bewerber eines der nachstehenden Kriterien vorliegt, wird die Bewerbung nicht berücksichtigt:

1. Erlöschen eines Einzelvertrages gem. § 343 Abs. 2 und 3 ASVG
2. Kündigung eines § 2-Kassenvertrages durch den Bewerber innerhalb der letzten 2 Jahre. Ausnahmen sind im Einvernehmen der Gesamtvertragsparteien zulässig.
3. Bestehen eines aufrechten Vertragsverhältnisses mit den § 2-Kassen.
Dieses Kriterium führt nicht zum Ausschluss, wenn der Bewerber mindestens fünf Jahre als Vertragsarzt am selben Ort tätig war. Ausnahmen sind im Einvernehmen der Gesamtvertragsparteien zulässig.
Dieses Kriterium gilt weiters nicht für Juniorpartner einer Nachfolgepraxis oder einer Job-Sharing-Praxis.
4. Nichterfüllen der in den §§ 8 und 9 normierten Voraussetzungen.

D. REIHUNG

§ 11 Reihung der Bewerber

(1) Die ÄK prüft die fristgerecht eingelangten Bewerbungsunterlagen und führt auf Grundlage dieser eine Reihung der Bewerber nach den Reihungskriterien gemäß Anlage 3 durch. Als Stichtag für die Berechnung der Punkte gilt der letzte Tag der Bewerbungsfrist. In die Reihung werden nur jene Bewerber aufgenommen, die zum Ende der Bewerbungsfrist sämtliche Voraussetzungen gemäß § 9 erfüllen.

(2) Haben zwei oder mehrere Bewerber die gleiche Punkteanzahl erreicht, gilt jener Bewerber als höher gereiht, dessen Punkteanzahl bei der Beurteilung der fachlichen Qualifikation (Anlage 3: §§ 1 bis 5) höher ist.

(3) Die Reihung aller Bewerber ist innerhalb von vier Wochen ab Ende der Bewerbungsfrist inklusive der Berechnung der Punkte pro Bewerber an die BGKK weiterzuleiten.

(4) Die BGKK überprüft die von der ÄK vorgenommene Reihung. Wird innerhalb einer Frist von sechs Wochen ab Einlangen der übermittelten Reihung seitens der BGKK kein begründeter Gegenvorschlag erstattet und findet gemäß Abs. 7 und § 12 auch kein Hearing statt, gilt die vorgenommene Reihung der ÄK und ist mit dem Erstgereihten ein Einzelvertrag abzuschließen.

(5) Vor Invertragnahme ist vom Erstgereihten ein aktueller Strafregisterauszug vorzulegen. Die ÄK und die BGKK können gemeinsam die Invertragnahme des Erstgereihten ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, dass der mit dem Einzelvertrag verbundene Versorgungsauftrag durch diesen Bewerber nicht erfüllt werden kann.

(6) Verzichtet der Erstgereichte auf die Zuerkennung der Planstelle, so rückt der Zweitgereichte in die Position des Erstgereihten nach usw.

(7) Im Falle eines fristgerecht erstatteten Gegenvorschlages durch die BGKK ist der gemeinsame Zulassungsausschuss gemäß § 13 einzuberufen. Der Zulassungsausschuss hat tunlichst binnen vier Wochen nach Einlangen des Gegenvorschlages bei der ÄK zu entscheiden.

§ 12 Hearing

(1) Mit allen Bewerbern, deren Punktezah innerhalb einer Bandbreite von 5% der Punktezah des Erstgereihten liegt, ist ein Hearing vor dem gemeinsamen Zulassungsausschuss gemäß § 13 durchzuführen.

(2) Ist im Fachgebiet (Allgemeinmedizin und Sonderfächer) des ausgeschriebenen Einzelvertrages der Anteil an Vertragsärztinnen geringer als der Anteil der Bewerberinnen auf der Bewerberliste, so ist (sind) dem Hearing gemäß Abs. 1 auch jene Bewerberin(nen) beizuziehen, die ausschließlich wegen der Bewertung der Bewerberliste nicht erstgereiht ist (sind) bzw. hat, wenn Abs. 1 nicht zur Anwendung kommt, ein Hearing zwischen dem Erstgereihten und jener Bewerberin (jenen Bewerberinnen) stattzufinden.

(3) Abs. 2 findet keine Anwendung, wenn

- a) eine Bewerberin bereits erstgereiht ist oder
- b) am Hearing bereits mindestens gleich viele Bewerberinnen wie Bewerber teilnehmen oder
- c) der Anteil an Vertragsärztinnen im Fachgebiet (Allgemeinmedizin und Sonderfächer) im Geltungsbereich der Bewerberliste 50% oder mehr beträgt.

(4) Der gemeinsame Zulassungsausschuss ist in seiner Beurteilung der Bewerber nicht an die Reihung der ÄK gebunden und in seiner Entscheidung frei und unabhängig.

(5) Beim Hearing können insbesondere berücksichtigt werden:

- a) sonstige fachliche Qualifikationen der Bewerber,
- b) die soziale Förderungswürdigkeit der Bewerber,
- c) sonstige medizinische oder soziale Tätigkeiten,
- d) zusätzliche Sprachkenntnisse

(6) Die Entscheidung des Zulassungsausschusses ist ausführlich zu begründen und in der Begründung eine Abwägung der für die Entscheidung relevanten Kriterien zu treffen.

§ 13 Gemeinsamer Zulassungsausschuss

(1) Zwischen der ÄK und BGKK ist ein gemeinsamer Zulassungsausschuss einzurichten.

(2) Der Zulassungsausschuss setzt sich aus je zwei stimmberechtigten Vertretern der ÄK und der BGKK zusammen.

(3) Die Beschlussfassung erfolgt einstimmig.

(4) Erfolgt mangels Einstimmigkeit keine Beschlussfassung, ist die Landesschiedskommission anzurufen.

§ 14 Veröffentlichung

(1) Die Entscheidung über die Vergabe der Kassenplanstelle ist im offiziellen Mitteilungsblatt der ÄK und auf deren Homepage (derzeit: www.aekbgld.at) zu veröffentlichen.

(2) Alle Bewerber sind von der ÄK schriftlich über das Ergebnis des Auswahlverfahrens zu informieren. Den Bewerbern ist innerhalb von vier Wochen ab Veröffentlichung der Entscheidung über die Vergabe der Planstelle auf der Homepage der ÄK Einsicht in den konkreten Bewertungsbogen zu gewähren.

§ 14a Bewerbung einer Gruppenpraxis bzw. als Mitglied einer Gruppenpraxis

Bei Bewerbungen einer Gruppenpraxis bzw. als Mitglied einer Gruppenpraxis gelten die Bestimmungen dieser Richtlinien sinngemäß, wobei bei Bewerbungen einer Gruppenpraxis die von den einzelnen Gesellschaftern der sich bewerbenden Gruppenpraxis erreichten Punkte gemäß § 11 addiert werden.

E. INKRAFTTRETEN

§ 15 Inkrafttreten

Diese Richtlinien gelten für Ausschreibungen ab dem 1. April 2005 sowie für Ausschreibungen nach dem Gruppenpraxis-Gesamtvertrag ab dem 1. April 2007.

Eisenstadt, 25. Juni 2007

ÄRZTEKAMMER FÜR BURGENLAND

Der Kurienobmann:

Der Präsident:

Dr. Milan KORNFEIND

OA Dr. Michael LANG

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

BURGENLÄNDISCHE GEBIETSKRANKENKASSE

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Josef GRAFL

Mag. Christian MODER

zu den Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten (verlautbart unter www.aekbgld.at)

Ausschreibung einer Kassenvertragsarztstelle

Im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Burgenland wird von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse gemäß den Bestimmungen des Gesamtvertrages und den zwischen der Ärztekammer für Burgenland und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse vereinbarten Richtlinien für die Auswahl und die Invertragnahme von Vertragsärzten (veröffentlicht in den Mitteilungen der Ärztekammer für Burgenland, Ausgabe xx/xxxx, und im Internet unter www.aekbgld.at) folgende Kassenvertragsarztstelle ausgeschrieben:

Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für in

1. Bewerbungen müssen bis spätestens xx.xx.xxxx, xx.xx Uhr, bei der Ärztekammer für Burgenland, 7000 Eisenstadt, Permayerstraße 3, eingelangt sein.

Mittels Telefax oder E-Mail bis zum Ende der Ausschreibungsfrist eingegangene vollständige Bewerbungen werden unter der Voraussetzung berücksichtigt, dass die Originalunterlagen postalisch oder persönlich binnen einer Woche nach Ende der Ausschreibungsfrist in der Ärztekammer für Burgenland einlangen.

2. Die Bewerbung hat unter Verwendung des vollständig ausgefüllten Bewerbungsbogens gemäß Anlage 2 der vereinbarten Richtlinien für die Auswahl und die Invertragnahme von Vertragsärzten zu erfolgen. Andernfalls wird die Bewerbung nicht berücksichtigt.

Der Bewerbungsbogen steht unter www.aekbgld.at zum Download bereit oder kann von der Ärztekammer für Burgenland angefordert werden.

3. Der Bewerbung sind beizufügen:
 - Geburtsurkunde
 - Ausführlicher Lebenslauf
 - Nachweis der Staatsbürgerschaft eines Mitgliedslandes des EWR oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft
 - Promotionsurkunde bzw. Nostrifikationsbescheid
 - Nachweis der Berechtigung zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes in Österreich (z.B. Diplom zum Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt Diplom)
 - Sonstige in den gemäß den von der Ärztekammer für Burgenland und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse vereinbarten Richtlinien für die Auswahl von Vertragsärzten erforderlichen Nachweise (siehe Hinweise in Anlage 2 „Bewerbung“).
4. *Die Berufung als Vertragsarzt erfolgt durch den Abschluss eines Einzelvertrages.*
5. *Der barrierefreie Zugang zur Ordination ist zu gewährleisten.*
6. *Die Besetzung ist ab dem xx.xx.xxxx vorgesehen.*

zu den Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen bzw. Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen (verlautbart unter www.aekbgld.at)

B e w e r b u n g

Name: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Promotion am: _____ Nostrifikation am: _____

Arzt für Allgemeinmedizin: seit: _____

Facharzt für _____ seit: _____

(Hinweis: Die Geburtsurkunde, der Staatsbürgerschaftsnachweis, die Promotionsurkunde bzw. der Promotionsbescheid, ggf. ein Nostrifikationsbescheid sowie das Diplom zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. zum Facharzt sind zwingend beizulegen.)

Hiermit bewerbe ich mich um die ausgeschriebene

Vertragsarztstelle für Allgemeinmedizin in _____

Vertragsfacharztstelle für _____ in _____

Nachfolgepraxis Dr. _____ in _____

I. Fragebogen

(Hinweis: Das vollständige Ausfüllen nachstehender Fragen ist auch in Ihrem Interesse unbedingt erforderlich, anderenfalls die Bewerbung nicht berücksichtigt wird! Auf die Anlage 3 „Reihungskriterien zu den Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen bzw. Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen“ – siehe unter www.aekbgld.at oder erhältlich bei der Ärztekammer für Burgenland - wird ausdrücklich verwiesen.)

1. Seit wann sind Sie ärztlich tätig (Eintragung Ärzteliste)? _____

2. Sind oder waren Sie in den letzten 10 Jahren wahlärztlich bzw. als
Gesellschafter in einer Gruppenpraxis tätig? ja nein

Wenn ja:

a) Wo? _____

b) Zeitraum/Dauer? _____

c) Haben Sie neben der Wahlarztstätigkeit bzw. Gesellschaftertätigkeit in einer
Gruppenpraxis eine weitere Beschäftigung ausgeübt bzw. standen Sie in einem
Dienstverhältnis? ja nein

Wenn Ja: Art: _____

Dauer der Beschäftigung: _____

Beschäftigungsausmaß: _____

**(Hinweis: Sämtliche Nebenbeschäftigungen/Dienstverhältnisse inkl.
Beschäftigungsausmaß sind anzugeben!)**

d) Sind/waren Ordinationszeiten von mind. 10 Wochenstunden gegeben:
 ja nein

e) Bei wahlärztlicher Tätigkeit bzw. Gesellschaftertätigkeit in mehreren Fächern:
Wollen Sie für das konkret ausgeschriebene Fach
wahlärztliche Punkte angerechnet bekommen? ja nein

**(Hinweis: Gemäß § 3 Abs.5 der Reihungskriterien (Anlage 3) können bei
Mehrfacheintragung in die Ärzteliste nur für ein Fach wahlärztliche Punkte
erreicht werden. Bei einer konkreten Bewerbung um ein Fach hat daher der
Bewerber zu entscheiden, ob er für dieses Fach wahlärztliche Punkte
erhalten will. Ausdrücklich wird betont, dass die Entscheidung des
Bewerbers für allfällige künftige Bewerbungen in einem anderen Fach
bindend ist und rückwirkend nicht geändert werden kann).**

3. Haben Sie in den letzten 10 Jahren eine Vertretungstätigkeit (auch Bereitschaftsdienst) bei einem § 2-Kassenarzt oder in einer § 2 Kassen-Vertragsgruppenpraxis ausgeübt?

ja nein

(Hinweis: Eine Anrechnung der Vertretungstätigkeit kann nur erfolgen, wenn eine Bestätigung darüber durch den vertretenen Arzt bzw. durch die vertretene Gruppenpraxis, aus der der genaue Zeitraum der Vertretung hervorgeht, beigelegt wird! Eine Vertretungstätigkeit des anderen Gesellschafters innerhalb einer Gruppenpraxis ist nicht anrechenbar.)

4. Welche sonstigen fachlichen Qualifikationen (ÖÄK-Diplome, weitere Fächer, etc.; siehe Anlage 3A) haben Sie?

(Hinweis: Nachweise sind unbedingt beizulegen!)

5. Haben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit durch Präsenz- oder Zivildienst, Mutterschutz, Karenz etc. oder aus sonstigen Gründen unterbrochen? (Zutreffendes bitte ankreuzen) ja nein

Wenn ja?

Grund: _____

Dauer: _____

(Hinweis: Bestätigungen beilegen.)

6. Ihre derzeitige ärztliche Tätigkeit (Dienstverhältnis(se), sonstige Tätigkeiten, Wochenstundenausmaß) ?

Hinweis: Falsche Angaben sowie die Nichteinhaltung einer im Zuge des Vergabeverfahrens nach diesen Richtlinien eingegangenen Verpflichtung, die in die Bewertung eines Bewerbers einfließen, können zum Ausschluss des Bewerbers vom Auswahlverfahren führen bzw. sind als Fehlen der Voraussetzungen zur Bestellung des Vertragsarztes im Sinne des § 343 Abs. 3 ASVG zu werten !

II. Erklärungen

1. Hiermit erkläre ich für den Fall der Invertragnahme rechtsverbindlich, dass ich umgehend – unter Beachtung gesetzlicher Kündigungsfristen etc. - meine sonstige ärztliche(n) Tätigkeit(en) neben der kassenärztlichen Tätigkeit auf das gemäß den vereinbarten Richtlinien zulässige Ausmaß (§ 9, grundsätzlich 10 Wochenstunden) einschränken werde und nehme zur Kenntnis, dass diese Einschränkung für die gesamte Laufzeit des Einzelvertrages gilt!
2. Weiters verpflichte ich mich hiermit rechtsverbindlich, dass ich einen barrierefreien Zugang zur Ordination binnen einem Jahr ab der Invertragnahme als Einzelvertragsarzt zu gewährleisten habe.
3. Die Richtlinien über die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen bzw. Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen (verlautbart unter www.aekbgld.at oder bei der Ärztekammer erhältlich) samt Anlagen habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift

zu den Richtlinien über die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen bzw. Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen (verlautbart unter www.aekbgld.at)

Reihungskriterien

I. FACHLICHE EIGNUNG

§ 1 Fachliche Eignung

- (1) Die fachliche Eignung ist auf Grund der Berufserfahrung als Arzt zu beurteilen.
- (2) Maßgeblich für die Beurteilung ist das zeitliche Ausmaß der ärztlichen Tätigkeit (§ 2); zusätzlich ist eine Wahlarztstätigkeit bzw. eine Tätigkeit als Gesellschafter in einer Vertragsgruppenpraxis oder Wahlgruppenpraxis (§ 3) sowie eine Tätigkeit als Vertreter (§ 4) zu berücksichtigen. Dabei ist zu beachten, dass für einen Kalendermonat nicht gleichzeitig Punkte gemäß § 3 und § 4 erlangt werden können.

§ 2 Ärztliche Tätigkeit

- (1) Für Zeiten ärztlicher Tätigkeiten ab Eintragung in die Ärzteliste erhält der Bewerber pro vollen Monat 0,125 Punkte, wobei insgesamt dafür 15 Punkte erreicht werden können.
- (2) Ärztliche Tätigkeiten außerhalb Österreichs werden nur bei festgestellter Gleichwertigkeit durch die Österreichische Ärztekammer angerechnet.

**§ 3 Wahlärztliche Tätigkeit bzw. Tätigkeit als Gesellschafter
einer Vertrags- oder Wahlgruppenpraxis**

- (1) Für die wahlärztliche Tätigkeit können nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen 0,3 Punkte pro vollen Monat erreicht werden. Insgesamt sind daraus höchstens 10,8 Punkte zu erreichen.

- (2) Eine wahlärztliche Tätigkeit führt nur dann zu Zusatzpunkten, wenn die Ordinationsausstattung den fachspezifischen Qualitätskriterien der Österreichischen Ärztekammer („Qualitätsmindeststandard“) entspricht sowie eine Mindestordinationszeit von 10 Wochenstunden gegeben ist. Für den Fall einer wahlärztlichen Tätigkeit außerhalb von Österreich hat der Bewerber eine entsprechende Bescheinigung über die freiberufliche Tätigkeit als niedergelassener Arzt beizubringen.

- (3) Eine Wahlärztstätigkeit ist für höchstens 3 Jahre innerhalb der letzten 10 Jahre vor dem Besetzungszeitpunkt anrechenbar.

- (4) Eine wahlärztliche Tätigkeit unter sechs Monaten führt zu keiner Anrechnung.

- (5) Bei einer Mehrfacheintragung (als Arzt für Allgemeinmedizin und Facharzt oder Facharzt mehrerer Sonderfächer etc.) in die Ärzteliste können nur für ein Fach wahlärztliche Punkte erreicht werden. Der Bewerber hat bei einer konkreten Bewerbung zu entscheiden, ob er für das konkret ausgeschriebene Fach wahlärztliche Punkte erhalten will. Diese Entscheidung ist für allfällige weitere Bewerbungen in einem anderen Fach bindend und kann rückwirkend nicht geändert werden.

- (6) Wahlärzte, die bei der Besetzung einer Stelle für Allgemeinmedizin im selben Sanitätssprengel wie die ausgeschriebene Stelle bzw. bei Fachärzten im selben Bezirk niedergelassen sind, erhalten unter Berücksichtigung des Abs. 7 die volle Punkteanzahl gemäß Abs. 1, die übrigen Wahlärzte zwei Drittel davon.

- (7) Eine Nebenbeschäftigung (Anstellung etc.) des Wahlarztes im Ausmaß bis zu höchstens 15 Wochenstunden führt unter Beachtung des Abs. 6 zur vollen Anrechnung der wahlärztlichen Punkte, bei Nebenbeschäftigungen mit einem Ausmaß von 16 bis 25 Wochenstunden werden jeweils die halben Punkte erlangt. Eine über 25 Wochenstunden hinausgehende Nebenbeschäftigung führt zu keiner Anrechnung der wahlärztlichen Punkte.

- (8) Ebenso ist keine Anrechnung wahlärztlicher Punkte für Ärzte mit kurativem Vertrag zu den § 2-Kassen sowie für Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis (ausgenommen dem Juniorpartner einer JSP und einer NFP) zum Zeitpunkt der Bewerbung möglich.

- (9) Für die Tätigkeit als Gesellschafter einer Vertrags- oder Wahlgruppenpraxis gelten die Bestimmungen für die Wahlarztstätigkeit gemäß Abs. 1 bis 8 sinngemäß mit folgender Maßgabe:
1. Insgesamt können aus dem Titel Wahlarztstätigkeit und Gesellschafter einer Gruppenpraxis höchstens 10,8 Punkte erreicht werden.
 2. Für eine Anrechnung von Punkten nach diesen Bestimmungen ist eine Tätigkeit von mindestens 10 Wochenstunden, wobei auch über die vereinbarten Ordinationszeiten hinausgehende ärztliche Tätigkeiten anzurechnen sind, erforderlich.

§ 4 Vertretungstätigkeit

- (1) Für Vertretungstätigkeiten bei § 2 Kassenvertragsärzten bzw. § 2 Kassenvertragsgruppenpraxen werden nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen pro vollem Ordinationstag 0,06 Punkte erreicht. Insgesamt sind höchstens 7,2 Punkte aus der Vertretungstätigkeit zu erreichen.
- (2) Bei Allgemeinmedizineren ist auch die Vertretung im Wochentagsnachtbereitschaftsdienst (WTN-BD) und Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst (SFD) zu berücksichtigen, wobei die Vertretung im SFD einem vollen, im WTN-BD einem halben Ordinationstag entspricht. Bei einer gleichzeitigen Ordinations- und Bereitschaftsdienstvertretung ist die Anrechnung höchstens mit der Anzahl der Kalendertage begrenzt.
- (3) Zu berücksichtigen sind die letzten 10 Jahre vor dem Besetzungszeitraum.
- (4) Die Vertretungstätigkeiten sind durch schriftliche Bestätigungen des vertretenen Kassen-vertragsarztes bzw. der vertretenen Vertragsgruppenpraxis nachzuweisen.
- (5) Für Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis ist die Vertretung des anderen Gesellschafters innerhalb der Vertragsgruppenpraxis nicht anrechenbar.

II. ZUSÄTZLICHE FACHLICHE QUALIFIKATION

§ 5 Zusatzqualifikationen

Zusätzliche fachliche Qualifikationen sind nach Maßgabe der Anlage 3A anzurechnen.

III. REIHUNG IN DER BEWERBERLISTE

§ 6 Reihung in der Bewerberliste

Die sieben Bewerber für eine konkret ausgeschriebene Planstelle mit den besten Reihungspositionen in der jeweiligen Bewerberliste erhalten folgende Punkte: der Erstgereihete erhält 7 Punkte, der Zweitgereihete 6 Punkte, der Drittgereihete 5 Punkte usw.

IV. UNTERBRECHUNGSZEITEN

§ 7 Anrechnung von Unterbrechungszeiten

- (1) Ein geleisteter Präsenz-, Ausbildungs- oder Zivildienst sowie zurückgelegte Mutterschutzzeiten und Karenzzeiten (BGBl. II 415/2004) werden unter der Voraussetzung, dass dadurch die ärztliche Tätigkeit unterbrochen wurde (ab Eintragung in die Ärzteliste), pro vollem Monat mit 0,125 Punkten angerechnet. Insgesamt sind daraus 2 Punkte zu erreichen.
- (2) Aus den §§ 2 und 7 Abs. 1 sind insgesamt höchstens 15 Punkte anrechenbar.

MUSTER-EINZELVERTRAG

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen derOG (im Folgenden kurz Vertragsgruppenpraxis genannt) in und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse, 7000 Eisenstadt, Esterhazyplatz 3, aufgrund der Bestimmungen des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages vom 25. Juni 2007, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Burgenland 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. und Herrn/Frau Dr. als Gesellschafter der OG in ihrer Eigenschaft als..... ausgeübt.

Gruppenpraxismodell:

Ordinationsstätte:

Ordinationszeiten:

§3

Bezüglich der Art und des Umfanges der ärztlichen Tätigkeit der Gesellschafter derOG wird im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Burgenland folgendes Besonderes vereinbart:

§ 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 Burgenland beschlossenen und dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Abzüge von ihrem Honorar vorgenommen werden können.

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

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mitund wird auf unbestimmte Zeit/befristet bis abgeschlossen.
Das Kündigungsrecht wird im Falle einer Befristung nicht berührt.

Eisenstadt,

Burgenländische Gebietskrankenkasse

Die Vertragsgruppenpraxis:

Gemäß § 13 Gruppenpraxis-Gesamtvertrag sind Krankenvertretungs- und Urlaubsscheine unter Beachtung der Bestimmungen der Honorarordnung zu Punkt B. 6. und 7. in folgenden Fällen verrechenbar:

1. Für alle Formen der Zusammenarbeit gilt:

a) Bei Krankheit des einen Gesellschafters ist ab der 3. Woche ein K-Schein verrechenbar.

b) Erkrankt während der Abwesenheit (Krankheit, Urlaub) des einen Gesellschafters der andere Gesellschafter, ist für die Dauer einer mehr als 3 Tage währenden Erkrankung ab dem ersten Tag der Erkrankung ein K-Schein verrechenbar; sofern eine Krankmeldung erfolgt ist; in diesem Fall ist auch eine Ordinationsschließung zulässig.

c) Bei Verhinderung des einen Gesellschafters wegen Erkrankung ist wegen einesurlaubes des anderen Gesellschafters ein K-Schein verrechenbar, wenn die Krankheit des einen Gesellschafters innerhalb der letzten zwei Wochen vor Urlaubsantritt auftritt oder in begründeten Einzelfällen mit vorheriger Zustimmung des Versicherungsträgers; in diesem Fall ist auch eine Ordinationsschließung zulässig.

d) Im Falle eines gleichzeitigen Erholungsurlaubes beider Gesellschafter ist eine Verrechnung von U-Scheinen unzulässig.

e) Im Falle eines gemeinsamen Fortbildungsurlaubes beider Gesellschafter ist mit Zustimmung des Versicherungsträgers eine Verrechnung von U-Scheinen zulässig.

2. Für die ZLP bzw. GP gilt abweichend von Pkt. 1 lit. a) Folgendes:

Für die Dauer einer mehr als 3 Tage währenden Erkrankung des einen Gesellschafters ist ab dem ersten Tag der Erkrankung ein K-Schein verrechenbar, sofern eine Krankmeldung erfolgt ist und sofern die ZLP bzw. GP die doppelte durchschnittliche Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe überschreitet.