

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/GMBH) gemäß § 105 Unternehmensgesetzbuch (UGB) oder eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) gemäß GmbH-G 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 Vertragsgruppenpraxis 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/GmbH 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/GmbH mindestens 3 Monate vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG/GmbH. Für die Antragstellung genügt die rechtsverbindliche Absichtserklärung, eine OG/GmbH zu gründen;
- c) die Vorlage des von beiden Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie eines Firmenbuchauszuges über die gegründete OG/GmbH mindestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG/GmbH;
- d) die rechtsverbindliche Erklärung beider Vertragsärzte, dass ihre jeweiligen kurativen Einzelverträge für die Dauer des Einzelvertrages mit der OG/GmbH ruhen;
- e) die Zustimmung des Versicherungsträgers und der Kammer zur Gründung der ZLP und zur Vergabe des Einzelvertrages an die OG/GmbH. 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/GmbH 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/GmbH mindestens 4 Monate vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG/GmbH. Für die Antragstellung genügt die rechtsverbindliche Absichtserklärung, eine OG/GmbH zu gründen;

d) die Vorlage des von beiden Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie eines Firmenbuchauszuges über die gegründete OG/GmbH mindestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG/GmbH;

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

a) die Gründung einer OG/GmbH durch den Einzelvertragsinhaber (SP) und den JP;

b) Dem Versicherungsträger sowie der Kammer steht ein Einspruchsrecht gegen die geplante Aufnahme des JP in die JSP zu, sofern Gründe für die Vertrauensunwürdigkeit des JP bestehen. Die Vertrauensunwürdigkeit kann sich insbesondere auch aus nachweislich vorliegenden groben Problemen im bisherigen Verhältnis zwischen dem JP und seinen Patienten bzw. dem JP und einem Krankenversicherungsträger (z.B. aus einem VU-Vertrag, Rezeptrecht oder einer wahlärztlichen Tätigkeit) ergeben. Der Einspruch ist dem Antragsteller sowie der Kammer bzw. dem Versicherungsträger schriftlich zur Kenntnis zu bringen;

c) einen Antrag des SP auf Gründung einer JSP und Abschluss eines Einzelvertrages mit der OG/GmbH mindestens 3 Monate vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG/GmbH 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;

d) die Vorlage des von beiden Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie eines Firmenbuchauszuges über die gegründete OG/GmbH mindestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG/GmbH;

e) die rechtsverbindliche Erklärung des SP, dass sein kurativer Einzelverträge für die Dauer des Einzelvertrages mit der OG/GmbH ruht;

f) die Zustimmung des Versicherungsträgers und der Kammer zur Vergabe des Einzelvertrages an die OG/GmbH. 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/GmbH mindestens 4 Monate vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG/GmbH;

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 70. Lebensjahr vollendet;

e) die rechtsverbindliche Erklärung des SP, dass sein kurativer Einzelvertrag für die Dauer des Einzelvertrages mit der OG/GmbH 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/GmbH zu gründen;

g) nach Gründung der OG/GmbH die Vorlage des von beiden Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie eines Firmenbuchauszuges über die gegründete OG/GmbH mindestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages der OG/GmbH.

(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/GmbH begründet.

(2) Durch den Einzelvertrag mit der OG/GmbH 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/GmbH) 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 zugrundezulegen; 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 Ordinationstätte

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationstätte 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 Stempiglie 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 40 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 40 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 40 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 verlaublichen. 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 ausgefähig 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 Diensteinteilung 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 Diensteinteilung zu verständigen. Die Verständigung von der Diensteinteilung hat auch die Dienstzeiten der zum Dienst eingeteilten 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 Vertrags-

facharzt 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 Kriegsopferversorgungsgesetzes, 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 ge-

eignete 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 beigesezte 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 ge-

stellten 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 Ausgehzeit bewilligen. Diese soll so festgesetzt werden, dass die Besorgung beruflicher Angelegenheiten nicht möglich ist und die Kontrolle des Arbeitsunfähigen durch den Versicherungsträger nicht behindert wird.

§ 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 Kriegsopferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z. B. Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und 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 gestellt 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 werden die Grundvergütungs- und Visitenstaffeln (nicht die Tarife) verdoppelt.

(4) Für die JSP 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 höchste durchschnittliche Jahresfallwert des SP der letzten 3 Jahre vor Gründung der JSP im oder unter dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe im Vergleichszeitraum, erfolgt die Beschränkung mit dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe oder mit dem um 10 % erhöhten durchschnittlichen Fallwert des SP, sofern dies einen höheren Fallwert ergibt.

2. Liegt der höchste durchschnittliche Jahresfallwert des SP der letzten 3 Jahre vor Gründung der JSP über dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe im Vergleichszeitraum, erfolgt die Beschränkung mit dem um 10 % erhöhten höchsten Jahresfallwert des SP.

(5) Im Einzelfall kann die Fallwertbeschränkung bei einem durch die Gesamtvertragsparteien festgestellten Bedarf auf Antrag der JSP und im Einvernehmen der Gesamtvertragsparteien abweichend vereinbart werden.

(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 Fallwertbeschränkung wird ausschließlich im Rahmen der zwischen den Gesamtvertragsparteien vertraglich zu regelnden Honorarerhöhung mit dem für die jeweilige Fachgruppe vereinbarten Honorarerhöhungsprozentsatz zum Zeitpunkt der vertraglich normierten tarifwirksamen Umsetzung der Honorarerhöhung angepasst.

(8) Die Fallwertbeschränkungen gemäß Abs. 4 bis 7 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

lung 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 An-

spruchsberechtigter 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 70. 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/GmbH
- 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 wesentlich 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 der Vertrauensunwürdigkeit im Sinne von § 4 Abs. 4 lit.b) 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 bevollmächtigten Kasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, wird die ärztliche Verrechnung bei der 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 (*Anmerkung: Änderungen gem. 1. Zusatzvereinbarung vom 2.4.2010 mit Wirksamkeit 1.4.2009 sowie gem. 2. Zusatzvereinbarung vom 1.7.2016 mit Wirksamkeit 1.7.2016*) 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.

ÄRZTEKAMMER FÜR BURGENLAND

Der Kurienobmann:

Der Präsident:

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

BURGENLÄNDISCHE GEBIETSKRANKENKASSE

Der Obmann:

Der leitende Angestellte: