

GRUPPENPRAXENGEESAMTVERTRAG

vom 1. Jänner 2011

abgeschlossen gemäß §§ 338, 341 und 342a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955 in der geltenden Fassung sowie gemäß § 66a Abs.1 Z. 1 des Ärztegesetzes, BGBl. I 1998/169 in der geltenden Fassung zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte, einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband) für die im § 2 genannten Krankenversicherungsträger andererseits.

Präambel

Der Gruppenpraxengesamtvertrag regelt das Verfahren zum Abschluss von Gruppenpraxeneinzelverträgen, die Rechte und Pflichten von Vertragsgruppenpraxen und Gesellschaftern von Vertragsgruppenpraxen sowie die Beziehungen der Parteien des Gruppenpraxengesamtvertrages und die Beziehungen der Parteien des Gruppenpraxeneinzelvertrages zueinander.

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

§ 1 Definitionen

- (1) **Parteien des Gruppenpraxengesamtvertrages** sind die Kammer einerseits und alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger andererseits.
- (2) **Parteien des Gruppenpraxeneinzelvertrages** sind die Vertragsgruppenpraxis einerseits und alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger andererseits.
- (3) Der Terminus **Versicherungsträger** bezeichnet im Folgenden alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger.
- (4) Der Terminus **Kammer** bezeichnet im Folgenden die Ärztekammer für Wien.
- (5) Der Terminus **Kasse** bezeichnet im Folgenden die Wiener Gebietskrankenkasse.
- (6) Der Terminus **Anspruchsberechtigte** bezeichnet im Folgenden Versicherte der Versicherungsträger und deren anspruchsberechtigte Angehörige.
- (7) Der Terminus **Vertragsarzt** bezeichnet im Folgenden einen niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt, der mit den Versicherungsträgern einen Einzelvertrag im Sinne der Bestimmungen des zwischen dem Hauptverband und der Kammer für die Versicherungsträger abgeschlossenen Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 abgeschlossen hat.

(8) Der Terminus **Vertragsgruppenpraxis** bezeichnet im Folgenden eine in Form einer der in § 52a Abs. 1 Ärztegesetz genannten Rechtsformen (Ärzte OG, Ärzte GmbH) betriebene Gruppenpraxis, die mit den Versicherungsträgern nach den gesetzlichen Vorgaben einen Gruppenpraxeneinzelvertrag im Sinne der Bestimmungen dieses Gesamtvertrages abgeschlossen hat.

(9) Der Terminus **Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis** bezeichnet einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt, der Teilhaber (ärztlicher Gesellschafter) einer Vertragsgruppenpraxis ist.

(10) Der Terminus **fachgleiche** (monocolore) Vertragsgruppenpraxis bezeichnet Gruppenpraxen, deren Gesellschafter demselben Fachgebiet angehören; der Terminus **fachunterschiedliche** (multicolore) Vertragsgruppenpraxis bezeichnet Gruppenpraxen, deren Gesellschafter unterschiedlichen Fachgebieten angehören.

(11) Der Terminus **Invertragnahmeausschuss** bezeichnet ein aus Vertretern von Kammer und Kasse zusammengesetztes Gremium, welches sich mit der Vergabe von Stellen und der Reihung von Bewerbern befasst.

§ 2 Geltungsbereich

Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen.

1. Wiener Gebietskrankenkasse
2. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
3. Betriebskrankenkasse Austria Tabak
4. Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
5. Betriebskrankenkasse Mondi
6. Sozialversicherungsanstalt der Bauern

§ 3 Bevollmächtigung

(1) Die Versicherungsträger bevollmächtigen die Kasse, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsgruppenpraxen bzw. den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxen in allen Angelegenheiten betreffend die Durchführung dieses Gruppenpraxengesamtvertrages und der Gruppenpraxeneinzelverträge zu vertreten. Dazu gehört die Entgegennahme des den Gruppenpraxengesamtvertrag und die Gruppenpraxeneinzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen. Die Kasse ist berechtigt, die den Versicherungsträgern in diesem Gruppenpraxengesamtvertrag eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber der Kammer und den Vertragsgruppenpraxen bzw. den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxen geltend zu machen; insbesondere wird der Kasse das Recht eingeräumt, Gruppenpraxeneinzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen und aufzukündigen sowie Schiedsverfahren in allen den Gruppenpraxeneinzelvertrag und den Gruppenpraxengesamtvertrag betreffenden Streitigkeiten für alle beteiligten Versicherungsträger zu führen.

(2) Wird die gemäß Abs. 1 erteilte Vollmacht von einem Versicherungsträger abgeändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer und der Kasse unverzüglich schriftlich 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.

§ 4

Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsgruppenpraxen

(1) Die Zahl der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin beträgt 880.

(2) Die Zahl der Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Zahnärzte) einschließlich der Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik (Vertragslaboratorien) sowie der Vertragsfachärzte für Pathologie beträgt 970.

(3) Wird die vertragsärztliche Tätigkeit in der Form einer Vertragsgruppenpraxis ausgeübt, so verringert sich die Anzahl der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte jeweils um die Anzahl der Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen.

(4) Die Anzahl der Vertragsärzte, mit denen die Kasse Einzelverträge gemäß den Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 und die Anzahl der Gesellschafter aller Vertragsgruppenpraxen, mit denen die Kasse Gruppenpraxeneinzelverträge gemäß den Bestimmungen dieses Gruppenpraxengesamtvertrages abgeschlossen hat, darf insgesamt die in Abs. 1 und 2 genannten Kopffzahlen nicht übersteigen.

(5) Die örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse festgesetzt.

(6) Dabei ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der 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 bzw. Vertragsgruppenpraxen freigestellt sein.

(7) Wird ein Einvernehmen über die örtliche Verteilung der Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen sowie über die beantragte Abänderung der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.

(8) Beabsichtigt die Kasse zusätzliche Verträge mit sonstigen Einrichtungen abzuschließen, die Leistungen von Vertragsgruppenpraxen anbieten, so hat sie die Kammer im Vorhinein zu informieren.

(9) Verträge mit Anbietern für radiologische Leistungen wird die Kasse bis zum erfolgreichen Abschluss der Umstrukturierungen im Bereich der Fachgruppe Radiologie, maximal jedoch bis zum 31. Dezember 2020 nur im Einvernehmen mit der Kammer abschließen.

§ 5

Neugründung einer Gruppenpraxis durch Zusammenschluss von Vertragsärzten bzw. von Vertragsgruppenpraxen (Fusionspraxis)

- (1) Beabsichtigen zwei oder mehrere Vertragsärzte bzw. ein Vertragsarzt und eine Vertragsgruppenpraxis bzw. zwei oder mehrere Vertragsgruppenpraxen die Gründung einer Gruppenpraxis, haben sie dies bei der Kasse auf dem Weg über die Kammer mittels des im Einvernehmen von Kammer und Kasse erstellten Formblattes zu beantragen.
- (2) Nach Zustimmung des Invertragnahmeausschusses über den Antrag wird der Antragssteller auf dem Weg über die Kammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.
- (3) Die Bestimmungen des Ärztegesetzes in der jeweils geltenden Fassung sind für die Gründung von Gruppenpraxen zu berücksichtigen.
- (4) Der Abschluss des Gruppenpraxeneinzelvertrages erfolgt nach der Eintragung in die Ärzteliste. Bisher bestehende Einzelvertragsverhältnisse bzw. Gruppenpraxeneinzelverträge zu den Versicherungsträgern von Ärzten, die nun Gesellschafter der neuen Vertragsgruppenpraxis sind, treten mit dem Datum des Inkrafttretens des Gruppenpraxeneinzelvertrages außer Kraft.

§ 6

Neugründung einer Gruppenpraxis durch Erweiterung einer Einzelpraxis (Upgrading einer Einzelpraxis)

- (1) Beabsichtigt ein Vertragsarzt die Gründung einer Gruppenpraxis, hat er dies bei der Kasse auf dem Weg über die Kammer mittels des im Einvernehmen von Kammer und Kasse erstellten Formblattes zu beantragen.
- (2) Nach Zustimmung des Invertragnahmeausschusses über den Antrag wird der Antragssteller auf dem Weg über die Kammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.
- (3) Sofern eine Gruppenpraxis vom Invertragnahmeauschuss befürwortet und eine konkrete Stelle für die Erweiterung ermittelt wurde, ist der Gruppenpraxenanteil binnen einer Frist von 18 Monaten (gerechnet vom Datum der Sitzung des Invertragnahmeausschusses) auszuschreiben. Diese Frist kann auf Antrag erforderlichenfalls im Einvernehmen von Kammer und Kasse verlängert werden.
- (4) Für Reihung und Auswahl der Bewerber gilt § 9.
- (5) Die Bestimmungen des Ärztegesetzes in der jeweils geltenden Fassung sind für die Gründung von Gruppenpraxen zu berücksichtigen.
- (6) Der Abschluss des Gruppenpraxeneinzelvertrages erfolgt nach der Eintragung in die Ärzteliste. Bisher bestehende Einzelvertragsverhältnisse bzw. Gruppenpraxeneinzelverträge zu den Versicherungsträgern von Ärzten, die nun Gesellschafter der neuen Vertragsgruppenpraxis sind, treten mit dem Datum des Inkrafttretens des Gruppenpraxeneinzelvertrages außer Kraft.

§ 7
Erweiterung einer bestehenden Gruppenpraxis
(Upgrading einer Vertragsgruppenpraxis)

- (1) Beabsichtigt eine Vertragsgruppenpraxis die Aufnahme weiterer Gesellschafter, hat sie dies bei der Kasse auf dem Weg über die Kammer mittels des im Einvernehmen von Kammer und Kasse erstellten Formblattes zu beantragen.
- (2) Nach Zustimmung des Invertragnahmeausschusses über den Antrag wird der Antragssteller auf dem Weg über die Kammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.
- (3) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 4 und 6.

§ 8
Neugründung einer Gruppenpraxis durch Nichtvertragsärzte
(originäre Vertragsgruppenpraxis)

- (1) Kommen Kasse und Kammer in der Sitzung des Invertragnahmeausschusses überein, aus versorgungstechnischen Gründen ein bestimmtes Versorgungsgebiet zum Standort einer künftig zu gründenden Gruppenpraxis zu bestimmen, ist die Gruppenpraxis auszuschreiben.
- (2) Bei der Auswahl der Vertragsgruppenpraxis sind die sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärzte als Team zu bewerten. Eine Bewerbung eines Arztes in mehreren Teams für ein und dieselbe ausgeschriebene Stelle ist unzulässig.
- (3) Für Reihung und Auswahl der Bewerber gilt § 9.
- (4) Der konkrete Ordinationsstandort in der zu versorgenden Region ist auf Vorschlag des bestgereihten Bewerberteams von Kammer und Kasse zu genehmigen.
- (5) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 4 bis 6.

§ 9
Reihung der Bewerber

- (1) Für die Reihung der Bewerber um einen zwecks Erweiterung einer Einzelpraxis ausgeschriebenen Gruppenpraxenanteil gemäß § 6 sowie um Aufnahme in eine bereits bestehende Gruppenpraxis gemäß § 7 sowie bei Ausschreibung einer Gruppenpraxis gemäß § 8 sowie bei Gesellschafterwechsel gemäß § 11 sind die Richtlinien zur Auswahl und Invertragnahme von Gesellschaftern von Gruppenpraxen (Anlage 2) maßgeblich, soweit nicht im Folgenden etwas anderes bestimmt wird.
- (2) Den Gesellschaftern einer bestehenden Vertragsgruppenpraxis bzw. dem Vertragsarzt, der um Erweiterung seiner Stelle auf eine Gruppenpraxis angesucht hat, sind die Namen der ersten fünf gereihten Bewerber bekannt zu geben, die zumindest 75 % der Punkteanzahl des Erstgereihten erreicht haben. Sollte kein Bewerber 75 % erreichen, so besteht das Auswahlrecht innerhalb jener Bewerber, die zumindest 60 % der Punktezahl des Erstgereihten erreicht haben.
- (3) Kommt zwischen der Vertragsgruppenpraxis bzw. dem Vertragsarzt eine Einigung mit einem der auf diese Art bekannt gegebenen Bewerber nicht zu Stande, so ist eine neuerliche Ausschreibung des Gruppenpraxenanteiles erst nach Ablauf eines Jahres ab der bereits erfolgten Ausschreibung möglich.

§ 10 Einzelvertragsverhältnis

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen den Versicherungsträgern und der Gruppenpraxis wird durch den Abschluss eines Gruppenpraxeneinzelvertrages begründet. Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen der Gruppenpraxis und den Versicherungsträgern ist der in Anlage 3 beigefügte Gruppenpraxenmustereinzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser ist ein Bestandteil dieses Gruppenpraxengesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Gruppenpraxenmustereinzelvertrag können von den Versicherungsträgern mit der Vertragsgruppenpraxis nur im Einvernehmen von Kammer und Kasse vereinbart werden.
- (2) Der Gruppenpraxeneinzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.
- (3) Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien des Gruppenpraxeneinzelvertrages ergeben sich aus dem Gruppenpraxeneinzelvertrag, dem Gruppenpraxengesamtvertrag sowie den Zusatzvereinbarungen zum Gruppenpraxengesamtvertrag.
- (4) Ein Wechsel der Rechtsform nach Maßgabe der für Gruppenpraxen zugelassenen Rechtsformen ist für alle Vertragsgruppenpraxen jederzeit möglich. Der Wechsel ist der Kasse schriftlich bekanntzugeben.
- (5) Der Gruppenpraxeneinzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Befristungen können von den Versicherungsträgern mit der Vertragsgruppenpraxis im Einvernehmen mit der Kammer in besonderen Fällen vereinbart werden. Das Vertragsverhältnis beginnt mit der Eintragung der Gruppenpraxis in die Ärzteliste.
- (6) Die Kasse wird der Kammer eine Abschrift des Gruppenpraxeneinzelvertrages zur Verfügung stellen.

§ 11 Wechsel der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis

- (1) Beabsichtigt eine bestehende Vertragsgruppenpraxis den Wechsel eines oder mehrerer Gesellschafter, ist der Kasse dies auf dem Weg über die Kammer bekannt zu geben.
- (2) Nach einvernehmlicher Entscheidung von Kammer und Kasse über den Antrag wird die Vertragsgruppenpraxis auf dem Weg über die Kammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.
- (3) Sofern der Wechsel befürwortet wird, ist der Gruppenpraxenanteil binnen einer Frist von 18 Monaten (gerechnet vom Datum der Sitzung des Invertragnahmeausschusses) auszuschreiben. Die Frist kann auf Antrag erforderlichenfalls im Einvernehmen von Kammer und Kasse verlängert werden.
- (4) Für Reihung und Auswahl der Bewerber gilt § 9.
- (5) Der neuerliche Abschluss eines Gruppenpraxeneinzelvertrages erfolgt mit der Eintragung in die Ärzteliste.
- (6) Für Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen, die vor dem 1. Jänner 1938 geboren sind, kommt der Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG mit dem 31. Dezember 2016 zur Anwendung.

(7) Für Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen, die nach dem oder am 1. Jänner 1938 geboren sind, kommt der Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG mit dem 31. Dezember 2018 bzw. ab dem 1. Jänner 2019 mit dem Erreichen des 70. Lebensjahres zur Anwendung.

(8) Über Antrag der Vertragsgruppenpraxis gemäß Abs. 6 und 7 können mögliche Ausnahmen vom Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse vereinbart werden.

(8a) Betrifft das Ausscheiden eines Gesellschafters aus Altersgründen eine Vertragsgruppenpraxis mit nur zwei Gesellschaftern und ist ein Gesellschafterwechsel vor dem Zeitpunkt des Eintretens des Endigungsgrundes zeitlich nicht mehr umsetzbar, ist für versorgungswirksame Gruppenpraxen eine Ausnahmeregelung gemäß Absatz 8 einmalig durch Verlängerung der Vertragstätigkeit über das 70. Lebensjahr hinaus für einen befristeten Zeitraum von maximal drei Jahren zulässig, wenn der Gruppenpraxisanteil zeitgerecht, spätestens sechs Monate vor Eintritt des Endigungsgrundes, zur Ausschreibung gebracht wurde und entweder

a) die Ausschreibung ohne Bewerber blieb oder

b) die Ausschreibung maximal zwei Bewerber hervorbrachte, mit denen jedoch keine zeitgerechte Einigung für den Gesellschafterwechsel erzielt werden konnte.

Von einer versorgungswirksamen Gruppenpraxis ist dann auszugehen, wenn diese zumindest die 1,5-fache Anzahl der in der jeweiligen Fachgruppe bestehende durchschnittliche Anzahl an Patientenbetreuung (gemessen an der durchschnittlichen kurativen Fallzahl der Einzelordination des gleichen Fachgebiets des vorangegangenen Kalenderjahres) erfüllt.

(9) Für den Fall des Ausscheidens eines Gesellschafters aus Altersgründen kommen die Bestimmungen über den Gesellschafterwechsel zur Anwendung.

§ 12

Reduktion der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Beabsichtigt eine bestehende Vertragsgruppenpraxis, die Anzahl der Gesellschafter zu reduzieren, ist der Kasse dies auf dem Weg über die Kammer bekannt zu geben.

(2) Nach Zustimmung des Invertragnahmeausschusses über den Antrag wird die Vertragsgruppenpraxis auf dem Weg über die Kammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.

(3) Wird der Antrag befürwortet, entscheiden Kammer und Kasse einvernehmlich, wie die durch die Reduktion frei gewordenen Stellenanteile weiterhin verwendet werden sollen.

§ 13

Tod bzw. Ausscheiden eines Gesellschafters

(1) Im Falle des Ablebens oder Ausscheidens eines der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, die nur aus zwei Gesellschaftern besteht, erlischt der Gruppenpraxeneinzelvertrag mit dem Zeitpunkt des Ablebens bzw. des Ausscheidens.

(2) Kammer und Kasse haben innerhalb einer Frist von drei Quartalen Einvernehmen darüber herzustellen, ob der Standort weiterhin als Gruppenpraxis oder in Form einer Einzelordination zu betreiben ist, wobei dem verbliebenen ehemaligen Gesellschafter ein Mitspracherecht zukommt.

(3) Wird die Fortsetzung der Betreibung des Standortes als Gruppenpraxis einvernehmlich beschlossen, ist der Gruppenpraxisanteil binnen einer Frist von 18 Monaten (gerechnet vom Datum der Sitzung des Invertragnahmeausschusses) auszuschreiben. Die Frist kann auf Antrag erforderlichenfalls im Einvernehmen von Kammer und Kasse verlängert werden.

(4) Besteht Einvernehmen darüber, dass der Standort nicht als Gruppenpraxis weiter betrieben werden kann, hat der verbliebene ehemalige Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis grundsätzlich das Recht auf Abschluss eines Einzelvertrages.

(4a) Das Recht auf Abschluss eines Einzelvertrags gemäß Absatz 4 besteht grundsätzlich nur in jenen Fällen, in denen der verbliebene Gesellschafter zumindest zwei Jahre Gesellschafter dieser Gruppenpraxis gewesen ist. Ausnahmen davon können von Kammer und Kasse nur im Falle des Ablebens des anderen Gesellschafters oder bei besonders berücksichtigungswürdigen Fällen getroffen werden.

§ 14

Auflösung einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Eine bestehende Vertragsgruppenpraxis kann auf Antrag aller Gesellschafter und mit Zustimmung im Einvernehmen von Kammer und Kasse aufgelöst werden, sofern ihr Fortbestand aus versorgungstechnischen Gründen nicht mehr erforderlich ist.

(2) Die Mitnahme der Stelle eines oder aller ehemaliger Gesellschafter bedarf der Zustimmung von Kammer und Kasse, wobei den ehemaligen Gesellschaftern ein Mitspracherecht zukommt.

(3) Im Falle der Zustimmung haben die ehemaligen Gesellschafter das Recht auf Abschluss eines Einzelvertrages gemäß Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011.

§ 14a

Strukturtopf

(1) Sollte bei einer Gruppenpraxis ein zu § 5 Abs. 1 des Gesamtvertrages vom 01.01.2011 vergleichbarer Fall eintreten und der Standort als Vertragsordination beendet werden, können im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse Mittel aus dem Strukturtopf gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 01.01.2011 zur Verfügung gestellt werden.

(2) Zur Förderung der Übernahme bzw. Gründung von Vertragsgruppen- bzw. Vertragsfachgruppenpraxen sowohl durch Ärztinnen/Ärzte für Kinder- Jugendheilkunde, als auch in 1100 Wien durch Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, wird im Rahmen eines bis 31. Dezember 2020 befristeten Pilotprojektes an Gesellschafterinnen/Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen bzw. Ärztinnen/Ärzte, deren Vertragsverhältnis ab dem 1. Jänner 2019 in Kraft tritt, im Anschluss an den Beginn der Vertragstätigkeit und die Eröffnung der Ordination ein personenbezogener Standortförderungsbetrag in der Höhe von 44.000,00 Euro ausbezahlt.

Endet das Vertragsverhältnis vor Ablauf von 16 Quartalen (gerechnet ab dem Datum der Invertragnahme) infolge Kündigung durch den Gesellschafter der Gruppenpraxis oder infolge von Kündigung durch die Kasse oder infolge von Auflösung des Vertragsverhältnisses gemäß § 343 Abs. 2 Z. 3 bis 6 und Z. 8 ASVG, ist der Förderungsbetrag zurückzuzahlen und fließt wieder in den Strukturtopf gemäß § 14a des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.

(2a) An Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin kann darüber hinaus eine Förderung für einzelne Stellenausschreibungen, welche im IVA anhand von sozioökonomischen Kriterien gemeinsam festgelegt werden, bei der Ordinationsgründung vergeben werden. Die Anwendung der Kriterien und die Begründung für die Förderung, werden im IVA-Beschluss jeweils angeführt.

(2b) Für maximal insgesamt drei im Jahr 2018 ausgeschriebene Stellen für Kinder- und Jugendheilkunde (Einzelordinationen und Gesellschafteranteile von Gruppenpraxen), die zu ab dem 1. Jänner 2019 gültigen Vertragsabschlüssen führen, wird der Förderbetrag von der Kasse auch

dann ausbezahlt, wenn keine Cofinanzierungsvereinbarung mit der Stadt Wien abgeschlossen wird.

§ 15

Beendigung des Gruppenpraxeneinzelvertragsverhältnisses

Der Gruppenpraxeneinzelvertrag kann nur nach den jeweils geltenden Bestimmungen des ASVG sowie des Gruppenpraxengesamtvertrages beendet werden.

§ 16

Standort/Wechsel des Standortes

(1) Berufssitz und Standort der Vertragsgruppenpraxis befinden sich an der im Gruppenpraxeneinzelvertrag genannten Adresse. Die Vertragsgruppenpraxis darf gemäß § 52a Abs. 4 Ärztegesetz weitere Standorte nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Kasse betreiben.

(2) Der Betrieb von Zweitordinationen von Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis ist zulässig. Sofern nicht im Weiteren etwas anderes bestimmt ist, besteht bei Inanspruchnahme der Zweitordination von Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis kein Anspruch auf Kostenerstattung durch Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger. Die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigten entsprechend zu informieren.

(3) Der Betrieb von Zweitordinationen der Gesellschafter mit Abrechnungsmöglichkeit ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Kasse zulässig.

(4) Beabsichtigt die Vertragsgruppenpraxis, einen weiteren Standort zu betreiben oder den vertraglich vereinbarten Standort zu wechseln, hat sie dies der Kasse auf dem Weg über die Kammer schriftlich mitzuteilen und zugleich die Adresse des weiteren Standortes bzw. den gewählten neuen Standort anzugeben. Der Betrieb des neuen oder eines weiteren Standortes ist nur mit schriftlicher Zustimmung des Invertragnahmeausschusses zulässig. Verweigert der Invertragnahmeausschuss die Zustimmung, hat die Vertragsgruppenpraxis die Möglichkeit, einen Antrag an die paritätische Schiedskommission zu stellen.

(5) Eröffnet die Vertragsgruppenpraxis einen weiteren Standort bzw. wird der Standort der Vertragsgruppenpraxis verlegt, ohne dass eine schriftliche Zustimmung des Invertragnahmeausschusses oder eine für die Vertragsgruppenpraxis positive rechtskräftige Entscheidung einer Schiedskommission vorliegt, erlischt der Gruppenpraxeneinzelvertrag mit dem Datum der Schließung des im Gruppenpraxeneinzelvertrag festgelegten Standortes.

(6) Abs. 3 bis 5 gilt sinngemäß, sofern der Standort einer mit Zustimmung des Invertragnahmeausschusses betriebenen Zweitordination eines Gesellschafter mit Abrechnungsmöglichkeit gewechselt werden soll.

(7) Abs. 5 gilt sinngemäß, sofern der Standort einer mit Zustimmung der Kasse betriebenen Zweitordination eines Gesellschafter mit Abrechnungsmöglichkeit ohne Zustimmung der Kasse gewechselt wird.

(8) Der Standort der Vertragsgruppenpraxis ist Berufssitz der Gesellschafter.

§ 17

Behindertengerechte Ordination

Die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind für die barrierefreie Ausrichtung ihrer Ordinationsstätte im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Reglementierungen verantwortlich.

§ 18 Ordinationszeiten

(1) Die wöchentliche Mindestordinationszeit für fachgleiche Vertragsgruppenpraxen, der zwei Gesellschafter angehören, beträgt grundsätzlich 30 Wochenstunden verteilt auf fünf Wochentage. Ab einem dritten Gesellschafter ist eine Mindestöffnungszeit von 40 Wochenstunden, ebenfalls verteilt auf fünf Wochentage, vorzusehen. Für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird eine Mindestordinationszeit von 37 Wochenstunden, in den Monaten Juli und August von 26 Wochenstunden festgeschrieben. Die Vertragsgruppenpraxis ist an 52 Wochen im Jahr geöffnet.“

(2) Die Öffnungszeiten der Vertragsgruppenpraxis haben folgende Zeitblöcke zu umfassen:

Jedenfalls

- eine Abendordination ab 17:00 Uhr, mindestens 3h oder zwei Abendordinationen bis 19:00 Uhr und
- eine Nachmittagsordination ab 13:00 Uhr, mindestens 3h

Sowie zusätzlich wahlweise

- eine weitere Abendordination ab 16:00 Uhr, mindestens 3h oder
- eine Frühordination ab 7:00 Uhr, mindestens 3h

Die genauen Öffnungszeiten sind im Gruppenpraxeneinzelvertrag festzulegen, wobei auf die regionalen Bedürfnisse der Anspruchsberechtigten - insbesondere auf die Bedürfnisse werktätiger Anspruchsberechtigter - Rücksicht zu nehmen ist.

(3) Im Sinne größtmöglicher Effizienz für Patienten und Vertragspartner sind die Öffnungszeiten möglichst patientenfreundlich zu gestalten. Die Vertragsgruppenpraxis wird sich zudem auch um die Einrichtung eines Terminmanagements bemühen, soweit dies den Interessen der Anspruchsberechtigten entgegenkommt und dies im täglichen Praxisablauf sinnvoll und möglich ist.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis hat nach Möglichkeit die der Kasse bekannt gegebenen Ordinationszeiten einzuhalten.

(5) Änderungen der Ordinationszeiten der Vertragsgruppenpraxis sind der Kasse bekannt zu geben. Die Zustimmung der Kasse zu den geänderten Ordinationszeiten gilt als erteilt, wenn die Kasse nicht binnen vier Wochen dagegen Einspruch erhebt.

(6) Erfolgt zwischen der Vertragsgruppenpraxis und der Kasse keine Einigung über die Ordinationszeiten der Vertragsgruppenpraxis, können die Vertragsgruppenpraxis und die Kasse jeweils Anträge auf Entscheidung an die paritätische Schiedskommission richten.

(7) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie zB bei Erster Hilfeleistung) haben die Betreiber einer Vertragsgruppenpraxis auch außerhalb der Ordinationszeiten der Vertragsgruppenpraxis ärztliche Hilfe zu leisten.

(8) Für die Anspruchsberechtigten muss die übliche Ordinationszeit der einzelnen Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis transparent sein.

(9) Bei fachungleichen Vertragsgruppenpraxen sind pro Gesellschafter und Fachgebiet mindestens 20 Wochenstunden vorzusehen.

(10) Vertragsgruppenpraxen, deren Vertragsbeginn der 1. Jänner 2011 ist oder nach diesem Datum liegt, sind zur sofortigen Umsetzung der Ordinationszeiten gemäß Abs. 2 verpflichtet. Für Vertragsgruppenpraxen, deren Vertragsbeginn vor dem 1. Jänner 2011 liegt, gilt für die Umsetzung der Ordinationszeiten gemäß Abs. 2 eine Übergangszeit bis 30. Juni 2012.

(11) Muss die Vertragsgruppenpraxis die Ordination aus wichtigen Gründen (z.B. erforderliche und dringliche Umbauarbeiten sowie EDV-Umstellungen) und/oder auf Grund eines unvorhergesehenen und/oder unabwendbaren Ereignisses (z.B. Wasserrohrbruch, technische Gebrechen) kurzfristig schließen, hat die Vertragsgruppenpraxis dies Kammer und Kasse so rasch wie möglich auf kurzem Weg (telefonisch, per Fax oder E-Mail) unter Angabe der voraussichtlichen Dauer (maximal eine Kalenderwoche (=7 Kalendertage) bekannt zu geben.

(12) Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, für bis zu drei Kalendermonate im Kalenderjahr die Ordinationszeiten um bis zu fünf Stunden zu reduzieren und im Gegenzug in drei anderen Kalendermonaten desselben Kalenderjahres um zumindest die gleiche Stundenanzahl zu erhöhen. Liegt die vertraglich gemeldete Ordinationszeit um 10 oder mehr Stunden über der gesamtvertraglichen Mindestöffnungszeit, entfällt die Verpflichtung zur Erhöhung der Anzahl an reduzierten Stunden. Diese Möglichkeit ist von der Vertragsgruppenpraxis jeweils bis zum 15. Dezember des vorangehenden Kalenderjahres im Weg über die Kammer an die Kasse zu melden.

(13) Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, die Ordinationsöffnungszeiten für maximal vier Wochen im Kalenderjahr auf 20 oder eine darüberliegende Anzahl an Wochenstunden zu reduzieren, jedoch nicht zu saisonalen Spitzenzeiten. Diese Möglichkeit ist von der Vertragsgruppenpraxis drei Monate vor Inanspruchnahme im Weg über die Ärztekammer für Wien an die Wiener Gebietskrankenkasse zu melden. Die Kasse hat im Hinblick auf die Berücksichtigung der saisonalen Spitzenzeiten ein Einspruchsrecht, welches diese binnen 14 Tagen nach Einlangen der Meldung bei der Kasse geltend zu machen hat.

§ 19

Nebentätigkeiten der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Angestellte Ärzte eines Versicherungsträgers dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis ihres Versicherungsträgers sein. Auch die Tätigkeit als Vertreter eines Vertragsarztes bzw. in einer Vertragsgruppenpraxis ist untersagt, sofern der Vorstand des Versicherungsträgers, bei dem der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis angestellt ist, nicht ausdrücklich zugestimmt hat.

(2) Während ihrer Tätigkeit als Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis dürfen Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis nicht in einem Vertragsverhältnis zu einer Betten führenden Krankenanstalt stehen, durch das sie sich zu einer regelmäßigen Erbringung ärztlicher Leistungen für die Krankenanstalt verpflichten. Tätigkeiten als Belegarzt sind davon, sofern sie die Tätigkeit in der Gruppenpraxis nicht beeinträchtigen, nicht betroffen.

(3) Konsiliare Tätigkeiten sowie vertraglich vereinbarte regelmäßige Nebentätigkeiten in Krankenanstalten sind Kammer und Kasse zu melden und dürfen von den Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis, sofern sie ein durchschnittliches Ausmaß von 10 Wochenstunden überschreiten, nur mit Zustimmung von Kammer und Kasse ausgeübt werden.

(4) Verstößt ein Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis wiederholt und trotz begründeter Mahnungen gegen diese Bestimmungen, können Kammer und Kasse schriftlich das Ausscheiden des Betreffenden aus der Vertragsgruppenpraxis binnen einer Frist von drei Monaten verlangen. Wird von den übrigen Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis das Ausscheiden des Betreffenden innerhalb dieser Frist nicht veranlasst bzw. nicht eine Klage auf Ausschluss des Gesellschafters erhoben, so erlischt der Gruppenpraxeneinzelvertrag mit Ablauf der Frist.

(5) Die Bestimmungen der Abs. 2 bis 3 gelten nicht für Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen, die bereits vor dem 1. Jänner 2001 in einem Einzelvertragsverhältnis mit der Kasse gestanden sind.

(6) Karenzierungen gegen Entfall der Bezüge gelten nicht als Vertragsverhältnis gemäß Absatz 2 oder als konsiliare Tätigkeit oder Nebentätigkeit gemäß Absatz 3.

(7) Konsiliaren Tätigkeiten und Nebentätigkeiten gemäß Absatz 3, die über ein Ausmaß von 10 Wochenstunden hinausgehen, kann von Kammer und Kasse zugestimmt werden, sofern die einzelvertraglich vereinbarten Ordinationszeiten mindestens 25 Wochenstunden betragen.

§ 20

Organisation einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Eine Vertragsgruppenpraxis im Sinne dieses Gruppenpraxengesamtvertrages darf nicht die Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums gemäß § 2 Abs. 1 Ziff. 5 KAKuG aufweisen.

(2) Der Gruppenpraxis dürfen als Gesellschafter nur zur selbständigen Berufsausübung berechnigte Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Fachärzte angehören.

(3) Die Anzahl der in der Vertragsgruppenpraxis tätigen Hilfspersonen ist gemäß den Bestimmungen von § 52c Abs. 3 Ziff. 8 Ärztegesetz zu beschränken.

(4) Die Anzahl der Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen im Fachbereich Radiologie muss bis 2020 mindestens 3 und maximal 5 betragen. In Ausnahmefällen können Kammer und Kasse einvernehmlich über die Anzahl von 5 Gesellschaftern hinausgehen.

(5) Die Anstellung von Gesellschaftern und anderen (Fach)Ärzten durch die Vertragsgruppenpraxis ist unzulässig darüber hinaus ist § 52a Ärztegesetz zu berücksichtigen.

(6) Ein neu eintretender Gesellschafter hat bei Eintritt in die Gesellschaft einen Mindestanteil von 10 % an der Gesellschaft zu halten. Gleiches gilt für den Zusammenschluss zweier bestehender Vertragsarztstellen (Fusion). Sofern eine Gruppenpraxis über mehr als fünf Gesellschafter verfügt, kommt diese Regelung nicht zur Anwendung.

(7) Die Gesellschafter haben im Gesellschaftsvertrag tunlichst darauf zu achten, dass im Laufe eines Zeitrahmens von 5-10 Jahren die Gesellschaftsanteile an der Gesellschaft auf Wunsch des neu eintretenden Gesellschafters aliquot gemäß der Anzahl der Gesellschafter verteilt werden.

§ 21

Ärztliche Behandlung

(1) Die Verrechnungsberechtigung für Behandlungen der Vertragsgruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als Gesellschafter beteiligten Ärzte sowie aus den Bestimmungen des mit den Versicherungsträgern abgeschlossenen Gruppenpraxeneinzelvertrages sowie jenen des Gruppenpraxengesamtvertrages.

(2) Jeder der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Vertragsgruppenpraxis verpflichtet.

(3) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis nach den Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages und des Gruppenpraxeneinzelvertrages. Die ärztliche Tätigkeit ist durch die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis persönlich oder ihre ordnungsgemäß bestellten Vertreter (§ 24) auszuüben. Es bleibt den Gesellschaftern eigenverantwortlich überlassen, im Rahmen ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit einzelne Leistungen anderen Berufsgruppen entsprechend deren Berufsgesetze zu übertragen, sofern diese über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen und diese Leistungen mit der Kasse abzurechnen.

(4) Alle ärztlichen Tätigkeiten, die der jeweils behandelnde Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis für Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger erbringt bzw. die Erbringung gemäß Abs. 3 an einen Vertreter anderer entsprechend qualifizierter Berufsgruppen delegiert, gelten als im Namen der Vertragsgruppenpraxis gesetzt und werden vertragsrechtlich der Vertragsgruppenpraxis zugerechnet.

(5) Für die Patienten ist die freie Arztwahl unter den Gesellschaftern derselben Fachrichtung innerhalb der Vertragsgruppenpraxis zu gewährleisten.

(6) Die behandlungsführende Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin hat im Rahmen ihrer Vertragsarztstätigkeit alle für ein effizientes, patientenzentriertes und unbürokratisches Nahtstellenmanagement erforderlichen ärztlichen Koordinierungstätigkeiten wahrzunehmen.

(7) Das Nahtstellenmanagement umfasst alle im Zusammenhang mit einer Spitalseinweisung oder Spitalsentlassung notwendigen ärztlichen Maßnahmen, die unter Beachtung ökonomischer Gesichtspunkte zur Koordinierung medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapiemaßnahmen sowie für einen effizienten Informationstransfer in Bezug auf die weitere ärztliche, therapeutische und pflegerische Betreuung des Patienten erforderlich sind.

(8) Die ärztliche Koordinierungstätigkeit ist formlos nachvollziehbar zu dokumentieren.

(9) Alle ärztlichen Koordinierungsmaßnahmen sind mit dem für die vertragsärztliche Tätigkeit an die Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin ausbezahlten Honorar abgegolten

(10) Zur Optimierung der Behandlungsqualität richtet die Kammer Therapiezyklen ein, deren Inhalte – worunter auch Nahtstellenmanagement sein kann – gemeinsam mit der Kasse festzulegen sind. Vertragsgruppenpraxen, die die Teilnahme an mindestens zwei beziehungsweise drei oder vier Therapiezyklen innerhalb eines Kalenderjahres (d.h. jeweils bis 31. Dezember) nachweisen, erhalten jeweils bei der ersten Akontozahlung für das erste Quartal des nächstfolgenden Rechnungsjahres von der Kasse eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 150,00 Euro je nachgewiesenem Therapiezyklus und je teilnehmenden Gesellschafter. Die Aufwandsentschädigung erfolgt für maximal vier nachweislich besuchte Therapiezyklen jährlich. Die Kammer wird der Kasse die Listen mit eigenhändiger Unterschrift der Teilnehmer übermitteln.

§ 22

Umfang der Krankenbehandlung

(1) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und hat sich an den Richtlinien ökonomischer Krankenbehandlung zu orientieren. Die Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der den Betreibern der Vertragsgruppenpraxis zu Gebote stehenden Hilfsmittel zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der Versicherungsträger von der Vertragsgruppenpraxis zu begründen.

(2) 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.

(3) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung der Versicherungsträger nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden von den Versicherungsträgern nicht vergütet.

§ 23 Leistungen

(1) Das Leistungsangebot der Vertragsgruppenpraxis wird nach Maßgabe spezifischer Bestimmungen für bestimmte Fachgruppen durch die Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages sowie allfällige Regelungen des Gruppenpraxeneinzelvertrages definiert.

(2) Können Leistungen im Sinne der Qualitätssicherung nach den für die jeweilige Fachsparte geltenden Bestimmungen nur dann verrechnet werden, wenn die von Kammer und Kasse festgelegten Kriterien erfüllt werden, wird die Kammer prüfen, ob für die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis die entsprechenden Nachweise vorliegen. Die Kammer hat der Kasse, sofern diese dies verlangt, die entsprechenden Unterlagen zur Einsicht zur Verfügung zu stellen. Der Kasse werden von der Kammer diejenigen Gesellschafter genannt, die die Voraussetzung zur Verrechnung der betreffenden Leistung erfüllen.

(3) Nur im Sinne von Abs. 2 qualifizierte Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis dürfen die betreffenden Leistungen durchführen.

(4) Leistungen, deren Durchführung auf Rechnung der Versicherungsträger an Voraussetzungen (siehe Abs. 2) gebunden ist, können nur von jenen Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis auf Rechnung der Versicherungsträger durchgeführt werden, die die erforderliche Qualifikation nachgewiesen haben.

§ 24 Vertretung

(1) Soweit die Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis der gleichen Fachrichtung angehören, haben sie einander im Falle einer persönlichen Verhinderung tunlichst gegenseitig zu vertreten.

(2) Ist eine gegenseitige Vertretung nicht möglich, haben die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis zur Aufrechterhaltung des Betriebes für eine Vertretung unter Haftung für das Einhalten der vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Zum Vertreter kann nur ein Arzt desselben Fachgebietes bestellt werden. Leistungen, für die eine besondere Qualifikation erforderlich ist können vom Vertreter nur dann durchgeführt werden, wenn er diese Qualifikation nachgewiesen hat.

(3) Vertretungen (auch regelmäßig, tageweise) in der Dauer von sechs Wochen bis sechs Monaten sind der Kammer unter Angabe des Namens des vertretenden Arztes sowie der voraussichtlichen Dauer der Vertretung bekannt zu geben. Die Kammer wird diese Daten umgehend in eine Datenbank eingeben, auf die die Kasse Zugriff hat.

(4) Kammer und Kasse haben das Recht, sich in begründeten Fällen gegen die Vertretung als solche bzw. die Person des Vertreters auszusprechen. Wird ein Einspruch erhoben, so ist die Vertragsgruppenpraxis verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem Kammer und Kasse einverstanden sind. Kommt die Vertragsgruppenpraxis dieser Verpflichtung innerhalb

eines Monats nicht nach, so gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Gruppenpraxeneinzelvertragsverhältnisses. Die Aufforderung ist mittels eingeschriebenen Briefes zuzustellen. Der Gruppenpraxeneinzelvertrag erlischt mit Ablauf der Monatsfrist gerechnet vom Datum der Zustellung.

(5) Der 24. und der 31. Dezember werden als ordinationsfreie Tage bestimmt.

(6) Werden Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen vertreten, sind die Namen der Vertreter bei direktem Patientenkontakt für die Patienten erkennbar zu machen.

(7) Vertragsgruppenpraxen können als Urlaubsvertreter für Einzelordinationen, die ihre Ordination wegen Urlaubs gemäß § 21 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 schließen, unter Voraussetzung des hergestellten Einvernehmens zwischen dem jeweiligen Vertragsarzt und der Vertragsgruppenpraxis, gemeldet werden.“

§ 25

Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Nimmt ein Patient die Vertragsgruppenpraxis in Anspruch, ist er dazu aufzufordern, die e-card vorzuweisen. Legt der Patient die e-card vor, ist die Vertragsgruppenpraxis dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigung in der Ordination mittels Einlesens der e-card zu prüfen. Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme der Vertragsgruppenpraxis zu stecken, sofern der Patient diese vorlegt.

(2) Legt der Patient keine e-card vor, kann eine online Abfrage mittels Eingabe der Sozialversicherungsnummer (o-card) vorgenommen werden.

(3) Im Zweifelsfall ist die Identität des Patienten von der Vertragsgruppenpraxis zu prüfen. Personen, deren Identität fraglich ist, dürfen auf Rechnung des Versicherungsträgers nicht behandelt werden.

(4) Personen, bei denen die e-card-Abfrage oder die online Abfrage den Anspruch gegenüber einem Versicherungsträger nicht bestätigt, dürfen auf Rechnung der Versicherungsträger grundsätzlich nicht behandelt werden. Die Vertragsgruppenpraxis ist in diesem Fall dazu berechtigt, die betreffende Person zu behandeln und einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag zurückzuerstatten.

(5) Kann die betreffende Person den verlangten Erlag nicht leisten und ist die ärztliche Behandlung unabweislich, ist die Vertragsgruppenpraxis berechtigt, einen Ersatzkranken Kassenscheck auszustellen. Der Ersatzkranken Kassenscheck gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Eine Abgeltung der von der Vertragsgruppenpraxis über den Ersatzkranken Kassenscheck in Rechnung gestellten Leistungen durch den Versicherungsträger erfolgt nur dann, wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung tatsächlich ein Anspruch bestanden hat.

(6) Patienten, die mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) Sachleistungen in Anspruch nehmen wollen, haben bei der Inanspruchnahme der Vertragsgruppenpraxis eine gültige EKVK bzw. eine Ersatzbescheinigung und einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. Die Vertragsgruppenpraxis ist dazu verpflichtet, zu prüfen, ob die EKVK formal gültig ist (Gültigkeitsdauer auf der Karte) und mit der Identität des Patienten auf dem amtlichen Lichtbildausweis (zB Reisepass, Personalausweis, etc.) übereinstimmt. Kann die Identität nicht mittels Lichtbildausweises nachgewiesen werden, gelten die Patienten als Privatpatienten.

(7) Besteht die Vermutung, dass die Einreise des Patienten nach Österreich ausschließlich zum Zwecke der Krankenbehandlung erfolgt ist oder ist die Behandlung in Relation zur Dauer des Aufenthaltes in Österreich nicht unbedingt notwendig, gelten die Patienten als Privatpatienten.

(8) Besteht kein Anspruch, verständigt der leistungszuständige Versicherungsträger die Vertragsgruppenpraxis umgehend.

(9) Hat die Vertragsgruppenpraxis aus welchen Gründen immer weder eine e-card noch eine o-card gesteckt, obwohl der Patient zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme anspruchsberechtigt war, kann die Vertragsgruppenpraxis die Leistungen mit der Kasse verrechnen, sofern sie der Kasse eine mit der Unterschrift des Patienten versehene Bestätigung über dessen Inanspruchnahme ihrer Leistungen vorlegt. Kann die Vertragsgruppenpraxis eine solche Bestätigung des Patienten nicht einholen, ist diese vom gesetzlichen Vertreter oder eines nahen Angehörigen einzuholen. Dies ist der Kasse gegenüber zu dokumentieren.

§ 26 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 Versicherungsträgers gelten, mit denen die Vertragsgruppenpraxis im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Versicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes, des Strafvollzugsgesetzes oder des Gesetzes über die Hilfeleistung an Opfer von Verbrechen und auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen bzw. der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 zu betreuen sind.

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

(3) Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen einem österreichischen Krankenversicherungsträger zur Betreuung überwiesen 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 vertragärztliche Behandlung nur übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zu Stande kommt.

(4) Ergänzend zu den in Abs. 1 bis 3 angeführten Regelungen werden Vereinbarungen betreffend die Behandlung von nicht in Österreich sozialversicherten Personen, die ärztliche Leistungen mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) in Anspruch nehmen, getroffen und sind als Anlage 5 Bestandteil dieses Gesamtvertrages.

§ 27 Private Behandlung

Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, Anspruchsberechtigte privat zu behandeln, sofern diese dies ausdrücklich wünschen und die entsprechenden Leistungen direkt mit diesen zu verrechnen. In einem solchen Fall sind Anspruchsberechtigte vor Beginn der Behandlung mittels eines Informationsblattes, welches ihnen zur Unterfertigung vorzulegen ist, darauf hinzuweisen, dass in diesem Fall keine Kostenerstattung durch die Versicherungsträger erfolgt. Die e-card darf im selben Quartal im selben Leistungsfall nicht gesteckt werden.

§ 28 Behandlung in der Ordination

- (1) Gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die die Vertragsgruppenpraxis aufsuchen, besteht grundsätzlich Behandlungspflicht in der Ordination.
- (2) Die Ordinationstätigkeit der Betreiber einer Vertragsgruppenpraxis darf grundsätzlich nur in den Ordinationsräumen der Vertragsgruppenpraxis ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur mit Zustimmung der Vertragsparteien zulässig.
- (3) Die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten ist unzulässig.
- (4) Die Übermittlung von Rezepten, Verordnungen oder Überweisungen bzw. die Mitgabe von solchen an dritte Personen ist nur bei Patienten zulässig, welche im betroffenen Quartal oder zumindest im Vorquartal einen unmittelbaren persönlichen Kontakt mit dem betreffenden Vertragspartner hatten, welcher die Ausstellung des Rezeptes oder Verordnung indizierte bzw. eine Überweisung notwendig erscheinen ließ und ein ausdrücklicher Wunsch des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters oder einer dem Arzt bekannten, den Patienten betreuenden Person (z.B. Angehörige, Heimhilfe) diesbezüglich besteht. In diesem Fall können – sofern der Patient in diesem Quartal keine weiteren Leistungen in Anspruch nimmt – nur die Fallpauschale und entsprechend der Fachrichtung entweder der Hausarztzuschlag oder der fachspezifische Zuschlag zur Abrechnung gebracht werden.
- (5) Während der Laufdauer des Einzelvertragsverhältnisses darf die Vertragsgruppenpraxis mit in- oder ausländischen Privatversicherungen und Unternehmen, die private Krankenversicherungen oder Vorsorgepakete zur Behandlung/Untersuchung von Versicherungsnehmern dieser Unternehmen anbieten, Vereinbarungen über die Direktverrechnung von Leistungen - in schriftlicher oder mündlicher Form - nur mit Zustimmung von Kammer und Kasse abschließen. Dies gilt auch dann, wenn die Behandlung/Untersuchung dieser Patienten außerhalb der vertraglich vereinbarten Mindestordinationszeiten erfolgt. Werden derartige Vereinbarungen abgeschlossen oder Leistungen mit privaten Versicherungsunternehmen ohne ausdrücklichem Vertrag verrechnet, ohne dass eine vorherige Zustimmung von Kammer und Kasse vorliegt, gilt dies als Kündigungsgrund.

§ 29 Krankenbesuch

- (1) Krankenbesuche sind von den Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen der Vertragsgruppenpraxis nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Berufungen, die bis 9.00 Uhr erfolgen, soll noch am Vormittag, wenn sie später stattfinden, so bald als möglich entsprochen werden.
- (2) Zum Krankenbesuch sind jene Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin, in deren Behandlung der Anspruchsberechtigte im gleichen Abrechnungszeitraum bereits gestanden ist bzw. der nächstgelegene Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. die Gesellschafter der nächstgelegenen Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin verpflichtet. Als Nächstgelegene geltend jedenfalls alle Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin bis zu einer Entfernung von 1,5 Wegkilometern vom Wohnsitz des Patienten.
- (3) Die Gesellschafter einer Vertragsfacharztgruppenpraxis sind zu Krankenbesuchen im Allgemeinen nicht verpflichtet, es sei denn, dass der Erkrankte schon bisher in ihrer Behandlung steht und wegen der gleichen Erkrankung nicht ausgehfähig wird.

§ 30

Fachärztliche Leistungen in Vertragsgruppenpraxen

(1) Fachärztliche Leistungen können nur von fachärztlichen Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis erbracht werden. Die Inanspruchnahme durch den Anspruchsberechtigten erfolgt mittels e-card oder auf schriftliche Zuweisung. Vertragsfachärzte für Radiologie sowie med. u. chem. Labordiagnostik und Pathologie können von den Anspruchsberechtigten nur über Zuweisung eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsgruppenpraxis oder einer ärztlichen Einrichtung eines Versicherungsträgers auf Rechnung eines Versicherungsträgers in Anspruch genommen werden.

(2) Anspruchsberechtigte, die keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, sind vom behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. einer Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin zu überweisen. Dabei sind die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(3) Anspruchsberechtigte, die der Vertragsgruppenpraxis zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, sind unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt bzw. die zuweisende Gruppenpraxis rückzuüberweisen.

§ 31

Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung der Versicherungsträger abhängig, so hat die Vertragsgruppenpraxis dem Anspruchsberechtigten im Namen der Gruppenpraxis einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim leistungszuständigen Versicherungsträger auszuhändigen.

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

§ 32

Konsilium/Überweisung (Zuweisung)/Verordnung

(1) Der behandelnde Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis ist dazu berechtigt, einen (anderen) Gesellschafter dieser oder einer anderen Vertragsgruppenpraxis bzw. einen Vertragsarzt desselben oder eines anderen Fachgebietes beizuziehen (Konsilium), wenn er dies für medizinisch notwendig hält.

(2) Erfordert die Art der Erkrankung die weitere Behandlung durch eine Vertragsgruppenpraxis oder einen Vertragsarzt desselben oder eines anderen Fachgebietes, ist der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis dazu berechtigt, eine Überweisung (Zuweisung) bzw. eine Verordnung auszustellen.

(3) Eine Überweisung ermöglicht die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes (einer Vertragsgruppenpraxis) einer anderen Fachrichtung als jener, der der Überweiser angehört. Der aufgrund der Überweisung in Anspruch genommene Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) hat jedenfalls Anspruch auf die Grundleistungsvergütung (Fallpauschale).

(4) Eine Zuweisung ermöglicht die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes (einer Vertragsgruppenpraxis) derselben oder einer anderen Fachrichtung als jener, der der Zuweiser angehört. Der

aufgrund der Zuweisung in Anspruch genommene Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) hat keinen Anspruch auf die Grundleistungsvergütung (Fallpauschale).

(5) Beim Ausstellen von Folgebelegen für Anspruchsberechtigte, die den Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis mittels EKVK in Anspruch genommen haben, sind der Name des Patienten, das Geburtsdatum und die persönliche Kennnummer sowie das Kürzel EKVK auf der Überweisung (Zuweisung) bzw. auf der Verordnung anzuführen. Die Anspruchsberechtigten sind zudem darauf hinzuweisen, dass zur Inanspruchnahme dieser Leistungen die Vorlage der EKVK und eines Lichtbildausweises notwendig ist sowie darauf, dass mit der Überweisung (Zuweisung) bzw. der Verordnung auch eine Kopie der EKVK vorzulegen ist.

§ 33

Wechsel der Vertragsgruppenpraxis bzw. des Behandlers

(1) Ein Wechsel von Anspruchsberechtigten zu einer anderen Vertragsgruppenpraxis oder einem Vertragsarzt desselben Fachgebietes kann innerhalb eines Abrechnungszeitraumes nur in besonderen Fällen und nur mit Zustimmung der Kasse erfolgen.

(2) Im selben Behandlungsfall dürfen – ausgenommen im Fall eines Konsiliums oder aufgrund einer Zuweisung gemäß § 32 Abs. 4 - nicht mehrere Vertragsgruppenpraxen und/oder Vertragsärzte in Anspruch genommen werden.

(3) Wurde vom Anspruchsberechtigten bereits eine Vertragsgruppenpraxis in Anspruch genommen und wird im gleichen Abrechnungszeitraum auf Grund einer anderen Erkrankung die Behandlung durch einen Vertragsarzt und/oder eine Vertragsgruppenpraxis desselben Fachgebietes erforderlich, ist die Inanspruchnahme des Vertragsarztes bzw. der Vertragsgruppenpraxis auf Rechnung der Versicherungsträger nur dann möglich, wenn eine Freischaltung der e-card des Betroffenen durch den leistungszuständigen Versicherungsträger erfolgt ist.

(4) Wenn der Anspruchsberechtigte seinen Arbeitsort oder seinen Wohnsitz verlegt, ist innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes die Inanspruchnahme einer anderen Vertragsgruppenpraxis bzw. eines anderen Vertragsarztes zulässig. Dasselbe gilt, wenn der Anspruchsberechtigte nicht ausgehändig wird und die Vertragsgruppenpraxis nach den vertraglichen Bestimmungen wegen zu großer Entfernung zum Krankenbesuch nicht verpflichtet ist. In diesen Fällen ist eine Zustimmung der Kasse zum Arztwechsel nicht erforderlich.

(5) Der Anspruchsberechtigte ist dazu berechtigt, die Behandlung durch einen bestimmten Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis zu verlangen. Auf ausdrücklichen Wunsch des Anspruchsberechtigten hat die Vertragsgruppenpraxis die Zuweisung zu einem Vertragsarzt bzw. Vertragsgruppenpraxis außerhalb der Vertragsgruppenpraxis zu veranlassen, obwohl die entsprechende Behandlung in der Vertragsgruppenpraxis erfolgen könnte.

§ 34

Ablehnen der Behandlung

Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Auf Verlangen der Kasse hat die Vertragsgruppenpraxis dieser den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 35

Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst

Die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst (Anlage 6) verpflichtet.

§ 36

Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten der Versicherungsträger zu verschreiben.

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

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

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

(5) 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 § 52 Anwendung

(6) Die Vertragsgruppenpraxis wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen gemäß dem Erstattungskodex des Hauptverbands für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten und dabei durch das Öko-Tool sowie durch die aufgelegte Ökonomieliste unterstützt.

(7) Die Vertragsgruppenpraxis soll dabei unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die im Öko-Tool oder in der Ökonomieliste enthaltenen Arznei- und Heilmittel verordnen. Dies gilt auch bei wirkstoffgleichen und wirkstoffähnlichen Arznei- und Heilmitteln sowie Biosimilars.

(8) Bei generikafähigen Arzneimitteln soll der Anteil der verordneten Originärpräparate pro Quartal tunlichst jenen Prozentsatz nicht überschreiten, der zwischen Kammer und Kasse jeweils vereinbart wird.

(9) Der verordnenden Vertragsgruppenpraxis werden von der Kasse überdies die Folgekosten der Heilmittelverordnungen unverzüglich (wenn möglich in elektronischer Form) mitgeteilt. Das Prozedere wird in einer gemeinsam von Kasse und Kammer paritätisch besetzten Steuerungsgruppe festgelegt. Dadurch soll ein regelmäßiges Monitoring sowie ein gemeinsames Controlling (Maßnahmensteuerung) gewährleistet werden.

§ 37

Ordinationsbedarf

(1) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Arzneimitteln, Verbandmaterial, Reagenzien und Ähnlichem wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos zur Verfügung gestellt.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis soll diesen bei der Kasse vierteljährlich tunlichst auf elektronischem Weg anfordern, sobald die diesbezüglichen technischen Voraussetzungen gegeben sind.

§ 38

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch die Vertragsgruppenpraxis

(1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich der Vertragsgruppenpraxis in deren Namen. Die Vertragsgruppenpraxis kann in Zweifelsfällen vor Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu von den Versicherungsträgern beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. dgl.) einholen.

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

§ 39

Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch die Vertragsgruppenpraxis

(1) Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin sind zur Verwendung der e-AUM verpflichtet.

(2) Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch Vertragsfacharztgruppenpraxen soll tunlichst auf elektronischem Weg (elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung, kurz e-AUM) unter Verwendung des e-AUM Systems des Hauptverbandes erfolgen.

(3) Soweit die Arbeitsunfähigkeitsmeldung durch Vertragsfacharztgruppenpraxen nicht elektronisch erfolgt, ist diese durch selbstständigen Druck auszufertigen. Die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen sind nach Möglichkeit täglich, aber jedenfalls dreimal pro Woche der zuständigen Bezirksstelle (Kundencenter) zu übermitteln.

(4) Die Arbeitsunfähigkeit gilt grundsätzlich als mit dem Tag eingetreten, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit von der Vertragsgruppenpraxis festgestellt wurde. Diese hat die Arbeitsunfähigkeitsmeldung in der Regel am gleichen Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt wurde, an die Kasse auszufertigen.

(5) Die rückwirkende Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit für mehr als einen Tag steht mit Ausnahme der in Abs. 6 genannten Fälle nur dem Chef(Kontroll)arzt des leistungszuständigen Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages des Vertragsarztes zu. Eine Rückdatierung übers Wochenende (Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit ab Freitag am folgenden Montag) bzw. über Feiertage ist zulässig.

(6) Die rückwirkende Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit für mehr als einen Tag durch die Vertragsgruppenpraxis ist dann zulässig, wenn ihr eine durch einen am Ärzte-Funkdienst teilnehmenden Arzt ausgefertigte Bescheinigung über eine im unmittelbar vorangegangenen Ärzte-Funkdienstzeitraum eingetretene Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vorliegt. Die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit ist beizuschließen. Der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit darf jedoch nur mit dem Tag festgesetzt werden, an welchem laut Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit vom den Ärzte-Funkdienst-Arzt festgestellt wurde.

(7) Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet.

(8) Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das Gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (zB Verkehrsunfall) besteht.

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

(10) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich in der Vertragsgruppenpraxis fallweise vorzustellen, damit der Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder der Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht festgestellt werden kann.

(11) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

§ 40

Feststellung der Arbeits(un)fähigkeit durch den Versicherungsträger

(1) Der leistungszuständige Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hiezu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ärzte in eigenen Einrichtungen) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist die Vertragsgruppenpraxis entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihr mitzuteilen.

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

(3) Beabsichtigt der zuständige Chef(Kontroll)arzt, einen Versicherten für arbeitsunfähig zu erklären, obwohl die Vertragsgruppenpraxis dies abgelehnt hatte, so ist dieser vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

§ 41

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), darf ein Antrag auf Anstaltspflege nicht gestellt werden.

(3) Im Falle der Dringlichkeit kann die Vertragsgruppenpraxis die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt der Versicherungsträger oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand für die Versicherungsträger bedingt ist.

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

§ 42

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

(1) Anträge auf Bewilligung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt) müssen dem leistungszuständigen Versicherungsträger von der Vertragsgruppenpraxis unter Verwendung der von der Kasse zur Verfügung gestellten Vordrucke zur Bewilligung vorgelegt werden. Der Antrag hat eine Begründung und die medizinische Indikation zu enthalten.

(2) Beabsichtigt ein Versicherungsträger, Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich die Vertragsgruppenpraxis dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger diese vorher anzuhören.

§ 43

Mutterschaft

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Beratung von schwangeren Anspruchsberechtigten sowie zum Ausstellen der für die Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft erforderlichen Bescheinigungen verpflichtet.

(2) Die Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind dazu verpflichtet, schwangeren Dienstnehmerinnen über deren Ersuchen im Namen der Vertragsgruppenpraxis unter Verwendung des von der Kasse beigestellten Vordruckes eine Bescheinigung für den Dienstgeber über den Bestand der Schwangerschaft und den voraussichtlichen Entbindungstermin ohne Anrechnung einer Gebühr auszustellen.

§ 44

Bestätigungen

(1) Die Vertragsgruppenpraxis wird arbeitsfähigen Anspruchsberechtigten auf deren Wunsch die Dauer des Aufenthaltes in der Ordination auf dem von der Kasse zur Verfügung gestellten Vordruck ohne Anrechnung einer Gebühr bestätigen.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis wird ohne Anrechnung einer Gebühr die Bestätigung des behandelnden Arztes auf dem vom Magistrat der Stadt Wien aufgelegten Formular „Ärztlicher Behandlungsschein“ ausfertigen, wenn von ihr behandelte Patienten in der Wohnung verstorben sind.

§ 45 Auskunftserteilung

(1) Die Vertragsgruppenpraxis führt für die in ihrer Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen; es ist dabei sicherzustellen, dass die von den einzelnen Gesellschaftern durchgeführten ärztlichen Leistungen diesen in den Aufzeichnungen auch zugeordnet werden können.

(2) Ändert sich die Diagnose infolge deren eine Behandlung erforderlich ist, so ist dies – soweit die Kasse darüber informiert werden muss (insbesondere im Zusammenhang mit einer festgestellten Arbeitsunfähigkeit des Betreffenden) - auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten soll der Vermerk in Form einer der für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst zwischen Kammer und Kasse vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

(3) Die Vertragsgruppenpraxis ist nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten der Versicherungsträger zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, 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 leistungszuständigen Versicherungsträgers zu geben. Zur Auskunftserteilung sind die Betreiber der Vertragsgruppenpraxis jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben der Versicherungsträger notwendig ist.

(4) Die Versicherungsträger haben für die Geheimhaltung der von der Vertragsgruppenpraxis erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

(5) Wegen der Erteilung von Auskünften, die die Krankenversicherung und deren Leistungen, nicht aber medizinische Angelegenheiten betreffen, sind die Anspruchsberechtigten von der Vertragsgruppenpraxis an die Kasse zu verweisen.

(6) Sämtliche Mitteilungen, die gemäß den Bestimmungen dieses Vertrages von der Vertragsgruppenpraxis bzw. der Kammer an die Kasse zu ergehen haben, können auch gemäß den geltenden Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes (per Fax oder e-mail) übermittelt werden.

(7) Die Vertragsgruppenpraxis hat der Kasse auf dem Weg über die Kammer auf Befragen jederzeit Auskunft über die bei ihr tätigen Personen zu erteilen (Namen, Ausbildung, Tätigkeitsbereich, Wochenstunden).

(8) Im Einvernehmen mit der Kammer kann die Kasse aus wichtigem Grund eine Begehung der Vertragsgruppenpraxis vornehmen. Der Besuch ist zeitgerecht vorab anzukündigen und – soweit möglich - der Zeitpunkt dafür zu vereinbaren.

§ 46 Administrative Mitarbeit

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

(2) Die Kasse hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der Vertragsgruppenpraxis auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt.

(3) Alle für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden der Vertragsgruppenpraxis von der Kasse kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und von der Vertragsgruppenpraxis mit ihrer firmenmäßigen Unterschrift und Stampiglie zu versehen.

§ 47

Honorierung der Vertragsgruppenpraxis

(1) Die Honorierung der Vertragsgruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen der Honorarordnung, die integrierender Bestandteil dieses Gruppenpraxengesamtvertrages ist.

(2) Änderungen der Honorarordnungen werden für Vertragsgruppenpraxen und Vertragsärzte mit zeitgleicher Wirksamkeit vorgenommen, sofern Kammer und Kasse nichts Gegenteiliges vereinbaren.

(3) Die Honorierung von Vertragsgruppenpraxen, in denen mehrere Fachrichtungen vertreten sind, erfolgt jedenfalls nach Pauschalmodellen (Fallpauschale).

(4) Diese Fallpauschalen sind unter Beachtung der in der Vertragsgruppenpraxis vertretenen Fachrichtungen jeweils im Einzelfall zwischen Kammer und Kasse zu vereinbaren.

(5) Sobald eine einheitliche elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentation existiert, werden die Vertragsparteien Verhandlungen darüber aufnehmen, wobei sicherzustellen ist, dass die Abrechnung der Vertragsgruppenpraxis im Sinne von § 342a Abs. 2 ASVG auf dieser Basis entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zeitgerecht erfolgt.

(6) Die Verrechnung von ärztlichen Leistungen für die Behandlung der eigenen Person sowie Angehöriger (unabhängig von deren eventueller Anspruchsberechtigung gegenüber den Versicherungsträgern), soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, ist der Vertragsgruppenpraxis nicht erlaubt. Die Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen auf Rechnung der Versicherungsträger für diesen Personenkreis ist jedoch zulässig.

§ 48

Rechnungslegung

Die Rechnungslegung der Vertragsgruppenpraxis erfolgt nach Maßgabe der Honorarordnung gemäß Anlage 1.

§ 49

Honorarabzüge und Honorareinbehalt

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

(2) Wird von der Kasse eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch die paritätische Schiedskommission beantragt, so ist der strittige Honoraranteil der Vertragsgruppenpraxis als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der von der paritätischen Schiedskommission rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honoraranweisung von der Kasse einbehalten werden.

§ 50 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 dem Landesärzteausschuss, der paritätischen Schiedskommission und der Landesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

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

(4) Die Vertragsparteien verpflichten sich umgehend, tunlichst zeitgleich, einander über Umstände unter Austausch der jeweiligen Dokumente/Schriftstücke wechselseitig zu informieren:

- a) Sperre der Ordination gemäß § 56 ÄrzteG
- b) vorläufiges Berufsverbot gemäß § 62 ÄrzteG sowie sonstige Berufsverbote auf Grund von Disziplinarerkenntnissen gemäß § 138 ff ÄrzteG
- c) Streichungen aus der Ärzteliste
- d) Anzeigen an die Staatsanwaltschaft
- e) Kündigungen von Einzelverträgen bzw. Mitteilungen über das Erlöschen von Einzelverträgen
- f) strafgerichtliche Verurteilungen

(5) Die Versicherungsträger haben alles zu unterlassen, was das Ansehen der Vertragsgruppenpraxis und deren Leistungen sowie die Ärztekammer für Wien in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso haben die Ärztekammer für Wien sowie die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis alles zu unterlassen, was die Versicherungsträger und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(6) Die Vertragsgruppenpraxis wird die Kasse über missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen durch Anspruchsberechtigte informieren. Dasselbe gilt, wenn ein in seiner Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das die Heilung oder Besserung seines Zustandes erschwert oder verzögert.“

§ 51 Zusammenarbeit der Vertragsgruppenpraxis mit dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst

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

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

§ 52

Streitigkeiten zwischen den Parteien des Einzelvertrages

- (1) Streitigkeiten zwischen den Parteien des Einzelvertrages sollen einvernehmlich beigelegt werden. Kommt eine Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, so können die gesetzlich vorgesehenen Schiedsinstanzen angerufen werden.
- (2) 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 die Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung bei der Kasse. Wenn die Vertragsgruppenpraxis die Bestimmungen des § 34 nicht beachtet, ist eine Beanstandung durch die Versicherungsträger nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung bei der Kasse zulässig.
- (3) Erfolgt eine Kündigung des Einzelvertrages so ist diese der Vertragsgruppenpraxis eingeschrieben zuzustellen und in der Rechtsmittelbelehrung die Vertragsgruppenpraxis auf die 14 tägige Einspruchsfrist gemäß ASVG hinzuweisen.

§ 53

Verfahren bei Streitigkeiten

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gruppenpraxengesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gruppenpraxengesamtvertrages abgeschlossenen Gruppenpraxeneinzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen – unbeschadet der Bestimmungen des § 52 – dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 53 a

Provisionsverbot

Analog zu § 53 Ärztegesetz ist es unzulässig, dass der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis Vergütungen für die Zu- oder Überweisung an ihn oder durch ihn sich oder einem anderen versprechen, geben, nehmen oder zusichern lässt. Ein Zuwiderhandeln gegen diese Bestimmung stellt eine schwerwiegende Vertragsverletzung dar.

§ 54

Übergangsbestimmung

- (1) Vertragsgruppenpraxen, die zum Stichtag 31. Dezember 2010 mit der Kasse einen Gruppenpraxeneinzelvertrag gemäß § 342 ASVG abgeschlossen hatten, gelten mit dem Inkrafttreten dieses Gruppenpraxengesamtvertrages gemäß § 342 a ASVG als Vertragsgruppenpraxen im Sinne dieses Gruppenpraxengesamtvertrages.
- (2) Ein Wechsel der Rechtsform nach Maßgabe der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gruppenpraxengesamtvertrages für Gruppenpraxen zugelassenen Rechtsformen ist für alle Vertragsgruppenpraxen jederzeit möglich.
- (3) Eine Neuausfertigung der Gruppenpraxeneinzelverträge erfolgt nicht.

§ 55

Gültigkeit

(1) Dieser Gruppenpraxengesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhalten einer dreimonatigen Kündigungsfrist mittels eingeschriebenen Briefes aufgekündigt werden.

(2) Wird der zwischen den Vertragsparteien vereinbarte jeweils geltende Gesamtvertrag für Einzelordinationen von einer der Vertragsparteien gekündigt, verkürzt sich die Kündigungsfrist gemäß Abs. 1 von drei auf zwei Monate.

§ 56 Verlautbarung

(1) Dieser Gesamtvertrag samt Anlagen sowie allfällige Nachträge zu diesem Gesamtvertrag werden von der Kammer und dem Hauptverband im Internet veröffentlicht.

(2) Alle Abänderungen dieses Gruppenpraxengesamtvertrages bedürfen der Schriftform.

§ 57 Wirksamkeitsbeginn

(1) Dieser gemäß § 342a ASVG abgeschlossene Gruppenpraxengesamtvertrag tritt mit 1. Jänner 2011 in Kraft und ersetzt den zum 1. Jänner 2004 gemäß § 342 ASVG abgeschlossenen Gruppenpraxengesamtvertrag.

(2) Alle auf Basis des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2004 bis 31. Dezember 2010 bis zu diesem Stichtag abgeschlossenen Gruppenpraxeneinzelverträge bleiben auch nach diesem Datum weiterhin gültig.

Wien, am 14. Dezember 2010

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Ärzttekammer für Wien

Der Kurienobmann der
niedergelassenen Ärzte:

Der Präsident:

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitenden Angestellte:

Die Obfrau:

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Betriebskrankenkasse Austria Tabak

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Betriebskrankenkasse Mondi

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

- Anlage 1 – Honorarordnung
- Anlage 2 – Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Gesellschaftern von Gruppenpraxen
- Anlage 3 – Muster Gruppenpraxiseinzelvertrag
- Anlage 4 – Barrierefreie Ordinationen
- Anlage 5 – Behandlungsfälle der in einem EU-Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder der Schweiz
- Anlage 6 – Ärztekundendienst

H O N O R A R O R D N U N G

I.

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

I. Abschnitt

RECHNUNGSLEGUNG

Quartalsabrechnung der Vertragsgruppenpraxen

Artikel I

- (1) Die Rechnungslegung hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und den Bestimmungen dieses Gruppenpraxengesamtvertrages (insbesondere §§ 47 und 48) zu erfolgen.
- (2) Die Vertragsgruppenpraxen sind zur elektronischen Rechnungslegung auf Grund der jeweils geltenden Regelung verpflichtet. Unter elektronischer Rechnungslegung versteht man die Übermittlung der Abrechnungsdaten mittels Datenträger oder Datenfernübertragung.
- (3) Die Verpflichtung zur elektronischen Rechnungslegung gilt hinsichtlich aller Leistungen, die auf Grund eines mit der Kasse abgeschlossenen kurativen Gruppenpraxeneinzelvertrages (incl. MKP-Leistungen) oder eines Vorsorgeuntersuchungs-Gruppenpraxeneinzelvertrages erbracht werden.
- (4) Bei der elektronischen Rechnungslegung hat die Vertragsgruppenpraxis die auf Grund der jeweils aktuellen Regelungen (vgl. Abs. 2) verbindlichen Vorgaben (etwa in Bezug auf die Verwendung eines vorgegebenen Datensatzes bzw. die Belegung von dessen Feldern) zu erfüllen.
- (5) Die Rechnungslegung erfolgt quartalsweise. Die Abrechnung muss jeweils bis zum 15. des auf das Ende eines Quartals folgenden Monats bei der gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle der Wiener Krankenversicherungsträger einlangen. Bei postalischer Übermittlung oder Übermittlung per Datenfernübertragung (DFÜ) bzw. Abgabe in einer Bezirkstelle ist der Übermittlungszeitraum zu berücksichtigen.
- (6) Die Kasse hat der Vertragsgruppenpraxis den Eingang der elektronisch eingereichten Abrechnungen nach dem jeweiligen Stand der technischen Möglichkeiten zu bestätigen. Entspricht der der Kasse übermittelte Datenträger nicht dem gemäß den Richtlinien des Hauptverbandes verbindlichen Datensatzaufbau für Vertragspartner (DVP), wird die Kasse die Vertragsgruppenpraxis binnen einer Frist von drei Arbeitstagen davon verständigen und unter Angabe der detaillierten Gründe zur Übermittlung einer korrigierten Version auffordern.
- (7) Jeweils am 25. des ersten Monats nach Quartalsende ist der Kammer von der Kasse eine Liste jener Vertragsgruppenpraxen zu übermitteln, welche zu diesem Zeitpunkt keine oder keine den einheitlichen Grundsätzen entsprechende Abrechnung eingereicht haben.

II. Abschnitt

HONORIERUNG

Artikel I

- (1) Die Honorierung der von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin (Anlage A).
- (2) Die Honorierung der von allgemeinen Vertragsfachgruppenpraxen erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für allgemeine Vertragsfachgruppenpraxen (Anlage B).
- (3) Die Fallpauschale gebührt nicht, wenn eine Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin im Randgebiet mit Sonderbewilligung für physikalische Therapie (Abs. 8) physikalische Behandlungen auf Grund der Verordnungen eines anderen Vertragsarztes oder einer anderen Vertragsgruppenpraxis durchführt.
- (4) Sonderleistungen können nur für eigene Patienten verrechnet werden.
- (5) Die im Sonderleistungstarif für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin verzeichneten Leistungen können nur von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin, die im Sonderleistungstarif für allgemeine Vertragsfachgruppenpraxen verzeichneten Leistungen nur von allgemeinen Vertragsfachgruppenpraxen verrechnet werden.
- (6) Die in den Abschnitten I und II (Ordinationen und Visiten bzw. allgemeine Sonderleistungen) des Sonderleistungstarifes für allgemeine Vertragsfachgruppenpraxen verzeichneten Leistungen können von allen Vertragsfachgruppenpraxen verrechnet werden. Die im Abschnitt III (Sonderleistungen aus Fachgebieten) verzeichneten Leistungen werden nur den Vertragsgruppenpraxen, die der entsprechenden im Untertitel bezeichneten Fachgruppe angehören, honoriert.
- (7) Sind im Sonderleistungstarif für die Verrechenbarkeit zusätzlich besondere Voraussetzungen (zB ausdrückliche Ermächtigung, Nachweis besonderer Ausbildung u. Ä.) festgelegt, werden die Leistungen nur jenen Vertragsgruppenpraxen honoriert, die diese Voraussetzungen erfüllen.
- (8) Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung physikalischer Therapie ermächtigt wurden, werden die erbrachten Leistungen der physikalischen Therapie nach dem Tarif für physikalisch-medizinische Behandlungen durch Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin (Anlage A/4) honoriert.
- (9) „Als Honorar für die im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22 im Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 von der vertretenden Vertragsgruppenpraxis in einem Quartal erbrachten Leistungen werden 77,9 % der in den Tarifen für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen (Anlage B) festgelegten Fallpauschale ausbezahlt; für Sonderleistungen gebührt überdies die Vergütung nach dem Sonderleistungstarif für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen (Anlage B).

Artikel II

Die Honorierung der von Vertragsgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation (Anlage C).

Artikel III

Die Honorierung der von Vertragsgruppenpraxen für Radiologie erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsgruppenpraxen für Radiologie (Anlage D).

Artikel IV

Die Honorierung der von Vertragsgruppenpraxen für med. u. chem. Labordiagnostik erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsgruppenpraxen med. u. chem. Labordiagnostik (Anlage E).

Artikel V

Die Honorierung der von Vertragsgruppenpraxen für Pathologie erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsgruppenpraxen für Pathologie (Anlage F).

III. Abschnitt

HONORARAUSZAHLUNG

Auszahlung der Honorare der Vertragsgruppenpraxen

- (1) Am letzten Tag des ersten Monats nach Quartalsende erhält die Vertragsgruppenpraxis für das betreffende Quartal eine Akontozahlung in der Höhe von 50 % des Bruttobonorars, welches in dem dem jeweiligen Quartal des Vorjahres entsprechenden Quartal von der Kasse an die Vertragsgruppenpraxis ausbezahlt worden ist. Der Begriff Bruttobonorar bezeichnet die der Vertragsgruppenpraxis gebührende Honorarsumme exklusive GSBG vor Abzug der von der Kammer bekannt gegebenen Abzüge für Kammerumlage und Wohlfahrtsfonds.
- (2) Am letzten Tag des zweiten Monats nach Quartalsende erhält die Vertragsgruppenpraxis für das betreffende Quartal eine Akontozahlung in der Höhe von 25 % des Bruttobonorars, welches in dem dem jeweiligen Quartal des Vorjahres entsprechenden Quartal von der Kasse an die Vertragsgruppenpraxis ausbezahlt worden ist. Der Begriff Bruttobonorar bezeichnet die der Vertragsgruppenpraxis gebührende Honorarsumme exklusive GSBG vor Abzug der von der Kammer bekannt gegebenen Abzüge für Kammerumlage und Wohlfahrtsfonds.
- (3) Der Anspruch auf die Akontozahlungen gemäß Abs. 1 und 2 besteht unabhängig davon, ob die Vertragsgruppenpraxis der Kasse die Abrechnung für das betreffende Quartal zeitgerecht (siehe Artikel I Abs. 5) übermittelt hat.
- (4) Kann der Akontierung kein Vergleichsquartal des Vorjahres zu Grunde gelegt werden, erhält die Vertragsgruppenpraxis am letzten Tag des ersten Monats eines Quartals von der Kasse jenen Betrag, der 50 %, am letzten Tag des zweiten Monats eines Quartals jenen Betrag, der 25 % des im Vergleichsquartal des Vorjahres in der entsprechenden Fachgruppe als Durchschnittsbruttobonorar ausbezahlt worden ist als Akontozahlung überwiesen.
- (5) Die Endabrechnung durch die Kasse erfolgt spätestens am letzten Tag des dritten Monats nach Ablauf des jeweiligen Quartals. Mit der Endabrechnung erhält die Vertragsgruppenpraxis von der Kasse eine detaillierte Abrechnung und die Restzahlung für das jeweilige Quartal. Der Begriff Restzahlung bezeichnet jenen Betrag, der sich nach Reduktion des für das betreffende Quartal gebührenden Bruttobonorars (inklusive des Honorars für Vertretungsfälle) um die gemäß Abs. 1 bzw. 2 geleisteten Akontozahlungen sowie allfällige sonstige Forderungen (zB Drittschuldneransprüche, Beitragsrückstände) und exklusive GSBG ergibt.
- (6) Der Anspruch auf die zweite Akontozahlung und die Restzahlung gemäß Abs. 4 ruht, wenn bis zum 15. des zweiten auf das Quartalsende folgenden Monats keine ordnungsgemäße Rechnungslegung durch die Vertragsgruppenpraxis erfolgt ist. Ebenso ruht der Anspruch auf Akontozahlungen im Sinne von Abs. 1 für das Folgequartal. Legt die Vertragsgruppenpraxis im folgenden Quartal ordnungsgemäß Rechnung, lebt der Anspruch auf Akontierung wieder auf und sie erhält die Akontozahlung und die Restzahlung für das Honorar des Vorquartals entsprechend dem Rhythmus der Anweisungstermine des jeweils gerade laufenden Abrechnungsquartals. Legt er nicht ordnungsgemäß Rechnung, erfolgt auch im Folgequartal keine Zahlung.
- (7) Die Zeitpunkte für den Abzug jener Honoraranteile, die die Kasse im Namen der Kammer aufgrund geltender rechtlicher Vorgaben einzubehalten und an diese zu überweisen hat, werden zwischen Kammer und Kasse vereinbart.
- (8) Übermittelt die Vertragsgruppenpraxis bis zum 15. des zweiten auf das Quartalsende folgenden Monats keine Abrechnung, erfolgt ein Abzug in Höhe von 2 % des im betreffenden Abrechnungsquartal gebührenden Bruttobonorars.

(9) Die Kasse wird der Kammer zum Termin der Endabrechnung jenes Quartals für welches keine ordnungsgemäße Rechnungslegung erfolgt ist, die Namen der Vertragsgruppenpraxen bekannt geben, bei denen der Anspruch auf Akontierung ruht.

(10) Hat die Vertragsgruppenpraxis der Kasse für mindestens drei aufeinander folgende Quartale nicht ordnungsgemäß Rechnung gelegt, ist sie mittels eingeschriebenen Briefes, von dem eine Abschrift an die Kammer zu richten ist, von der Kasse zur Rechnungslegung binnen einer Frist von vier Wochen ab Erhalt des Schreibens aufzufordern. Verstreicht diese Frist ungenützt, haftet die Kammer der Kasse für von dieser bereits geleistete Akontozahlungen. Der aushaftende Betrag ist der Kasse von der Kammer innerhalb von drei Wochen zu überweisen. Mit dem Datum des Einlangens des Betrages bei der Kasse geht die Forderung auf die Kammer über.

(11) Bei nicht termingerechter Überweisung (vgl. Abs. 1) der Akontozahlungen bzw. der Restzahlung durch die Kasse sind von dieser für den jeweils aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen in Höhe von 5 % p.a. zu bezahlen, die der Vertragsgruppenpraxis bei der nächstfolgenden Abrechnung anzuweisen sind.

Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Gesellschaftern von Vertragsgruppenpraxen gemäß

§ 9 Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011

Präambel

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, die Auswahl von Gesellschaftern für Vertragsgruppenpraxen aller Fachrichtungen (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte) für die Invertragnahme bei den in § 2 Gruppenpraxengesamtvertrag angeführten Versicherungsträgern nach den im Folgenden genannten Kriterien vorzunehmen.

(2) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

(3) Die Zahl der Stellen – Anzahl der Gesellschafter einer Gruppenpraxis – sowie deren regionale Verteilung werden im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse festgelegt und unter Berücksichtigung des Bedarfes gegebenenfalls korrigiert. Dementsprechend werden nach gemeinsamer Durchführung von Bedarfsprüfungen (z.B. Prüfung von Frequenzen, Umsatz, anonymen Erhebungen bezüglich Wartezeiten, Anhörung der betroffenen Kollegen) und nach Maßgabe der Bevölkerungsentwicklung neue Stellen errichtet sowie bestehende Stellen nachbesetzt oder aufgelassen.

(4) Eingaben, die als „Ansuchen um die Invertragnahme“ und jene, die als „Ansuchen um die Vormerkung für die Invertragnahme“ bezeichnet werden (im Folgenden beide als „Ansuchen um die Invertragnahme“ bezeichnet), sind gleichzuhalten. Bei der Bearbeitung besteht kein Unterschied.

Abschnitt I.

§ 1

Antragstellung

(1) Ansuchen um die Invertragnahme sind schriftlich (tunlichst mit dem von der Kammer aufgelegten Formblatt, allenfalls per Brief, Fax, E-Mail) an die Kammer zu richten.

(2) Mündliche (telefonische) Antragstellungen sind nicht möglich.

(3) Das Tagesdatum des Eingangsstempels ist auf dem Antrag zu vermerken.

(4) Ansuchen um Invertragnahme, die bei der Kasse einlangen, sind von dieser umgehend an die Kammer weiterzuleiten.

(5) Das Einlangen des Antrages bei der Kasse ist dem Einlangen bei der Kammer gleichzusetzen. Abs. 2 gilt sinngemäß.

Abschnitt II.

§ 2

Interessentenlisten

(1) Die Kammer führt eine Liste (Interessentenliste), in der sämtliche Ärzte eingetragen werden, die ein Ansuchen um Invertragnahme gestellt haben. Im Rahmen der Kammer wird eine Interes-

sentenliste für Ärzte für Allgemeinmedizin, sowie Interessentenlisten für Fachärzte geführt, wobei für jedes Sonderfach eine eigene Interessentenliste gesondert geführt wird.

(2) Die Eintragungen in die Interessentenlisten sind fortlaufend zu nummerieren.

(3) Die Interessentenliste enthält folgende Angaben:

- a) Name und Arztnummer des Interessenten,
- b) Datum der Eintragung in die Interessentenliste
- c) Reihungsnummer

(4) Maßgeblich für die Reihenfolge der Eintragung in die Interessentenliste ist das Datum des Einlangens des entsprechenden Ansuchens bei der Kammer bzw. der Kasse.

§ 3

Eintragung in die Interessentenliste

(1) Voraussetzung für die Eintragung in die Interessentenliste ist der Nachweis der Berufsberechtigung als niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt eines Sonderfaches in Österreich. Die erforderlichen Unterlagen sind bei der Antragstellung vorzulegen. Verfügt ein Arzt über mehrere Berufsberechtigungen, so hat er zu bezeichnen, in welche Interessentenliste(n) er eingetragen werden will.

(2) Die Eintragung in die Interessentenlisten kann frühestens mit dem Datum der Ausstellung des entsprechenden Diploms erfolgen.

(3) Jede Interessentenliste ist öffentlich, wobei auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) nur die Arztnummer des Arztes veröffentlicht wird. Jeder Interessent, der um Vormerkung in der Interessentenliste ansucht, wird von der Kammer darüber informiert, dass die Interessentenliste im Internet publiziert wird und er dieser Publikation seine Zustimmung erteilen muss. Erklärt er sich mit der Publizierung seiner Daten in dieser Form nicht einverstanden, so kann keine Eintragung erfolgen. Wird die erteilte Einwilligung nach erfolgter Eintragung zurückgezogen, ist der Betreffende von der Kammer aus der Interessentenliste zu streichen.

(4) Personen, die als Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte Einzelverträge mit einer Gebietskrankenkasse (ausgenommen Tätigkeiten im Rahmen von Job-Sharing) bzw. ein vergleichbares Vertragsverhältnis im Ausland abgeschlossen haben, können nicht in die Interessentenliste aufgenommen werden.

(5) Die Kammer kann für die Führung der Interessentenliste von den Interessenten einen Verwaltungskostenbeitrag verlangen. Die Nichtentrichtung dieses Beitrages führt zur Streichung aus der Interessentenliste.

§ 4

Streichung aus der Interessentenliste

(1) Eine Streichung aus der Interessentenliste erfolgt

- a) Wenn der Interessent selbst dies schriftlich verlangt mit dem Datum des Einlangens seines Antrages bei der Kammer oder der Kasse.
- b) Im Falle des Todes des Interessenten mit dem Zeitpunkt des Todes.
- c) Wenn der Interessent bei einem Wohlfahrtsfonds oder einer Pensionsversicherung einen Antrag auf dauernde Invaliditätsversorgung bzw. Altersversorgung oder Erwerbsunfähigkeits- bzw. Alterspension einbringt mit dem Zeitpunkt des Einlangens des Antrages beim Wohlfahrtsfonds oder der Pensionsversicherung.

- d) Wenn der Interessent als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt einen Einzelvertrag oder als Gesellschafter einer Gruppenpraxis einen Gruppenpraxiseinzelvertrag mit einer Gebietskrankenkasse abschließt oder ein vergleichbares Vertragsverhältnis im Ausland ausübt mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertragsverhältnisses.
- e) Im Falle einer Verurteilung des Interessenten im Sinne des § 343 Abs. 2 Z. 4 bis 6 ASVG.
- f) Bei Nichtentrichtung des Verwaltungsbeitrages gemäß § 3 Abs. 5.

(2) Im Falle der Streichung aus den oben angeführten Gründen erfolgt eine Löschung aller bisher gemäß I.3. der Reihungskriterien erworbenen Punkte.

§ 5

Wiedereintragung in die Interessentenliste

(1) Die Wiedereintragung in die Interessentenliste ist auf Antrag möglich. §§ 2 und 3 gelten sinngemäß.

(2) Bei einer Streichung gemäß § 4 Abs. 1 lit. d ist eine Wiedereintragung in die Interessentenliste erst nach dem Ende der Tätigkeit als Vertragsarzt oder Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis möglich. Abhängig von der regionalen und fachbezogenen Versorgungssituation kann im Invertragnahmeausschuss festgelegt werden, dass bei bestimmten Ausschreibungen, die vom Invertragnahmeausschuss ausdrücklich definiert werden, die Zeit einer Tätigkeit als Vertragsarzt oder Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis einer Gebietskrankenkasse oder einem vergleichbaren Vertragsverhältnis im Ausland, Punkte gemäß I.3 der Reihungskriterien angerechnet werden. Dies wird bei den betreffenden Ausschreibungen von Kammer und Kasse auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) veröffentlicht.

(3) Bei einer Streichung gemäß lit. e) ist eine Wiedereintragung in die Interessentenliste erst nach Ablauf der jeweiligen gesetzlichen Tilgungsfrist möglich.

(4) War der Bewerber bereits einmal Inhaber eines Kassenvertrages und wurde ihm der Vertrag gemäß § 343 Abs. 4 ASVG rechtskräftig gekündigt, kann eine Wiedereintragung in die Interessentenliste erst nach Ablauf von fünf Jahren ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Vertragsverhältnisses erfolgen.

(5) War der Bewerber bereits einmal Inhaber eines Gesellschafteranteiles einer Vertragsgruppenpraxis, aus welcher er ausgeschieden ist, so hat er das Recht, einmalig, mit dem ursprünglichen Datum seiner Eintragung, in die Interessentenliste wieder aufgenommen zu werden, wobei ausschließlich jene Punkte wieder aufleben, die bis zum Eintritt in die Vertragsgruppenpraxis bereits erworben wurden.

§ 6

Veröffentlichung

(1) Die Interessentenliste wird im Internet auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) publiziert und regelmäßig aktualisiert.

(2) Die Kammer wird der Kasse auf Verlangen über die Gründe allfälliger Veränderungen der Liste Auskunft geben und Einsicht in die diesbezüglichen Akte gewähren.

Abschnitt III.

§ 7 Ausschreibung

(1) Stellen werden im Einvernehmen von Kasse und Kammer im Internet auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) publiziert. Zusätzlich wird im Presseorgan der Kammer ein allgemeiner Hinweis auf die verlautbarten Ausschreibungen aufgenommen.

(2) Wird ein Gesellschaftsanteil gemäß §§ 6 und 7 Gruppenpraxengesamtvertrag ausgeschrieben, so ist dies in der Ausschreibung anzugeben. Die Ausschreibung hat Angaben zur Lage der künftigen bzw. bestehenden Gruppenpraxis innerhalb der örtlichen Zuständigkeit der Kasse (den Bezirk bzw. die Versorgungsregion, entsprechende Straßenzüge oder Teilgebiete von Bezirken), die vom Bewerber zu erfüllenden fachlichen Qualifikationen sowie allfällige sonstige spezifische Erfordernisse bzw. Schwerpunkte wie zum Beispiel Additivfächer oder Spezialisierungen der ÖÄK zu enthalten. Die Bewerbungsfrist ist in der Ausschreibung anzuführen, muss jedoch mindestens 14 Tage betragen.

(3) Wird eine originäre Gruppenpraxis (§ 8 Gruppenpraxengesamtvertrag) ausgeschrieben, so ist dies in der Ausschreibung anzugeben. Die Ausschreibung hat Angaben zur Lage der Gruppenpraxis innerhalb der örtlichen Zuständigkeit der Kasse (insbesondere den Bezirk bzw. die Versorgungsregion), die von den Bewerbern zu erfüllenden fachlichen Qualifikationen sowie allfällige sonstige spezifische Erfordernisse bzw. Schwerpunkte wie zum Beispiel Additivfächer oder Spezialisierungen der ÖÄK zu enthalten. Die Bewerbungsfrist ist in der Ausschreibung anzuführen, muss jedoch mindestens 14 Tage betragen.

(4) Liegen berücksichtigungswürdige Gründe vor, kann die Ausschreibung im Einvernehmen zwischen der Kasse und der Kammer widerrufen werden.

§ 8 Bewerbungen

(1) Bewerbungen haben stets von einzelnen Ärzten als Bewerber allein oder im Team bei der Ausschreibung von originären Gruppenpraxen zu erfolgen.

(2) Bewerbungen sind an die Kammer zu richten. Der Bewerbung sind sämtliche für die Bewerbung notwendigen Unterlagen beizulegen.

(3) Bewerber, die noch nicht in der Interessentenliste eingetragen sind, haben außerdem die Erfüllung der in Abschnitt II. § 3 Abs. 1 genannten Voraussetzungen nachzuweisen. Sofern diese vorliegen, erfolgt die Eintragung in die Interessentenliste automatisch mit dem Zeitpunkt des Einlangens der Bewerbung. Abschnitt II. § 3 Abs. 3 gilt sinngemäß.

(4) Bewirbt sich ein Bewerber um mehrere ausgeschriebene Stellen für Gruppen- und/oder Einzelpraxen, unabhängig vom Zeitpunkt der Ausschreibung, so hat er bei den Bewerbungen anzugeben, für welche Stelle ein bevorzugtes Interesse gegeben ist (Priorität). Ein Bewerber kann nur für jene Stelle erstgereiht werden, die von ihm als Priorität angegeben wurde. Für alle anderen ausgeschriebenen Stellen, um die er sich beworben hat, kann er bestenfalls zweitgereiht werden.

(5) Ergibt es sich durch den Verzicht eines bei einer anderen Stelle erstgereihten Bewerbers, dass er auch für diese von ihm nicht als Priorität angegebene Stelle zum Erstgereihten aufrückt, ist er von der Kammer darüber unverzüglich in Kenntnis zu setzen und aufzufordern, binnen einer Woche schriftlich bekannt zu geben, für welches der Vergabeverfahren die Bewerbung aufrecht bleibt. In diesem Fall bedeutet die Abgabe einer Priorität die Beendigung der Bewerbung für das jeweils andere Vergabeverfahren. Gibt der Bewerber innerhalb dieser Frist keine neue Priorität ab, so wird

er nur in jenem Vergabeverfahren, in welchem er selbst eine Priorität angegeben hat, weiter als Bewerber geführt.

(6) Hat der Bewerber keine Priorität bekannt gegeben, können Kammer und Kasse ersatzweise eine Priorität festlegen. Der Bewerber ist darüber in Kenntnis zu setzen. Abs. 4 und 5 gelten sinngemäß.

(7) Eine abgegebene oder ersatzweise festgelegte Priorität kann während des laufenden Vergabeverfahrens nicht abgeändert werden. Eine neue Priorität kann erst abgegeben werden, wenn das Verfahren nach dieser Vereinbarung hinsichtlich der Besetzung der Stelle, für die eine Priorität abgegeben oder festgelegt wurde, beendet ist.

§ 9 Reihung der Bewerber

(1) Die Kammer prüft die bis zum Ende der Bewerbungsfrist eingelangten Bewerbungsunterlagen und führt eine Reihung der Bewerber durch.

(2) Die Reihung der Bewerbungen erfolgt nach dem unter Berücksichtigung der Verordnung des Bundesministerin für Gesundheit und Frauen in der jeweils geltenden Fassung erstellten Punkteschema gemäß der Anlage zu dieser Vereinbarung.

(3) Die Kammer wird der Kasse die Reihung aller Bewerber sowie die Berechnung der Punkte pro Bewerber bzw. pro Bewerberteam gemäß Abs. 6 innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Ablauf der Bewerbungsfrist bekannt geben und alle Bewerbungsunterlagen der Bewerber bzw. Bewerberteams mit den höchsten Punktezahlen übermitteln. Auf Verlangen werden der Kasse auch die Bewerbungsunterlagen aller anderen Bewerber übermittlelt.

(4) Die Kasse überprüft die von der Kammer vorgenommene Reihung. Die definitive Festlegung der Reihung trifft der Invertragnahmeausschuss (§ 13).

(5) Bewerber haben nach der Beschlussfassung des Invertragnahmeausschusses und nach Veröffentlichung der Reihungen das Recht in ihre eigenen Bewerbungsunterlagen sowie in die Bewerbungsunterlagen der Mitbewerber um die konkrete Stelle in der Kammer Einsicht zu nehmen. Die Kasse ist vor der Einsichtnahme zu verständigen. Die Herstellung von Abschriften (Kopien, Photographien, etc.) durch die Kammer sind als solche zu kennzeichnen. Der Bewerber ist dabei von der Kammer darauf hinzuweisen, dass diese Unterlagen ausschließlich im Zusammenhang mit diesem Bewerbungsverfahren verwendet werden dürfen. Das Mitnehmen der Originalunterlagen ist ausnahmslos nicht gestattet. Zieht ein Bewerber seine Bewerbung zurück, so ist eine Einsichtnahme in die Bewerbungsunterlagen der ehemaligen Mitbewerber um die konkrete Stelle nicht zulässig.

(6) Die Kasse und die Kammer können gemeinsam die Invertragnahme eines Bewerbers oder eines Bewerberteams mit Begründung ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, dass der mit dem Gruppenpraxiseinzelvertrag verbundene Versorgungsauftrag durch diesen Bewerber bzw. durch dieses Bewerberteam nicht erfüllt werden kann oder wenn gerichtliche Verurteilungen gegen einen Bewerber im In- oder Ausland vorliegen.

(7) Für die Auswahl von originären Gruppenpraxen sind die sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärzte als Team zu bewerten, wobei die nach Abs. 2 zu vergebenden Kriterien auf jeden einzelnen Gesellschafter anzuwenden sind und die Bewertung nach Punkten teambezogen zu erfolgen hat.

(8) Die Regelung gemäß § 9 Abs. 3 Gruppenpraxengesamtvertrag kann auf Antrag an den Invertragnahmeausschuss mit dessen Zustimmung einmalig verkürzt werden.

§ 10 Bewertung/Hearing

- (1) Haben zwei oder mehrere Bewerber bzw. Bewerberteams dieselbe Punkteanzahl erreicht, so gilt jener Bewerber bzw. jenes Bewerberteam als erstgereiht, dessen Punkteanzahl bei der Beurteilung der fachlichen Qualifikation (Anlage I Z. 1 und 2) am höchsten ist. Ist der Punktestand der Bewerber bzw. der Bewerberteams auch unter Berücksichtigung der für die fachliche Qualifikation erreichten Punkte gleich, so ist die Entscheidung über die Vergabe der Stelle auf Grund eines Hearings gemäß den Bestimmungen der Reihungskriterienverordnung zu treffen.
- (2) Die Teilnehmer des Hearings sind alle nach Abs. 1 betroffenen Bewerber sowie die gleiche Anzahl von Vertretern der Kammer und der Kasse.
- (3) Sobald Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse besteht, ist der Erstgereichte zu informieren. Die von den Bewerbern jeweils erreichte Punkteanzahl wird auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) veröffentlicht.

Abschnitt IV.

§ 11 Standort der Gruppenpraxis

- (1) Handelt es sich bei der ausgeschriebenen Stelle um eine neu geschaffene, originäre Gruppenpraxis, so wird das erstgereichte Bewerberteam aufgefordert, innerhalb der in der Ausschreibung bezeichneten Region Ordinationsräumlichkeiten zu suchen. Kann es innerhalb von drei Monaten keine mögliche Praxisadresse bekannt geben, so rückt das nächstgereichte Bewerberteam nach. In begründeten Fällen ist eine Fristverlängerung möglich.
- (2) Die gemäß § 6 Abs. 3 im Gruppenpraxengesamtvertrag festgelegte Frist von 18 Monaten für die Besetzung einer zugeteilten Kassenplanstelle kann auf Antrag vom Invertragnahmeauschuss auf Grund berücksichtigungswürdiger Gründe verlängert werden.
- (3) Der Gruppenpraxiseinzelvertrag tritt erst in Kraft, wenn alle für den Betrieb der Ordination und ihrer Einrichtungen erforderlichen behördlichen Bewilligungen vorliegen.
- (4) Nach erfolgter Reihung ist ein Verzicht auf die Stelle binnen drei Monaten mittels schriftlicher Erklärung möglich. Diese ist auf dem Weg über die Kammer an die Kasse zu richten. In diesem Fall wird der Bewerber nicht aus der Interessentenliste gestrichen. Erfolgt der Verzicht nach Ablauf dieser Frist oder wird der dafür vorgesehene Weg nicht eingehalten, wird der Bewerber aus der Interessentenliste gelöscht. Im Falle eines Verzichtes des erstgereihten Bewerbers rückt der nächstgereichte Bewerber in dessen Position nach.
- (5) Ist die betreffende Planstelle der Gruppenpraxis nach Ablauf eines Jahres ab Ausschreibung nicht durch Abschluss eines neuen Gruppenpraxiseinzelvertrags besetzt worden, kann die Ausschreibung im Einvernehmen zwischen der Kasse und der Kammer widerrufen werden.
- (6) Der Fristenlauf für die in diesen Paragraphen bezeichneten Fristen beginnt jeweils mit der bezughabenden schriftlichen Mitteilung durch die Kammer. Maßgeblich ist jeweils das Datum des Einlangens des Schreibens beim Adressaten.

Abschnitt V.

§ 13

Invertragnahmeausschuss

- (1) Der Invertragnahmeausschuss setzt sich aus je zwei stimmberechtigten Vertretern der Kammer und der Kasse zusammen und trifft seine Entscheidungen einstimmig.
- (2) Der Invertragnahmeausschuss tritt jedenfalls einmal pro Quartal zusammen; sofern dies erforderlich erscheint, kann sowohl die Kammer als auch die Kasse seine Einberufung auch zwischenzeitlich verlangen.
- (3) Die Beschlussfassung erfolgt grundsätzlich im Rahmen einer Sitzung; im Anlass kann auch ein Umlaufbeschluss gefasst werden.

ANLAGE
zur Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für Wien und der
Wiener Gebietskrankenkasse für die Auswahl und Invertragnahme von
Gesellschaftern von Vertragsgruppenpraxen gemäß
§ 9 Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011

I.
Reihungskriterien

Die Reihung der Bewerber erfolgt nach folgenden Kriterien:

1. Berufserfahrung ab Erlangung des ius practicandi als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt.
 - 1.1 Berufserfahrung als angestellter und/oder freiberuflicher Arzt.
Eine Tätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin bei gleichzeitiger Meldung auf eine Ausbildungsstelle im Hauptfach eines Sonderfaches wird für die Berufserfahrung als angestellter Arzt nicht angerechnet.
Bewertung nach Punkten:
0,25 Punkte pro Monat, max. 9 Punkte
 - 1.2 Berufserfahrung niedergelassener Arzt
Insbesondere fallen unter diesen Punkt die Berufserfahrung als Teilhaber eines geteilten Vertrages (Jobsharing) gemäß § 8 Gesamtvertrag, die Tätigkeit als Wahlarzt und die Tätigkeit als Vertragsarzt oder Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis einer Gebietskrankenkasse.
Bewertung nach Punkten:
0,5 Punkt pro Monat, max. 5 Punkte
 - 1.3 Berufserfahrung als Praxisvertreter in Ordinationen mit Verträgen mit Gebietskrankenkassen
Bewertung nach Punkten:
1 Punkt pro 15 Vertretungstage. Vertretungstage in der ausgeschriebenen Gruppenpraxis sowie Vertretungstage in der Einzelpraxis, die zu einer Gruppenpraxis upgegradet wird, werden mit 1 Punkt pro 10 Vertretungstage berechnet.
Insgesamt können maximal 16 Punkte erworben werden. Die geeigneten Nachweise sind gemäß den Bestimmungen aus Abschnitt II zu erbringen.
 - 1.4 Berufserfahrung im Ärztefunkdienst bzw. in analogen Notarztsystemen
Die Anrechnung erfolgt nur bei Bewerbungen um eine Stelle als Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendheilkunde.
Bewertung nach Punkten:
0,125 Punkte pro Dienst im Ärztefunkdienst oder einem analogen Notarztsystem, max. 5 Punkte

Nach den unter Abschnitt I. Punkt 1 Ziff. 1.1. bis 1.4. genannten Kriterien können insgesamt maximal 35 Punkte erworben werden.

2. Fachliche Qualifikation

2.1 Allgemeine fachliche Qualifikation

- 2.1.1 Auf Grund folgender gelisteter Diplome/Ausbildungen bzw. von der ÖÄK verliehenen Diplomen:
Bewertung nach Punkten:
Fortbildungsdiplom – 4 Punkte (nur ein Diplom anrechenbar)

Diplom Substitutionsbehandlung – 3 Punkte
 Lehrgang „Die Arztpraxis – ein erfolgreiches Unternehmen“ – 2 Punkte
 Notarzdiplom – 2 Punkte
 PSY I Diplom – 1 Punkt
 PSY II Diplom – 2 Punkte
 PSY III Diplom – 3 Punkte
 Diplom für manuelle Medizin – 1 Punkt
 Diplom für Neuraltherapie – 1 Punkt
 Diplom für Arbeitsmedizin – 1 Punkt
 Diplom für Ernährungsmedizin – 1 Punkt
 Diplom für Kurortmedizin – 1 Punkt
 Diplom für Geriatrie – 1 Punkt
 Diplom für Sportmedizin – 1 Punkt
 Diplom Umweltmedizin – 1 Punkt
 Diplom Palliativmedizin – 1 Punkt
 Schularztdiplom – 1 Punkt
 Diplom für Genetik – 1 Punkt
 Diplom für Sexualmedizin – 1 Punkt
 Diplom für spezielle Schmerztherapie – 1 Punkt
 Diplom für Akupunktur – 1 Punkt
 Physikatskurs – 1 Punkt
 EEG-Zertifikat – 1 Punkt
 ÖÄK Zertifikat ärztliche Wundbehandlung – 1 Punkt
 Verrechnungsberechtigung Sonographie – 1 Punkt
 Ius Practicandi bei Bewerbungen um eine Facharztstelle – 2 Punkte
 Facharzdiplom bei Bewerbungen um eine Stelle für Allgemeinmedizin – 2 Punkte
 Alle übrigen Diplome der ÖÄK – 0,5 Punkte pro Diplom

2.1.2 Auf Grund von Additivfächern und/oder Spezialisierungen der ÖÄK:

Bewertung nach Punkten:
 8 Punkte pro Additivfach oder Spezialisierung

2.1.3 Habilitation an einer medizinischen Universität im jeweils ausgeschriebenen Fachbereich

Bewertung nach Punkten:
 2 Punkte

2.1.4 Auf Grund neuer Sonderfächer:

Ab dem Zeitpunkt der rechtsverbindlichen Anerkennung eines bestehenden Additivfaches als Sonderfach

Bewertung nach Punkten:
 0,5 Punkte je Sonderfach

2.2 Der Nachweis eines in der Ausschreibung angegebenen fachlich medizinischen Schwerpunktes durch entsprechende Diplome, Zusatzfächer etc.

Bewertung nach Punkten:
 7 Punkte

Insgesamt können durch die Punkte 2.1.1 bis 2.1.4 und 2.2 maximal 15 Punkte erworben werden.

3. „Wartezeit“ auf der Interessentenliste

Die „Wartezeit“ beginnt mit dem Datum der Eintragung in die fachspezifischen Interessentenlisten der Kammer oder mit der ersten ordnungsgemäßen Bewerbung für ausgeschriebene Vertragsarztstellen bzw. als Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis nach Erlangung der Berufsberechtigung als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt.

Während eines aufrechten Einzelvertragsverhältnisses zu einer Gebietskrankenkasse, auch als Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis einer Gebietskrankenkasse, sowie bei einem

vergleichbaren Vertragsverhältnis im Ausland, können aus dem Titel Wartezeit keine Punkte erworben werden. Ausgenommen sind Fälle gemäß § 5 Abs 2.

Bewertung nach Punkten:

0,25 Punkte pro Monat, 10 Punkte in den Fachgebieten Radiologie, Medizinische und Chemische Labordiagnostik und Pathologie. In allen anderen max. 16 Punkte.

4. Anrechnungszeiten für Mutterschutz, Elternkarenz, Präsenz- und Zivildienst
Zurückgelegte Mutterschutzzeiten nach dem Mutterschutzgesetz, zurückgelegte Elternkarenzzeiten nach dem Karenzgeldgesetz und Zeiten, für die Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld oder gleichartige Leistungen für Bewerber aus anderen EU-Mitgliedsstaaten bzw. EWR-Staaten bestand sowie Präsenz-, oder Zivildienstzeiten nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen. Angerechnet werden jene Zeiträume, die nach dem Zeitpunkt der Promotion liegen, sofern während dieser Zeit keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Nachweise, die gemäß II. Abs. 5 die Zeiten des Mutterschutzes, der Elternkarenz sowie den Bezug von Kinderbetreuungsgeld oder einer gleichartigen Leistung belegen, sind der Bewerbung beizulegen.

Bewertung nach Punkten:

0,2 Punkte pro Monat; maximal 3,6 Punkte pro Kind; insgesamt max. 5 Punkte

5. Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe – durch das weibliche Geschlecht zusätzlich vermittelbare besondere Vertrauenswürdigkeit. Dies findet keine Anwendung, wenn zum Zeitpunkt der Ausschreibung des Einzelvertrages der Anteil der Vertragsärztinnen inkl. Gesellschafterinnen von Vertragsgruppenpraxen im Sonderfach „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ im regionalen Versorgungsgebiet 50% oder mehr beträgt.

Bewertung nach Punkten:

10 % der in dieser Richtlinie festgelegten maximal erreichbaren Punkte

II. Nachweise

(1) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.1 und 1.2 werden ausschließlich die Ärzteliste bzw. schriftliche Bestätigungen aus dem Ausland herangezogen. Als Nachweis der Tätigkeit in einer ausländischen Einrichtung bzw. für eine im Ausland tätige Organisation (z.B. Ärzte ohne Grenzen) gilt ein von dieser Einrichtung (Organisation) ausgestelltes Bestätigungsschreiben; dieses muss genaue Angaben über Dauer und Art der Tätigkeit enthalten. Als Nachweis für die Berufserfahrung als Vertretungsarzt oder hauptberuflich tätiger Wahlarzt im Ausland ist eine Bestätigung der zuständigen offiziellen Berufsvertretung des jeweiligen Landes vorzulegen, die genaue Angaben über Dauer und Art der Tätigkeit enthalten muss.

(2) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.3 wird eine vom vertretenen Arzt bestätigte Vertretung auf dem von der Kammer aufgelegten Formular sowie gemeldete Vertretungen bei Witwenquartalen herangezogen. Die Nachweise sind unmittelbar nach erbrachter Vertretung bzw. bis längstens 15. März des folgenden Kalenderjahres in der Kammer vorzulegen und werden abgestempelt bzw. abgezeichnet. Die Nachweise sind entweder per eingeschriebenen Brief, per Telefax, per E-Mail oder persönlich bei der Kammer fristgerecht einzubringen. Nachträglich einlangende Nachweise werden bei Bewerbungen nicht berücksichtigt. Die Bestätigungen werden in der Kammer nicht archiviert und sind gemäß IV. Absatz 3 im Zuge einer Bewerbung immer dem Bewerbungsformular beizulegen.

(2a) Absatz 2 gilt für sämtliche Vertretungen, die ab dem 1. Jänner 2018 erbracht werden. Vertretungen, die zwischen dem 1. Jänner 2017 und dem 31. Dezember 2017 erbracht wurden, mussten entsprechend der bisher gültigen Regelung bis 15. Jänner 2018 vorgelegt werden.

(3) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.4 werden ausschließlich schriftliche Bestätigungen des Ärzte-Funkdienstes bzw. Honorarlisten des Ärzte-Funkdienstes bzw. des analogen Notarztsystems bzw. sonstige Dienstbestätigungen herangezogen.

(4) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 2 werden ausschließlich die von der Österreichischen Ärztekammer ausgestellten Diplome oder sonst angeführten Nachweise herangezogen.

(5) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 4 werden Bestätigungen der Sozialversicherung (bzw. entsprechender Institutionen der EU-Mitgliedsstaaten bzw. EWR-Staaten) über Karenz- oder Kindergeldbezug sowie Bestätigungen über Präsenz-, Ausbildungs- und Zivildienst herangezogen.

III. Stichtage

(1) Stichtag für die Berechnung der Punkte ist der letzte Tag der Bewerbungsfrist.

(2) Berufserfahrungen nach I. werden nur angerechnet, sofern die Erfahrungen vor dem letzten Tag der Bewerbungsfrist liegen. Erfolgt die Berechnung nach Monaten, so sind bei I. Ziff. 2.1 sowie Ziff. 4 nur volle Kalendermonate zur Berechnung heranzuziehen.

(3) Bei der Berechnung der Punkte nach I. Ziff. 3 werden grundsätzlich volle Kalendermonate herangezogen. Verbleibende Tage werden als Resttage aliquotiert, indem sie durch 30 dividiert werden.

IV. Sonstiges

(1) Bewirbt sich ein Arzt mehrmals, sind reihungsrelevante Unterlagen, die weiterhin Gültigkeit haben, nicht nochmals einzureichen, sondern werden automatisch zur Bewertung herangezogen.

(2) Alle für die Bewerbung relevanten Unterlagen müssen bis zum Ende der Bewerbungsfrist in der Kammer eingelangt sein. Später einlangende Unterlagen werden bei der Errechnung der Punkte nicht berücksichtigt.

(3) Bewerbungsrelevante Unterlagen können ausschließlich anlässlich einer Ausschreibung und nur während der Bewerbungsfrist eingereicht werden. Das Risiko, dass seine Unterlagen vollständig und rechtzeitig in der Kammer eintreffen, trägt der Bewerber.

Gruppenpraxiseinzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Gruppenpraxiseinzelvertrag wird zwischen der _____ (im Folgenden Vertragsgruppenpraxis genannt) und der Wiener Gebietskrankenkasse auf Grund der Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 abgeschlossen.

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

§ 2

Die ärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft von den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis als Arzt für (Sparte) _____ ausgeübt.

Berufssitz W I E N

Ordinationsstätte

Ordinationszeit

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der ärztlichen Tätigkeit der Vertragsgruppenpraxis wird im Einvernehmen mit der Kammer besonders vereinbart:

_____ -
 _____ -
 _____ -

§ 4

Die Rechte und Pflichten der Parteien des Gruppenpraxiseinzelvertrages ergeben sich aus dem Gruppenpraxengesamtvertrag, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Gruppenpraxiseinzelvertrag.

§ 5

(1) Die Vertragsgruppenpraxis gibt durch die Unterfertigung des Gruppenpraxiseinzelvertrages ihr Einverständnis, dass die von der Kammer beschlossenen und der Kasse bekanntgegebenen Abzüge vom Honorar der Vertragsgruppenpraxis vorgenommen werden können.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 52 des Gruppenpraxengesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem _____.

Wien,

Für die

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:

Die Obfrau:

Unterschrift der Vertragsgruppenpraxis

REGELUNG EINES BEHINDERTENGERECHTEN UND BARRIEREFREIER ZUGANGES ZUR ORDINATION

Gliederung (gemäß ÖNORM B 1600)

Text	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar im Einzelfall	Einhaltung ÖNORM B 1600 nicht relevant
2 Außenanlagen <u>Anmerkung:</u> Notwendigkeit ist ein stufenloser Zugang zum Ambulatorium vom Parkplatz (Behinderten-, „Rettungsparkplatz“) bzw. vom Gehsteig.			
2.1 Gehsteige, Gehwege und Radwege		Bestimmungen für Gehsteige und Gehwege sind relevant, sofern von dort Zugang zum Objekt, in dem das Ambulatorium untergebracht ist, erfolgt.	Radwege
2.2 Fußgängerübergänge			X
2.3 Rampen	X		
2.4 Stellplätze für PKW von behinderten Personen <u>Anmerkung:</u> Anzahl je nach Bedarf in unmittelbarer Nähe zum behindertengerechten Zugang – möglichst dem Haupteingang	X		
2.5 Fernsprechstellen, Notrufeinrichtungen			X wenn notwendige Telefonate durch das Sekretariat des Ambulatoriums erledigt werden
3 Gebäude			
3.1 Eingänge, Türen	X		
3.2 Horizontale Verbindungswege	X		
3.3 Vertikale Verbindungswege	X		
3.4 Sanitärräume <u>Anmerkung:</u> gemeint sind WC-Räume	X gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4		
3.5 Spezielle bauliche Ausführungen			

3.5.1 Anordnung von Rollstuhlpätzen <u>Anmerkung:</u> Rollstuhlstellplätze im Warteraum	Mindestens zwei Plätze		
3.5.2 Anordnung von behinderten-gerechten Unterkunftseinheiten in Beherbergungs-betrieben und Heimen			X
3.5.3 Schalter, Durchgänge <u>Anmerkung:</u> Rezeption	X Induktionsschleife zusätzlich		
3.5.4 Anordnung von behindertengerechten Umkleidekabinen		X wenn das Ambulatorium über Umkleidekabinen verfügt mindestens eine behindertengerecht	
-,- von Duschen und Bädern		nach Bedarf gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4	
3.5.5 Allgemein zugängliche Nutzräume		nach Bedarf	
3.5.6 Freibereich			X
3.5.7 Technische Ausstattung, Materialien <u>Anmerkung:</u> z. B. Gegensprechanlage, Bodenbelag, Lichtschalter	X		
3.5.8 Orientierung	X		
4 Kennzeichnung	X		

Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Wien zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 betreffend die Behandlung von nicht in Österreich sozialversicherten Personen, die ärztliche Leistungen mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) in Anspruch nehmen

Präambel

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, dass für die Behandlungsfälle der in einem EU-Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Patienten, deren Anspruch mit gültiger Europäischer Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung nachgewiesen wird, die folgenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen.

(2) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

I.

Die Behandlung der in einem EU-Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Patienten, die ihren Anspruch mit gültiger Europäischer Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung nachweisen, erfolgt entsprechend der europarechtlichen Bestimmungen durch Vertragsgruppenpraxen der Wiener Gebietskrankenkasse im Ausmaß des Notwendigen als Sachleistung.

II.

Patienten, die mittels EKVK Sachleistungen in Anspruch nehmen wollen, haben bei der Inanspruchnahme eine gültige EKVK und einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. In der Ordination wird geprüft, ob die Karte formal gültig ist (Gültigkeitsdauer auf der Karte) und mit der Identität des Patienten auf dem amtlichen Lichtbildausweis (zB Reisepass, Personalausweis etc.) übereinstimmt und soweit dies der Vertragsgruppenpraxis möglich und zumutbar ist, ob die Einreise des Patienten nach Österreich nicht ausschließlich zur Krankenbehandlung erfolgte und die Behandlung in Relation zur Dauer des Aufenthaltes in Österreich notwendig ist. Kann die Identität nicht mittels Lichtbildausweis nachgewiesen werden, gelten die Patienten als Privatpatienten.

III.

Um die Abrechnung der Leistungen zu gewährleisten, ist eine Kopie der EKVK anzufertigen, so dass alle Daten der EKVK leserlich sind. Auf der Kopie werden der Ordinationsstempel und das Datum des Behandlungsbeginnes angebracht. Sollte die vom Patienten vorgelegte EKVK auf Grund des Zustandes der Karte nicht leserlich sein, kann sie auch nicht als Anspruchsnachweis akzeptiert werden. In diesem Fall kann der Behandlungsfall privat verrechnet werden, bzw. obliegt es dem Patienten vom zuständigen Krankenversicherungsträger eine Ersatzbescheinigung ausstellen zu lassen.

Wenn von der Vertragsgruppenpraxis gewünscht wird, das Patientenerklärungsformular weiterzuverwenden, wird dieses wie bisher von der Wiener Gebietskrankenkasse zur Verfügung gestellt.

IV.

Die Kopie der EKVK oder das vollständig ausgefüllte Patientenerklärungsformular ist an die Wiener Gebietskrankenkasse, nach Möglichkeit innerhalb von drei Tagen, per Post an die Leistungsabteilung/Gruppe EVS, oder per Fax (Fax-Nr. 60 122/2449 oder 3529) oder zusammen mit den Krankmeldungen an die Bezirksstelle zu übermitteln.

V.

Wenn für weiterführende Behandlungen Folgebelege notwendig sind, so sind die üblichen Formulare zu verwenden, wobei der Patient darauf hinzuweisen ist, dass bei allen anderen Leistungserbringern für die Abrechnung deren Leistung ebenfalls eine Kopie der EKVK notwendig ist. Natürlich ist es auch möglich, dass dem Folgebeleg eine Kopie der EKVK beigelegt wird. Der Leistungserbringer hat diese Daten dann bei der Abrechnung der Folgebehandlung der Kasse zu übermitteln.

VI.

Bei der Ausstellung von Folgebelegen sind der Name des Patienten, Geburtsdatum und die persönliche Kennnummer sowie das Kürzel EKVK, bei der Ausstellung von Rezepten anstatt des Kürzels EKVK der zweistellige Staatencode anzuführen. Zudem sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass bei allen Leistungserbringern die EKVK und ein amtlicher Lichtbildausweis vorzulegen sind.

VII.

Die Abrechnung der Leistungen für die EKVK-Patienten hat gemäß dem Datensatzaufbau des Hauptverbandes zu erfolgen, wobei folgende Daten zwingend in den Abrechnungsdatensatz aufzunehmen sind:

- Vor- und Zuname und Geburtsdatum des Patienten (Satzart 01)
- ISO-Staatencode (Versichertenkategorie)
- Ausländische persönliche Kennnummer des Patienten (Satzart 06)
- Kennnummer der EKVK (Satzart 06)
- Institutioncode und Akronym des ausländischen Versicherungsträgers (Satzart 06)

VIII.

Erfolgt eine Zuweisung zu einer Folgebehandlung ohne Arztkontakt (Pathologie, eventuell medizinisch-chemische Labordiagnostik) so ist der Zuweisung vom zuweisenden Arzt bzw. von der zuweisenden Vertragsgruppenpraxis eine Kopie der EKVK beizulegen.

IX.

EKVK-Patienten sind gemeinsam mit der Abrechnung der Versicherten der §2-Kassen zur Abrechnung einzureichen. Bei der Honorarabrechnung sind Papierbelege (Überweisungen) beizulegen. Die Wiener Gebietskrankenkasse wird bei den EKVK-Fällen, die mit allen erforderlichen Daten elektronisch abgerechnet werden, eine technische Lösung anstreben, die es ermöglicht, auf die Übermittlung von Papierbelegen zu verzichten.

X.

Wenn die in dieser Vereinbarung festgelegte Vorgangsweise von der Vertragsgruppenpraxis eingehalten wird, verpflichtet sich die Wiener Gebietskrankenkasse die Leistungen der Vertragsgruppenpraxis zu den jeweiligen Tarifen der Honorarordnung der Wiener Gebietskrankenkasse als Sachleistung zu vergüten. Diese Abrechnungsgarantie gilt auch dann, wenn sich nachträglich herausstellen sollte, dass doch kein Anspruch gegenüber dem ausländischen Krankenversicherungsträger bestanden hat, von der Vertragsgruppenpraxis aber alle oben beschriebenen Obliegenheiten eingehalten wurden.

XI.

Sollte im Einzelfall nachträglich vom ausländischen Krankenversicherungsträger eine Prüfung gefordert werden, wird die Wiener Gebietskrankenkasse durch die Dokumentation der Vertragsgruppenpraxis unterstützt.

Ärzte-Funkdienst

§ 1 Allgemeines

Der Ärzte-Funkdienst hat die dringende ärztliche Hilfeleistung an Wochenenden und an Feiertagen sowie während der Wochentagsnächte sicherzustellen.

§ 2 Teilnahme am Ärztefunkdienst

(1) Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen sind zur Teilnahme am Ärzte-Funkdienst verpflichtet.

(2) Die Kammer kann zur Tätigkeit im Ärztefunkdienst auch andere zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechnigte Ärzte heranziehen. In diesem Falle hat sie vorzusorgen, dass diese alle sich aus den gesamtvertraglichen Regelungen für Vertragsärzte gegenüber den Versicherungsträgern und deren Anspruchsberechnigten ergebenden Verpflichtungen einhalten.

(3) Soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist, gelten hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeiten für alle am Ärzte-Funkdienst teilnehmenden Ärzte die Bestimmungen dieses Gruppenpraxengesamtvertrages.

§ 3 Einsatzzeiten und Dienste

(1) Der Dienst am Wochenende beginnt am Freitag um 19 Uhr und endet am Montag um 7 Uhr. Der Dienst am Feiertag läuft von 19 Uhr des dem Feiertag vorangehenden Tages bis 7 Uhr des dem Feiertag folgenden Tages. Der Dienst zu Weihnachten beginnt am 24. Dezember um 7 Uhr und endet am 27. Dezember um 7 Uhr. Zum Jahreswechsel ist vom 31. Dezember 7 Uhr bis 2. Jänner 7 Uhr Bereitschaftsdienst. In den Werktagsnächten von Montag bis Donnerstag beginnt der Dienst jeweils um 19 Uhr und endet um 7 Uhr.

(2) Die zum Ärzte-Funkdienst eingeteilten Ärzte versehen den Dienst als

1. Ordinationsdienst-Ärzte (d.s. Ärzte, die den Dienst in ihren Ordinationen oder an einem fixen Ordinationsstützpunkt durchführen),
2. Funkdienst-Ärzte (d.s. Ärzte, die mit Funkwagen Hausbesuche durchführen),
3. selbstfahrende Ärzte (d.s. Ärzte, die mit ihrem eigenen Fahrzeug Hausbesuche durchführen),
4. Funkselfstfahrer (d.s. selbstfahrende Ärzte, deren Fahrzeug mit einem eigenen Funkgerät ausgerüstet ist),
5. Telefondienst-Ärzte (d.s. Ärzte, die von einer Telefon- und Funkzentrale aus den Einsatz der übrigen zum Ärzte-Funkdienst eingeteilten Ärzte lenken).

§ 4 Organisation

(1) Die Errichtung und die Durchführung des Ärzte-Funkdienstes erfolgt durch die Kammer. Die Kammer ist berechtigt, mit der Organisation und administrativen Durchführung des Ärzte-Funkdienstes auch Dritte zu betrauen.

(2) Zur Sicherstellung des ordnungsgemäßen Ablaufes obliegt der Kammer insbesondere

1. die Auswahl und der Einteilung der Ärzte;
2. die Beistellung von Funkwagen einschließlich der notwendigen Ausrüstung für die Funkdienst-Ärzte;
3. die Durchführung aller administrativen Arbeiten im Zusammenhang mit dem Ärzte-Funkdienst (zB Erstellung der Dienstlisten, Zusammenstellung der Berufungs- und Einsatzaufzeichnungen, Anforderung des pro-ordinatione-Bedarfes, Bestellung der notwendigen Drucksorten);
4. die Rechnungslegung und die Berichterstattung an den Ständigen Ausschuss.

§ 5 Pflichten der Funkdienst-Ärzte

(1) Die am Ärzte-Funkdienst teilnehmenden Ärzte sind dazu verpflichtet, die von der Kammer im Zusammenhang mit dem Ärzte-Funkdienst erlassenen Anordnungen genauestens einzuhalten.

(2) Funkdienst-Ärzte, selbstfahrende Ärzte und Funkselfsfahrer sind dazu verpflichtet, die Einsatzaufträge der Telefondienst-Ärzte ohne Aufschub auszuführen.

(3) Notwendige ärztliche Hilfeleistungen dürfen im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes nicht abgelehnt werden.

(4) Alle zum Ärzte-Funkdienst als Funkdienst-Ärzte, selbstfahrende Ärzte oder Funkselfsfahrer eingeteilten Ärzte sind - ungeachtet ihrer Zugehörigkeit zu einer Fachrichtung - gleichermaßen dazu verpflichtet, Krankenbesuche im Sinne der Bestimmungen dieses Gruppenpraxengesamtvertrages durchzuführen und bei festgestellter Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen auszustellen.

(5) Die Dienst habenden Ärzte haben Aufzeichnungen über ihre Tätigkeit während des Dienstes zu führen.

(6) Die Dienst habenden Ärzte sind im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes zur ärztlichen Hilfeleistung auch für Anspruchsberechtigte anderer als der in § 2 des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 aufgelisteten Versicherungsträger verpflichtet, sofern diese sich am von Kammer und Kasse eingerichteten Ärzte-Funkdienst beteiligen. Anspruchsberechtigte der betreffenden Versicherungsträger sind hinsichtlich der ärztlichen Hilfe im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes den Anspruchsberechtigten der § 2 – Versicherungsträger gleichgestellt

§ 6 Pro Ordinatione

Die Beistellung des pro-ordinatione-Bedarfes für den Ärzte-Funkdienst erfolgt durch die Kasse in entsprechender Anwendung der Bestimmungen von § 37 des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.

§ 7 Privatpatienten

(1) Die dringende ärztliche Hilfeleistung für Anspruchsberechtigte durch Dienst habende Ärzte während des Ärzte-Funkdienstes erfolgt auf Rechnung des leistungszuständigen Versicherungsträgers.

(2) Die Dienst habenden Ärzte sind – ausgenommen Abs. 3, 4 und 5 - nicht berechtigt, für ihre Tätigkeit während des Dienstes von den Anspruchsberechtigten die e-card entgegenzunehmen bzw. die Ausstellung eines e-card-Ersatzbeleges oder Zahlungen zu verlangen.

(3) Für die Behandlung von Privatpatienten (gemäß § 27 Gruppenpraxengesamtvertrag) durch die Dienst habenden Ärzte sind Privathonorare einzuheben; von diesen sind Unkostenbeiträge, deren Höhe vom ständigen Ausschuss festzusetzen ist, an die Kammer abzuführen. Diese Beiträge sind für Zwecke des Ärzte-Funkdienstes zu verwenden.

(4) Ist die Einhebung von Privathonorar anlässlich der Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes nicht möglich, haben die Ärzte jedenfalls die Einhebung des Unkostenbeitrages der Kammer zu übertragen.

(5) Als Privatpatienten gelten auch

1. Anspruchsberechtigte, denen die ärztliche Hilfe nicht als Sachleistung gewährt wird;
2. Anspruchsberechtigte eines beigetretenen Versicherungsträger, wenn und solange zwischen diesem und der Kammer ein vertragsloser Zustand besteht;
3. Anspruchsberechtigte, die den Ärzte-Funkdienst nach Feststellung des Ständigen Ausschusses ungerechtfertigt in Anspruch genommen haben.

§ 8 Schadenersatz

(1) Der Dienst habende Arzt haftet für den aus einer schuldhaften Verletzung seiner Pflichten entstandenen Schaden (§§ 1293 ff ABGB).

(2) Unbeschadet der Bestimmung von Abs. 1 können bei groben Verstößen der dem Dienst habenden Arzt obliegenden Pflichten Abzüge vom gebührenden Pauschalhonorar (§ 10) vorgenommen werden.

(3) Die Entscheidung über Ersatzansprüche nach Abs. 1 und Abzüge nach Abs. 2 obliegt dem Ständigen Ausschuss. Ein Beschluss des ständigen Ausschusses hierüber ist ein bindender Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff der Zivilprozessordnung.

(4) Abzüge nach Abs. 2 sind für Zwecke des Ärzte-Funkdienstes zu verwenden.

§ 9 Rechnungslegung

(1) Die Kammer wird der Kasse die monatlichen Nachweisungen über die Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes bis spätestens 15. des nachfolgenden Monats übermitteln.

(2) Nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres wird die Kammer der Kasse eine Aufstellung über die Einnahmen und die Ausgaben für den Ärzte-Funkdienst übergeben.

§ 10 Honorierung

- (1) Der Dienst habende Arzt erhält für seine Tätigkeit ein Pauschalhonorar oder ein Grundhonorar zuzüglich eines Visitenhonorars, dessen Höhe vom ständigen Ausschuss festgesetzt wird. Damit sind alle vom Dienst habenden Arzt während des Ärzte-Funkdienstes an Anspruchsberechtigten erbrachte Leistungen abgegolten.
- (2) Die Kosten des Ärzte-Funkdienstes werden mit einem auf Basis des von Kammer und Kasse erstellten Jahresvoranschlags mit Beschluss des Ständigen Ausschusses festzusetzenden Jahrespauschalbetrag abgegolten.
- (3) Mit diesem Betrag sind sämtliche sich aus dem Ärzte-Funkdienst ergebenden Verpflichtungen aller am Ärzte-Funkdienst beteiligten Versicherungsträger einschließlich der beigetretenen Versicherungsträger gegenüber der Kammer und den Dienst habenden Ärzten erfüllt.
- (4) Die Überweisung des nach Abs. 2 festgesetzten Betrages an die Kammer erfolgt durch die Kasse. Die näheren Zahlungsmodalitäten werden gesondert zwischen der Kasse und der Kammer vereinbart.

§ 11 Ständiger Ausschuss

- (1) Die Behandlung aller den Ärzte-Funkdienst betreffenden Angelegenheiten obliegt dem Ständigen Ausschuss.
- (2) Der Ständige Ausschuss besteht aus je fünf Vertretern der Kammer und der Versicherungsträger sowie einem Vertreter der Gemeinde Wien; für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen.
- (3) Der Ständige Ausschuss fasst seine Beschlüsse einstimmig. Kommt ein Beschluss des Ständigen Ausschusses nicht zu Stande, sind über Verlangen der Kammer oder der Versicherungsträger unverzüglich Verhandlungen zwischen diesen aufzunehmen.
- (4) Der Ständige Ausschusses hat jedenfalls folgende Aufgaben wahrzunehmen:
1. Die Beschlussfassung über einen auf Basis der von Kammer und Kasse vorgelegten Jahresvoranschläge ermittelten vorläufigen Jahrespauschalbetrag zur Abdeckung der Kosten des Ärzte-Funkdienstes.
 2. Die Beschlussfassung über den auf Basis der von Kammer und Kasse vorgelegten Jahresabrechnungen (Bilanzen) ermittelten endgültigen Jahrespauschalbetrag.
 3. Die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Ärzte-Funkdienstes.
 4. Die Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der für den Ärzte-Funkdienst zur Verfügung stehenden Mittel.
 5. Die Festsetzung der Honorare für die Dienst habenden Ärzte.
 6. Die Festsetzung des Unkostenbeitrages, der für die Behandlung von Privatpatienten im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes vom Privathonorar an die Kammer abzuführen ist.
 7. Die Entscheidung über Maßnahmen bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes.
 8. Die Festsetzung von Form und Inhalt der verwendeten Formulare.
- (5) Zur genauen Regelung der Durchführung der ihm obliegenden Agenden (Procedere für Ladung zu Sitzungen etc.) hat der Ständige Ausschuss eine Geschäftsordnung zu beschließen.

§ 12
Betritt anderer Versicherungsträger

(1) Andere als die in § 2 des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 genannten Versicherungsträger können sich durch Abgabe einer entsprechenden Erklärung am Ärztefunkdienst beteiligen.

(2) Die auf die vom Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 erfassten Versicherungsträger und die dem gemäß Abs. 1 beigetretenen Versicherungsträger entfallenden Anteile am Jahrespauschalbetrag werden in einer gesonderten Vereinbarung festgelegt.

Gesamtvertragliche Vereinbarung

abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge HV genannt) im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (in der Folge BKNÄ genannt) im eigenen Namen und im Namen aller Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern gemäß §§ 342ff ASVG.

Diese Vereinbarung ergänzt die Verpflichtungen der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gemäß der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 16. Dezember 2004 über die Verwendung der e-card in der derzeit geltenden Fassung, sowie gemäß der diesbezüglichen Vereinbarungen der kurativen Gesamtverträge. Die zuständigen Krankenversicherungsträger und die zuständigen Ärztekammern verpflichten sich, ihre kurativen Gesamtverträge entsprechend dieser Vereinbarung anzupassen.

Soweit in der Folge personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf eine bestimmte Person ist die jeweilige geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

Präambel

Ziel der Vereinbarung ist die gemeinsame (Weiter-)Entwicklung des e-card Systems zur Verbesserung der Servicequalität für die Versicherten und zur Vereinfachung der Prozesse in den Ordinationen und in den Sozialversicherungsträgern.

Die eKOS-Applikation verfolgt den Zweck, die Zusammenarbeit zwischen Leistungsverordnern und Leistungserbringern zu unterstützen und in der Kommunikation mit den Krankenversicherungsträgern effizienter zu gestalten. Papierprozesse sollen weitestgehend durch elektronische Abläufe ersetzt werden, um Bürokratie abzubauen. Regelungen über die Abrechenbarkeit von Leistungen werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

Einführung von e-Services 2018 und 2019

§ 1 Elektronisches Kommunikations Service eKOS (e-Zuweisung, e-Überweisung, e-Verordnung)

- (1) Bei der eKOS-Applikation handelt es sich um die elektronische Erfassung, Übermittlung und Bearbeitung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen, wobei die zugrundeliegenden Leistungen unterschiedlich nach den jeweiligen Regelungen der Krankenversicherungsträger einer

Bewilligungspflicht durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst unterliegen können. eKOS wird auf Basis eines einvernehmlich festgelegten Rollout Planes für das Jahr 2018 eingeführt und gemeinsam weiterentwickelt.

- (2) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit kurativem Einzelvertrag zu einer GKK sind jedenfalls verpflichtet, ab 01.01.2019 bei jeder Überweisung, Zuweisung und Verordnung, die eine der in Abs. 3 angeführten Leistungsarten betrifft, die eKOS-Applikation zu verwenden. Die Verpflichtung umfasst nicht die Ausstellung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen bei Hausbesuchen bzw. Hausbesuchen in Heimen, sofern keine (mobile) Ausstattung vorhanden ist. Ausgenommen von der verpflichtenden Verwendung sind Vertragsärzte, die zum 01.01.2019 das 68. Lebensjahr bereits vollendet oder den Einzelvertrag bis 31.12.2018 gekündigt haben werden.
- (3) Als Leistungsarten umfasst die Verwendungspflicht folgende Untersuchungen bzw. Therapien: MR, CT, Knochendichtemessung, Humangenetische Untersuchungen, Nuklearmedizinische Untersuchungen, klinisch-psychologische Diagnostik, Röntgen, Sonographie, Röntgentherapie.
- (4) Die weitere Verpflichtung zur Verwendung der eKOS-Applikation von zusätzlichen ärztlichen Fachgruppen als Zuweisungsempfänger und Leistungserbringer bedarf des Einvernehmens zwischen den Vertragsparteien.
- (5) Die eKOS-Applikation ist unabhängig davon anzuwenden, ob eine Leistungsart bei einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst zu bewilligen ist oder nicht. Die Regelungen über die Bewilligungspflicht von Leistungen werden durch die gegenständliche Vereinbarung nicht berührt.
- (6) Die eKOS-Applikation ändert nicht die Zuständigkeit der Patienten für die allfällige Einholung der Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes.
- (7) Der HV leistet für die verpflichtende flächendeckende Verwendung eine pauschale Vergütung in Höhe von € 2,1 Mio., zahlbar mit 01.09.2019. Die Verteilung an Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen erfolgt, ab 1.10.2019 sobald die Verpflichtung der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gemäß § 1 Abs. 2 eintritt, durch die ÖÄK.
- (8) Die Vertragsparteien setzen sich dafür ein, dass eKOS ab 01.10.2019 flächendeckend und verpflichtend verwendet wird. Daher ist erstmalig mit 01.10.2019 die Voraussetzung gemäß §13 Abs. 1 3. Zusatzprotokoll VU-GV zur Erhöhung der Tarife der VU auf € 91,- gegeben.
- (9) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit einem kurativen Einzelvertrag zu einer Gebietskrankenkasse, die eKOS integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von € 4,- pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat bis einschließlich Dezember 2022, frühestens aber erst ab 01.01.2019. Der Zuschuss gemäß § 2 Abs. 2 ist davon unberührt.
- (10) Zur Auszahlung wird folgende Vorgangsweise vereinbart: Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der üblichen jeweiligen GKK Honorarabrechnung über eine

eigene Verrechnungsposition. Deren Abrechnung durch den Vertragspartner setzt das weitere Bestehen seiner Anspruchsberechtigung und die Zustimmung zur Überprüfung der integrierten Verwendung durch den Hauptverband voraus.

§ 2 e-Medikation

- (1) Die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen zur Verwendung von e-Medikation ergeben sich aus §§ 13 Abs 2 und 3 iVm § 16a Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTelG 2012) iVm der ELGA-Verordnungsnovelle 2017, BGBl. II Nr. 380/2017). Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass nach Ende des Rollouts eine flächendeckende Verwendung der e-Medikation durch zumindest 80 Prozent der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen im Bereich der Allgemeinmedizin und der allgemeinen Fachärzte gegeben ist.
- (2) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit einem kurativen Einzelvertrag zu einer Gebietskrankenkasse (ausgenommen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit Ordinationsstandort in Vorarlberg), die e-Medikation integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von € 20,-- pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat (nicht jedoch vor dem Zeitpunkt der tatsächlichen Verpflichtung lt. Rollout-Plan der Region) bis einschließlich Dezember 2022. Der Zuschuss gemäß § 1 Abs. 9 ist davon unberührt.
- (3) Zur Auszahlung wird folgende Vorgangsweise vereinbart: Mit dem Antrag zur Bundesförderung für die Anschubfinanzierung kann gleichzeitig der in Abs. 2 beschriebene Zuschuss bei der jeweiligen GKK beantragt werden. Dieser muss die Zustimmung des Antragstellers enthalten, dass die integrierte Verwendung seitens des Betreibers stichprobenartig überprüft wird. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der üblichen jeweiligen GKK Honorarabrechnung über eine eigene Verrechnungsposition. Deren Abrechnung durch den Vertragspartner setzt das weitere Bestehen seiner Anspruchsberechtigung und die Zustimmung zur Überprüfung der integrierten Verwendung durch den zuständigen Betreiber gemäß § 16a GTelG 2012 voraus.

§ 3 Einführung „Foto auf der e-card“ von 2019 -2023

Die Ärztekammern sowie die Ärzte und Gruppenpraxen werden die flächendeckende Ausstattung durch zielgerichtete Information der Patienten unterstützen.

§ 4 Gemeinsame Einführung

Die BKNÄ und die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern werden die oben vereinbarten Projekte bei der Einführung durch Informationen an die Mitglieder aktiv und positiv unterstützen.

Einführung weiterer e-Services

§ 5 Generelles Vorgehen vor Einführung (Kosten/Nutzen-Prozedere)

- (1) HV und BKNÄ vereinbaren, bis 30.06.2018 ein gemeinsames Prozedere zu erarbeiten und zu vereinbaren, damit eine kooperative Einführung von e-Services (insb. e-Rezept, e-Transportschein, e-Impfpass und e-Mutter-Kind-Pass) im Zeitraum 2018-2022 vorgenommen werden kann.
- (2) Folgende Schritte zur Einführung werden dabei als Weg festgelegt:
 - HV und BKNÄ ermitteln und definieren Kriterien zur Nutzen/Kostenverteilung der betroffenen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen unter Einbindung der Softwarehersteller.
 - Ermittlung der „Standard“-Kosten/Nutzen für betroffenen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen (sowohl einmalig als auch laufend).
 - Bewertung erfolgt durch Bewertungsteam von HV und BKNÄ.
 - Bei Nichteinigung innerhalb von drei Monaten ab Beginn der Kosten/Nutzen-Evaluierung werden von HV und BKNÄ einvernehmlich zwei Experten bestellt. Beide Seiten akzeptieren das Gutachten.
 - Das Ergebnis stellt einen Teil der Verhandlungsgrundlagen und allfälliger Kostenabgeltungen für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen dar.

§ 6 Geplante Einführung von e-Rezept

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Rollout von e-Rezept nach Maßgabe des Prozederes nach § 5 gestaffelt im Jahr 2020 erfolgen soll. Gemeinsames Ziel ist es, dass e-Rezept von Vertragsärzten, Vertragsgruppenpraxen und Wahlärzten mit Rezeptrecht ab Ausstattung, spätestens jedoch ab 01.01.2021, verwendet wird.

§ 7 Geplante Einführung von e-Transportschein

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Rollout von e-Transportschein nach Maßgabe des Prozederes nach § 5 gestaffelt im Jahr 2021 erfolgen soll. Gemeinsames Ziel ist es, dass e-Transportschein von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen ab Ausstattung, spätestens jedoch ab 01.01.2022, verwendet wird.

Modernisierung der Infrastruktur

§ 8 GIN-Zugangsnetz: Zusammenlegung von SV-Kanal und MWD-Kanal im Jahr 2018 und Erhöhung der Bandbreite auf 2MBit/s¹

- (1) Der Aufpreis für die Kanalzusammenlegung beträgt € 3,-- netto zzgl. USt pro Monat pro GIN-Zugangsnetzanschluss ab 01.01.2018. Der HV wird mit den GIN-Zugangsnetz Providern im Wege der GIN-Zugangsnetz-Providerverträge vereinbaren, dass der Betrag nur jenen Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen in Rechnung gestellt wird, die über eine Zuzahlung durch den HV gestützt werden.
- (2) Der Aufpreis für die Bandbreitenerhöhung beträgt € 1,-- netto zzgl. USt pro Monat pro GIN-Zugangsnetzanschluss ab 01.01.2018. Der HV wird mit den GIN-Zugangsnetz Providern im Weg der GIN-Zugangsnetz-Providerverträge vereinbaren, dass der Betrag nur jenen Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen in Rechnung gestellt wird, bei denen die Bandbreitenerhöhung vorgenommen wird. Das schließt jene aus, bei denen eine Bandbreitenerhöhung nicht herstellbar ist oder deren GIN-Zugangsnetzanschluss zum 01.01.2018 bereits eine höhere Bandbreite hat.
- (3) Die unter Abs. 1 und Abs. 2 anfallenden Kosten je GIN-Zugangsnetzanschluss für 12 Monate á max. € 4,-- netto zzgl. USt werden von der ÖÄK übernommen.
- (4) HV und BKNÄ streben eine weitere deutliche Erhöhung der Bandbreiten an und werden dazu im Jahr 2018 ein gemeinsames Verhandlungsteam einrichten.

§ 9 Ersatz der physischen GINA durch ein Service (GINA-as-a-Service) – schrittweise Einführung ab 2021

- (1) Der HV verpflichtet sich ab 2021 den Ersatz der physischen GINA durch ein Service (GINA-as-a-Service) schrittweise durchzuführen. Der dadurch entstehende Wegfall der Hardwarekosten reduziert jedenfalls die Kosten des GIN-Zugangsnetzes für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen ab 01.01.2022 in der Höhe des Aufpreises gemäß § 8 Abs. 1. Wird diese Preisreduktion per 01.01.2022 nicht erreicht wird, der Hauptverband diese Kosten in Höhe von maximal € 3,-- netto zzgl. USt für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen übernehmen. Sollten andere Preissteigerungen anfallen, werden diese nicht vom HV übernommen. Eine gemeinsame Lösung mit den Providern wird gesucht.
- (2) Mit dem Wegfall der physischen GINA entfällt gleichzeitig die Möglichkeit, über diese Offline Konsultationen zu erfassen, sowie die Stand-alone Anbindungsmöglichkeit.

¹ Sofern technisch möglich

Schlussbestimmung

§ 10 Vertragsdauer

- (1) Diese Vereinbarung wird für eine Laufzeit von fünf Jahren geschlossen und endet spätestens am 31.12.2022. Von dieser Vereinbarung abweichende Vereinbarungen auf Ebene der Krankenversicherungsträger und Landesärztekammern sind nur mit Zustimmung der Vertragsparteien zulässig.
- (2) HV und BKNÄ kommen überein, im Jahr 2021 Gespräche über eine Fortführung dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung oder einzelner Bestandteile sowie einer Valorisierung zu führen, mit dem Ziel, die laufenden Zahlungen auf Basis dieser Vereinbarungen in eine zusätzliche Modernisierung der Leistungskataloge für Telekonsultationen überzuführen.

Wien, am **05. Juni 2018**

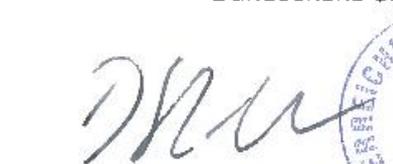
Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger


Dr. Alexander Blach
Verbandsvorsitzender




DI Volker Schörghofer

Für die Österreichische Ärztekammer
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte


VP MR Dr. Johannes Steinhart
BKNÄ-Obmann




a.o. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres
Präsident