

VM1-W-Mag.Eg/Mag.Bra/Hö

Juli 2024

Honorarregelung von 1. Jänner 2023 bis 31. Dezember 2024

Sehr geehrte Frau Doktorin, sehr geehrter Herr Doktor,

mit dem Rundschreiben von Jänner 2024 haben wir über die Vereinbarung einer Honorarregelung für die Jahre 2023 und 2024 mit der Ärztekammer für Wien, Kurie niedergelassene Ärzte, informiert. Nach Beschlussfassung der entsprechenden gesamtvertraglichen Vereinbarungen im zuständigen Gremium möchten wir mit diesem Rundschreiben nun die Ihren Fachbereich betreffenden wesentlichen Änderungen bzw. Neuerungen im Detail erläutern.

1) Honorarsummenzuschlag für 2023

Die Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde erhielten für das Jahr 2023 einen Honorarsummenzuschlag in der Höhe von 7,1% ihrer individuellen kurativen Jahreshonorarsumme 2023. Der Honorarsummenzuschlag für das 1., 2. und 3. Quartal 2023 wurde im Februar 2024 zur Auszahlung gebracht. Die Auszahlung des Honorarsummenzuschlags für das 4. Quartal 2023 erfolgte im Zuge der Endabrechnung des 4. Quartals 2023.

2) Erhöhung der Tarife mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2024

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 erhalten die Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 10%; das heißt: Sämtliche zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen kurativen Tarife werden linear um 10% erhöht. Dies erfolgt durch eine Erhöhung des Punktwertes von 0,67 auf 0,737. Die erhöhten Tarife werden erstmals für das 2. Quartal 2024 zur Auszahlung gebracht. Für das 1. Quartal 2024 erfolgt im Juli 2024 eine Nachzahlung in der Höhe der Differenz zwischen den bereits ausbezahlten Tarifen und den erhöhten Tarifen.

3) Erhöhung Limitierung Pos. Ziff. 90

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 wird die Limitierung der *Pos. Ziff. 90 – Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache* für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde um 2%-Punkte erhöht. Das Limit beträgt somit ab 1. Jänner 2024 für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde maximal 28% der Fälle pro Quartal. Die sich aus der Limiterhöhung ergebende Nachzahlung erfolgt ebenfalls im Juli 2024 gemeinsam mit der Nachzahlung im Rahmen der Tarifierhöhung.

4) Umrechnung Punkte

Der Wert der im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Honorarkatalog für Vertragsfachärztinnen/-ärzte bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde wird mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 von Eurobeträgen in Punktwerte (Punktwert inkl. Tarifierhöhung = € 0,737) umgerechnet, sodass diese lauten wie folgt:

- **Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal**
Bis zum vollendeten 1. Lebensjahr - 85,821 Punkte
Ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 2. Lebensjahr - 67,701 Punkte
Ab dem vollendeten 2. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr - 65,896 Punkte
Ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr – 65,731 Punkte
Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr - 54,582 Punkte

Im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22 des Gesamtvertrags vom 1. Jänner 2011 pro Anspruchsberechtigten und Quartal
Bis zum vollendeten 6. Lebensjahr - 37,970 Punkte
Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr- 27,970 Punkte
- **„Pos. Ziff. 1 - Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert – 13,433 Punkte“**
- **„Pos. Ziff. 2 - Nachtordination (zwischen 19.00 und 7.00 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit - 29,851 Punkte“**
- **„Pos. Ziff. 3 - Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.**
Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren. - 82,09 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 4 - Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung - 119,403 Punkte“**
- **„Pos. Ziff. 5 - Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19.00 und 7.00 Uhr - 134,328 Punkte“**

- **„Pos. Ziff. 9** - Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei dieser Patientin/diesem Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren. - 41,045 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 36** - Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.- 82,090 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 37** - Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein- und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebenden Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patientinnen/Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patientinnen/Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren. - 23,881 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 58** - Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde

Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 20 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.

Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren. - 41,045 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 686** - Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie - 55,955 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 687** - Sonographie des kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie.

Die Pos. Ziff. 686 und 687 werden nur jenen Vertragsfachärztinnen/-Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.

Die Pos. Ziff. 686 und 687 sind zusammen in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie bzw. kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.- 40,284 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 688** - Kurative Sonographie der Säuglingshüften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation.

Die kurative Sonographie der Säuglingshüften wird nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. - 43,388 Punkte

- „**Pos. Ziff. 692** - Ärztliche fachspezifische Koordinierungstätigkeit durch die behandlungsführende Ärztin/den behandlungsführenden Arzt.

Verrechenbar nur für jene Fälle, die einer intensiven persönlichen Kontaktaufnahme mit anderen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen/sonstigen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern aus dem Gesundheits- oder Fürsorgebereich (wie z.B. dem Gesundheitsamt, der Fürsorge, Schule, Kindergarten) bedürfen, wobei hier allgemein ärztliche administrative Ordinationstätigkeiten (z.B. Ausstellen von Überweisungen, Rezepten, das Übertragen von Befunden in die Krankenkartei usw.) nicht darunter zu verstehen sind. Ebenso kann das Einholen einer ärztlichen Meinung bzw. die (fach-)ärztliche Beratung oder Befundbesprechung mit anderen Ärztinnen/Ärzten nicht mit der Position abgerechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt verrechenbar

Erläuterungen: Die Leistung ist mit jenem Leistungsdatum zu verrechnen, an dem die Konsultation mit der Patientin/dem Patienten stattfand und die Notwendigkeit für die Koordinierungstätigkeit festgestellt wurde. - 18,716 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 671** - Transkutane Bilirubinmessung bei Icterus neonatorum bei Neugeborenen

Verrechenbar entsprechend den Zulassungskriterien des verwendeten Gerätes, jedoch maximal bis zum 20. Lebenstag des Kindes, in maximal 3,5 % der Fälle der Altersgruppe bis zum vollendeten 1. Lebensjahr pro Ärztin/Arzt und Quartal.

Bei klinischer Relevanz ist eine Wiederholungsmessung in maximal 50 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 671 honoriert wird, verrechenbar.

Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln. - 22,388 Punkte“

- *„Pos. Ziff. 645 - Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inkl. TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) - 51,478 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 646 - Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:*
 - *Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien*
 - *Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes*
 - *Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion*

Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:

Die Verrechenbarkeit mit maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden. - 119,403 Punkte

5) Sonstige Änderungen des Honorarkatalogs

Die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Honorarkatalog für Vertragsfachärztinnen/-ärzte bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 geändert, sodass diese lauten wie folgt:

- *„Pos. Ziff. 7 – Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht*

Erläuterungen:

Bei einem Konsilium handelt es sich um ein patientenbezogenes ärztliches Gespräch zwischen zwei Vertrags(fach)ärztinnen/Vertrags(fach)ärzten bzw. einer Vertrags(fach)ärztin/einem Vertrags(fach)arzt und einer Gesellschafterin/einem Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis mit dem Ziel der gleichberechtigten Beratung, Diagnosestellung und Festlegung einer Therapie ohne Notwendigkeit einer ärztlichen Weiterbehandlung durch den Berufenen im konkreten Krankheitsfall; bloße kollegiale Gespräche, ein Erfahrungsaustausch, Koordinationstätigkeiten, Befundbesprechungen und Ähnliches stellen kein Konsilium im Sinne dieser Pos. Ziff. dar. Das Konsilium ist nur verrechenbar wenn die Vertrags(fach)ärztinnen/Vertrags(fach)ärzte bzw. Gesellschafterin/Gesellschafter nicht für die gleiche Institution oder Ordination tätig sind. Die Verrechenbarkeit ist ausgeschlossen, wenn unternehmerische Beteiligungsformen zwischen den Ordinationen/Institutionen oder ihrer Gesellschafterinnen/Gesellschafter bestehen. Die Konsiliarpartnerin/Der Konsiliarpartner ist im Zuge der Abrechnung anzugeben. Die Konsiliartätigkeit ist zu dokumentieren. – 20,896 Punkte“

- *„Pos. Ziff. 8a – Zur Kennzeichnung der 1. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 0 Punkte“*

- *„Pos. Ziff. 8b – Zur Kennzeichnung der 2. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 0 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 8c – Einmaliger Zuschlag für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 8d – Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 8e – Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 8f – Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 8g – Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 8h – Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 8i – Einmaliger Zuschlag für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals – 10 Punkte“*

Die Pos. Ziff. 8a-8i werden nur honoriert, wenn sie vollständig und in richtiger Reihenfolge zur Abrechnung gelangen. Persönliche und telemedizinische Konsultationen sind hinsichtlich der Reihenfolge nicht getrennt zu betrachten. Trotz der fehlenden tariflichen Bewertung sind auch die Pos. Ziff. 8a und 8b bei den entsprechenden Konsultationen abzurechnen. Bei Nichtverrechnung der Pos. Ziff. 8a und 8b können auch die Konsultationspositionen Pos. Ziff. 8c-8i nicht honoriert werden.

6) Änderungen des Gesamtvertrages bzw. des Gruppenpraxengesamtvertrages

Die im Folgenden aufgelisteten Paragraphen bzw. Absätze bestimmter Paragraphen des Gesamtvertrages bzw. des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

a) Strukturtopf

Zur Regelung einer allfälligen Übernahme von Standorten, für die eine Zahlung aus dem Strukturfonds geleistet wurde, wird in § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 folgender Abs. 4a eingefügt:

„(4a) Erfolgt die Zahlung einer Investitionsablöse gemäß Abs. 1 Ziffer II. so wird hinsichtlich der Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers Folgendes festgelegt:

aa. Eine Übernahme der Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers durch den Kassenplanstellennachfolger ist zu keinem Zeitpunkt möglich.

bb. Eine Übernahme der Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers durch einen anderen Vertragsarzt derselben

Fachrichtung (nicht durch den Kassenplanstellennachfolger) ist frühestens nach dem Ablauf von 18 Monaten gerechnet ab dem Zeitpunkt der Auszahlung der Investitionsablässe an den Kassenplanstellenvorgänger zulässig.

cc. Eine Übernahme der Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers durch einen Vertragsarzt einer anderen Fachrichtung ist nach Zustimmung von Kammer und Kasse zulässig.“

b) Verrechnungsberechtigung für Sonderleistungen

Zur Ausweitung der Erteilung von Verrechnungsberechtigungen auf Vertragsärztinnen/-ärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen, bei denen nur die angestellte Ärztin/der angestellte Arzt über die entsprechende Qualifikation zur Erbringung einer Sonderleistung verfügt, wird Artikel II., II. Abschnitt, Artikel 1 der Anlage 1 zum Gesamtvertrag bzw. zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 in Abs. 7 wie folgt abgeändert:

„(7) Sind im Sonderleistungstarif für die Verrechenbarkeit zusätzlich besondere Voraussetzungen (zB. ausdrückliche Ermächtigung, Nachweis besonderer Ausbildung u. Ä.) festgelegt, werden die Leistungen nur jenen Vertrags(fach)ärzten honoriert, die diese Voraussetzungen persönlich erfüllen bzw. deren angestellter Arzt (unter der Bedingung, dass ein entsprechender Antrag und eine Bewilligung für die Anstellung des Arztes gemäß den Bestimmungen nach Anlage 11 vorliegt) diese Voraussetzungen erfüllt.“

c) Frist zur Erweiterung/Neugründung einer Gruppenpraxis bzw. für Gesellschafterinnen-/Gesellschafterwechsel

Zur Vereinheitlichung des Prozesses der Besetzung von Kassenplanstellen wird für sämtliche Formen der Besetzung im Rahmen von Gruppenpraxen eine Umsetzungsfrist von 18 Monaten gesamtvertraglich verankert. Die entsprechenden Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages werden daher wie folgt abgeändert:

1) § 7 Abs. 3 wird wie folgt abgeändert:

„(3) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 3, 4 und 6.“

2) § 8 Abs. 5 wird wie folgt abgeändert:

„(5) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 4 bis 6. Die Invertragnahme der originären Vertragsgruppenpraxis hat binnen einer Frist von 18 Monaten (gerechnet ab dem Datum der Verständigung über die Erstreichung; ausgenommen ist die Wartezeit zwischen Bekanntgabe eines Standorts und Standortzusage bzw. -absage) zu erfolgen. Das erstgereichte Bewerberteam kann einen einmaligen Antrag auf Verlängerung um drei Monate stellen, wenn ein Schreiben eines vertretungsbefugten Anwalts vorliegt, das belegt, dass die Invertragnahme innerhalb dieser Frist umsetzbar ist. Diese Nachfrist kann auf Antrag des erstgereichten Bewerberteams mit neuerlicher Vorlage eines Schreibens eines vertretungsbefugten Anwalts, das die Gründe für das Erfordernis einer weiteren Fristverlängerung erläutert, in begründeten Fällen im Einvernehmen von Kammer und Kasse verlängert werden. Wird die Frist bzw. die etwaig gesetzte Nachfrist nicht eingehalten, kommt das nächstgereichte Bewerberteam zum Zug.“

3) § 11 Abs. 3 wird wie folgt abgeändert:

„(3) Sofern der Wechsel befürwortet wird, ist der Gruppenpraxenanteil binnen einer Frist von 18 Monaten (gerechnet ab dem Datum der Sitzung des Invertragnahmeausschusses) zu besetzen.

Sollte bis zu diesem Zeitpunkt der Gruppenpraxenanteil nicht besetzt sein, fällt die Stelle an die Fachgruppe zurück. Die Vertragsgruppenpraxis kann einen einmaligen Antrag auf Verlängerung um drei Monate stellen, wenn nach der Ausschreibung ein Bewerber namhaft gemacht wird und ein Schreiben eines vertretungsbefugten Anwalts vorliegt, das belegt, dass die Aufnahme des Bewerbers in die Vertragsgruppenpraxis innerhalb dieser Frist umsetzbar ist. Diese Nachfrist kann auf Antrag der Vertragsgruppenpraxis mit neuerlicher Vorlage eines Schreibens eines vertretungsbefugten Anwalts, das die Gründe für das Erfordernis einer weiteren Fristverlängerung erläutert, in begründeten Fällen im Einvernehmen von Kammer und Kasse verlängert werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Österreichische Gesundheitskasse

Mag.^a Karin Eger
Abteilungsleiterin

Ing. Martin Heimhilcher
Vorsitzender des Landesstellenausschusses Wien