

# GRUPPENPRAXIS-GESAMTVERTRAG

## § 1 GRUNDLAGEN

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) sowie gemäß § 66 Abs. 2 Z. 8 Ärztegesetz (ÄG) in der jeweils geltenden Fassung zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden unter der Bezeichnung "Anspruchsberechtigte" zusammengefasst) abgeschlossen.

(2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Ärztekammer für Steiermark, Kurie der niedergelassenen Ärzte, einerseits und die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

(3) Sofern in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen in männlicher Form verwendet werden, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

## § 2 GELTUNGSBEREICH

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

1. Steiermärkische Gebietskrankenkasse  
8011 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, Postfach 900
2. Betriebskrankenkasse Kapfenberg  
8605 Kapfenberg, Friedrich-Böhler-Straße 11, Postfach 94
3. Betriebskrankenkasse Austria Tabak  
1160 Wien, Thaliastraße 125B
4. Betriebskrankenkasse Donawitz  
8700 Leoben-Donawitz, Kerpelystraße 201
5. Betriebskrankenkasse Zeltweg  
8740 Zeltweg, Postfach 10
6. Betriebskrankenkasse Kindberg  
8650 Kindberg, Vösendorfplatz 1
7. Sozialversicherungsanstalt der Bauern  
1031 Wien, Ghegastraße 1

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

## **§ 2a VERTRAGSGRUPPENPRAXIS ALS LEISTUNGSERBRINGER**

Alle ärztlichen Tätigkeiten, die der jeweils behandelnde Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis für den Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers erbringt, sind im Sinne dieses Vertrages rechtlich der Vertragsgruppenpraxis zuzurechnen.

## **§ 3 FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSGRUPPENPRAXEN**

(1) Die Zahl der Vertragsgruppenpraxen, ihre fachliche Zusammensetzung, die Zahl der Gesellschafter und die örtliche Verteilung der Vertragsgruppenpraxen werden unter Berücksichtigung der Zahl und der Verteilung der Vertragsärzte mit Einzelverträgen und der Zahl der Versicherten, insbesondere unter Bedachtnahme auf das aufgrund des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaften erforderliche medizinische Angebot, im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien festgelegt.

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

(3) Stellenpläne für Vertragsgruppenpraxen sind in bestehende Stellenpläne für Einzelordinationen einzugliedern (einheitliche Stellenplanung), wobei insbesondere auf geographische Streuung und adäquate Wahlmöglichkeiten für Patienten Rücksicht zu nehmen ist. Im Rahmen dieser einheitlichen Stellenplanung ist auf die Anzahl der tatsächlich tätigen Ärzte abzustellen. Weiters ist in der Stellenplanung festzulegen, ob konkret vorgesehene Gruppenpraxen als zusätzliche neue Stellen oder als Ersatz für bzw. als Aufstockung von konkret bezeichneten Einzelvertrags-Stellen geschaffen werden sollen.

(4) Bei einem Zusammenschluss von Ärzten einer Versorgungsregion (Gemeinden, bzw. Versorgungsräume im Bereich der Stadt Graz), die alle bereits in einem Einzelvertragsverhältnis zu den Krankenversicherungsträgern stehen, ist der Bedarf jedenfalls als gegeben anzusehen. Solche Zusammenschlüsse bedürfen keiner vorherigen Ausweisung im Stellenplan. Die Begrenzung der Versorgungsregion kann in begründeten Einzelfällen im Einvernehmen durch die Gesamtvertragsparteien abweichend definiert werden.

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

## **§ 4 AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSGRUPPENPRAXISSTELLEN**

(1) Die freien Vertragsgruppenpraxisstellen werden im Einvernehmen mit der Ärztekammer vom Versicherungsträger in den Mitteilungen der Ärztekammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung und die erforderlichen Beilagen zur Bewerbung sind zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren (Anhang 2).

(2) Keiner Ausschreibung, jedoch der ausdrücklichen Zustimmung der Gesamtvertragsparteien bedarf es, wenn sich ausschließlich Ärzte einer Versorgungsregion zu einer Gruppenpraxis zusammenschließen, die bereits Inhaber von Einzelverträgen sind und der Zusammenschluss auf einer der bereits bestehenden Vertragsarztstellen erfolgt. Die Zustimmung der Gesamtvertragsparteien kann nur verweigert werden, wenn aus Bedarfsgründen der Fortbestand zumindest einer der bisherigen Einzelplanstellen in der Versorgungsregion in Frage gestellt wird. Liegen hinsichtlich des Bedarfes unterschiedliche Beurteilungen vor, sind zwischen den Gesamtvertragsparteien weitere Gespräche zu führen. Der beabsichtigte Zusammenschluss ist der Ärztekammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenem Brief bekannt zu geben. Die Gesamtvertragsparteien haben den Ärzten binnen zwei Wochen mitzuteilen, ob sie zustimmen oder nicht. Sollte binnen dieser Frist keine schriftliche Mitteilung erfolgen, gilt der Zusammenschluss als genehmigt. Wird die Gruppenpraxis trotz der Ablehnung einer oder beider Gesamtevertragspartei(en) begründet, gilt dies als Verzicht der teilnehmenden Ärzte auf die Fortsetzung der

Einzelvertragsverhältnisse. Das jeweilige Einzelvertragsverhältnis endet mit Ablauf des Quartals, in dem die Gründung der Gruppenpraxis folgt.

(3) Einer Ausschreibung bedarf es, wenn ein bereits bestehender Einzelvertrag eines Vertragsarztes oder ein bestehender Gruppenpraxisvertrag mit Zustimmung der Gesamtvertragsparteien unter Einbindung eines oder mehrerer anderer Ärzte, die bisher keinen Einzelvertrag hatten, zu einem Gruppenpraxisvertrag erweitert bzw. ein bestehender Gruppenpraxisvertrag aufgestockt wird, wobei die Bestimmungen für den Gesellschafterwechsel sinngemäß gelten (§ 33 und § 33b). Eine Zustimmung der Gesamtvertragsparteien kann nur unter Beachtung des Stellenplanes und des darin zum Ausdruck kommenden Bedarfs erfolgen. Diesbezüglich bedarf es neben einer Planung in Bezug auf fehlende Kapazitäten auch einer Planung im Hinblick auf fachlich-medizinische und qualitative Notwendigkeit.

(4) Die Bewerbungen sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Ärztekammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.

## **§ 5 AUSWAHL DER VERTRAGSGRUPPENPRAXEN**

(1) Die Ärztekammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die Tätigkeit im Rahmen einer Vertragsgruppenpraxis. Die Auswahl des Bewerberteams für die freie Vertragsgruppenpraxisstelle bedarf des Einvernehmens zwischen der Ärztekammer und dem Versicherungsträger. Kommt ein Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.

(2) Die Vertragsparteien haben für die Auswahl der Vertragsgruppenpraxen im Sinne der Reihungskriterien-Verordnung, BGBl II 487/2002, Richtlinien zu vereinbaren.

(3) Bei der Auswahl der künftigen Vertragsgruppenpraxis sind die Mitglieder sich bewerbender Gruppenpraxen als Team zu bewerten. Eine Bewerbung in mehreren Teams anlässlich derselben Stellenvergabe ist möglich. Bei einem Wechsel innerhalb eines Teams zwischen dem einvernehmlichen Beschluss bezüglich der konkreten Vergabe der Gruppenpraxisstelle und Aufnahme der Tätigkeit der Vertragsgruppenpraxis ist – außer im Fall, dass dieser Wechsel wegen des Todes eines Teammitglieds eintritt – ein neuerliches Vergabeverfahren durchzuführen.

(4) Angestellte Ambulatoriumsärzte und sonstige bei einem der in § 2 genannten Versicherungsträger angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte und dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis sein. Dies gilt auch für nicht angestellte Kontrollärzte. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

## **§ 6 EINZELVERTRAGSVERHÄLTNIS**

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und der Gruppenpraxis wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet. (Anhang 3)

(2) Vertragsgruppenpraxen im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle aufgrund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Gruppenpraxen.

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

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

## **§ 7 ABSCHLUSS DES EINZELVERTRAGES**

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Versicherungsträger und der Gruppenpraxis ist der im Anhang 3 beigefügte Muster-Einzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag, sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages, können mit der Vertragsgruppenpraxis nur im Einvernehmen mit der Ärztekammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(2) Der Versicherungsträger hat der Vertragsgruppenpraxis den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl (§ 5 Abs. 1), nach Ablauf der Einspruchsfrist gem. § 4 Abs. 2 bzw. der Einspruchsfrist gem. § 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 33 oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.

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

(4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen der Vertragsparteien ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden.

## **§ 7a BEHINDERTENGERECHTE ORDINATION**

(1) Die Ordinationsstätte der Vertragsgruppenpraxis hat den Bestimmungen der ÖNORM 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM 1601 „spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ nach Maßgabe der Absätze (2) und (4) zu entsprechen.

(2) Im Detail sind die im Anhang zu diesem Gesamtvertrag festgelegten Parameter zu berücksichtigen (Anhang 1). Inwieweit ein in diesem Anhang genanntes Kriterium konkret umzusetzen ist, richtet sich nach diesem Anhang und dem Wortlaut der entsprechenden ÖNORM.

(3) Die Vertragsgruppenpraxis ist verpflichtet, anlässlich ihrer Errichtung bei der zuständigen Behörde einen Antrag auf Widmung eines behindertengerechten Parkplatzes, der für die Dauer der Ordinationszeit zur Verfügung steht, zu stellen und gegebenenfalls einen gesetzlich vorgesehenen Rechtsweg auszuschöpfen. Wird eine Vertragsgruppenpraxis in Räumlichkeiten errichtet, die davor nicht als Arztordination genutzt wurden, so hat eine sofortige Umsetzung (§ 342 Abs. 1 Z 9 ASVG) zu erfolgen. Für Vertragsgruppenpraxen, die in bestehenden Arztordinationen errichtet werden, gilt eine dreijährige Übergangsfrist, in der die Umsetzung erfolgen muss, es sei denn, eine bestimmte Maßnahme ist aus rechtlichen Gründen nicht möglich.

(4) Bestehen in der zu versorgenden Region ausreichend behindertengerechte Einrichtungen der entsprechenden Fachrichtung(en), so können die Gesamtvertragsparteien in Einzelfällen zeitlich befristeten (max. drei Jahre), geringfügigen Abweichungen zustimmen.

## **§ 8 WECHSEL DER ORDINATIONSSTÄTTE – ZWEITORDINATIONEN VON GESELLSCHAFTERN**

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

(2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs. 1 erhoben wurde oder die Paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat. Die Bestimmungen des § 7a kommen beim Wechsel der Ordinationsstätte sinngemäß zur Anwendung.

(3) Die in der Honorarordnung getroffenen Einschränkungen für Zweitordinationen sind auch auf die Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen anzuwenden. Berufsrechtlich ist es Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis jedenfalls möglich eine Zweitordination zu betreiben. Vertragsleistungen in den Bereichen kurative Behandlung, Mutter-Kind-Pass und Vorsorgeuntersuchung darf ein Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis in einer Zweitordination nur mit Zustimmung der Gesamtvertragsparteien (Bedarfsprüfung) erbringen. Er hat daher die beabsichtigte Eröffnung einer Zweitordination und das geplante Leistungsspektrum der Ärztekammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird seitens des Versicherungsträgers und der Ärztekammer die Zustimmung erteilt, gilt der Arzt dann als Vertragsarzt mit zusätzlichem Einzelvertrag in der Zweitordination. Diese Regelung ist für dasselbe Versorgungs- bzw. Einzugsgebiet auch bundesländerübergreifend zu beachten, wobei der angrenzende politische Bezirk jedenfalls als solches zu betrachten ist.

## **§ 9 STELLVERTRETUNG**

(1) Ist in einer Vertragsgruppenpraxis ein Fach mit mehr als zwei Ärzten vertreten, so sind bei persönlicher Verhinderung eines Gesellschafters primär die anderen Gesellschafter des gleichen Faches zur wechselseitigen Vertretung in den Räumlichkeiten der Vertragsgruppenpraxis verpflichtet. Wenn eine wechselseitige Vertretung aus berücksichtigungswürdigen Gründen nicht möglich bzw. das Fach des verhinderten Gesellschafters in der Vertragsgruppenpraxis maximal zweifach vertreten ist, kann unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen auch ein Arzt, der nicht Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis ist, zur Vertretung in den Räumlichkeiten der Vertragsgruppenpraxis herangezogen werden. Mit Zustimmung des Versicherungsträgers kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Die Vertragsgruppenpraxis hat zu gewährleisten, dass außer in Ausnahmefällen (Elementarereignis, Krankheit mehrerer Gesellschafter etc.) an Tagen, an denen die Vertragsgruppenpraxis vereinbarungsgemäß geöffnet hat, immer zumindest ein Gesellschafter in der Ordination anwesend ist. Zum Vertreter eines Facharztes im Rahmen einer Gruppenpraxis kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht.

(2) Sofern die Vertretung im Sinne des Abs.1, zweiter Satz, länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der Ärztekammer und dem Versicherungsträger bekannt zu geben; dauert die Vertretung länger als drei Monate und wird dagegen ein Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist die Vertragsgruppenpraxis verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die Ärztekammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt die Vertragsgruppenpraxis dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

(3) Kann eine Vertragsgruppenpraxis nicht offen gehalten werden (Elementarereignis, Krankheit mehrerer Gesellschafter etc.), so erfolgt die Vertretung durch einen Arzt außerhalb der Gruppenpraxis. Näheres regelt die Honorarordnung.

## **§ 10 ÄRZTLICHE BEHANDLUNG**

(1) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Diese ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis selbst auszuüben.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die aufgrund der ärztlichen Ausbildung und der den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen des Versicherungsträgers von der Gruppenpraxis zu begründen.

(3) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung des Versicherungsträgers nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet.

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

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

## **§ 11 BEHANDLUNG IN DER ORDINATION**

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

(2) Die zwischen der Vertragsgruppenpraxis und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten sind in Abhängigkeit von der Anzahl der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis festzulegen. Sie umfassen bei fachunterschiedlichen Gruppenpraxen mit maximal je einem Arzt pro Fach zumindest 20 Wochenstunden, bei zwei Gesellschaftern des gleichen Faches zumindest 30 Wochenstunden, ab dem dritten Gesellschafter des gleichen Faches zumindest 40 Wochenstunden, jeweils aufgeteilt auf fünf Werktage. Weiters sind die Ordinationszeiten so zu vereinbaren, dass die Vertragsgruppenpraxis an zwei Werktagen nach 15.00 Uhr, bei Vertragsgruppenpraxen mit zwei oder mehr fachgleichen Gesellschaftern an vier Werktagen nach 15.00 Uhr ihre Ordinationsstätte geöffnet hat. Werden an einem Samstag Ordinationszeiten vereinbart, so kann die Ordinationszeit an einem anderen Werktag bzw. an einem Nachmittag entfallen. Unterschreitungen der 20 Wochenstunden bzw. eine andere zeitliche Verteilung auf die Werktage ist nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Der Vertragsgruppenpraxis ist es unbenommen, über die Mindestöffnungszeiten hinausgehende Ordinationszeiten festzulegen und dem Versicherungsträger bekannt zu geben; diese können unter gleichzeitiger Meldung an den Versicherungsträger auch wiederum einseitig geändert werden. Beabsichtigt die Vertragsgruppenpraxis, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat sie dies dem Versicherungsträger bekannt zu geben. Kommt über eine von der Vertragsgruppenpraxis beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

(3) Unter Berücksichtigung der Versorgungsziele sind von der Vertragsgruppenpraxis ausgewogene Anwesenheitszeiten der Gesellschafter festzulegen. Für die Dauer von zumindest 20% der vereinbarten wöchentlichen Ordinationszeit, verteilt auf wenigstens zwei Werktage pro Woche, müssen die Gesellschafter gemeinsam in der Gruppenpraxis anwesend sein. Die jeweiligen Anwesenheitszeiten der einzelnen Gesellschafter der Gruppenpraxis sind den Patienten gegenüber transparent zu machen (Sicherstellung der freien Arztwahl). Sie sind außerdem dem Versicherungsträger und der Ärztekammer bekannt zu geben. Gleiches gilt für Änderungen, wobei solche nicht zustimmungsbedürftig sind.

(4) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie z.B. bei Erster-Hilfe-Leistung) hat die Vertragsgruppenpraxis auch außerhalb ihrer Ordinationszeit ärztliche Hilfe zu leisten.

(5) Die Ordinationstätigkeit der Vertragsgruppenpraxis darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

(6) In der Vertragsgruppenpraxis ist die freie Arztwahl des Patienten zu gewährleisten. Der Patient ist darüber hinaus berechtigt, die Zuweisung zu einem Vertragsarzt oder einer Vertragsgruppenpraxis außerhalb der Vertragsgruppenpraxis zu verlangen, auch wenn ein entsprechender Arzt im Rahmen der

Vertragsgruppenpraxis zur Verfügung steht. In fachunterschiedlichen Vertragsgruppenpraxen soll aber in erster Linie die Behandlung durch die in der Gruppenpraxis zur Verfügung stehenden Ärzte angestrebt werden.

(7) Die Gesamtvertragsparteien können Leitlinien zur Verbesserung der Servicequalität, wie insbesondere zur Wartezeit, zur Terminvergabe oder zur Transparenz der Öffnungszeiten, vereinbaren.

## **§ 12 KRANKENBESUCH**

(1) Krankenbesuche sind von den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen der Ordination der Vertragsgruppenpraxis nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden.

(2) Für den Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, der Arzt für Allgemeinmedizin ist, besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächsterreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Vertragsärzte bzw. Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen, die Ärzte für Allgemeinmedizin sind, als nächsterreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern ist der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, der Arzt für Allgemeinmedizin ist, in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von 1 Kilometer - gerechnet von seiner Ordinationsstätte - zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächsterreichbarer Arzt für Allgemeinmedizin in Anspruch genommen wird.

(3) Für Fachärzte einer Vertragsgruppenpraxis besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgehfähig ist und am Niederlassungsort der Vertragsgruppenpraxis oder innerhalb eines Umkreises von 5 Kilometern - gerechnet von der Ordinationsstätte - wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt als nächsterreichbarer Facharzt berufen wird.

(4) Für das Stadtgebiet Graz und Leoben-Donawitz ist der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, der Arzt für Allgemeinmedizin ist, zu Krankenbesuchen innerhalb eines Umkreises von drei Kilometern, gerechnet von der Ordinationsstätte, verpflichtet; darüber hinaus, wenn er als der nächstgelegene erreichbare Vertragsarzt in Anspruch genommen wird.

(5) Eine zu einem Krankenbesuch nicht verpflichtete Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, dem Versicherungsträger den Krankenbesuch einschließlich jener Wegegebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren kann die Vertragsgruppenpraxis dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.

(6) Die Vertragsparteien können in der Honorarordnung weitere Bestimmungen über die Verpflichtung zu Krankenbesuchen vereinbaren.

## **§ 13 INANSPRUCHNAHME VON FACHÄRZTLICHEN VERTRAGSGRUPPENPRAXEN**

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

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

(3) Die fachärztliche Vertragsgruppenpraxis hat Anspruchsberechtigte, die ihr zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages zurückzuüberweisen.

## **§ 14 GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE ÄRZTLICHE LEISTUNGEN**

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung des Versicherungsträgers abhängig, so hat die Vertragsgruppenpraxis dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim Versicherungsträger auszuhändigen oder direkt an den Versicherungsträger weiterzuleiten.

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

## **§ 15 NACHWEIS DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG**

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

(2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur in jenem Kalendervierteljahr erbracht werden, in welchem der Krankenbehandlungsschein ausgestellt wurde, sofern dieser nicht ausdrücklich für ein anderes Kalendervierteljahr ausgestellt worden ist. Überweisungs-, Verordnungs- und Zuweisungsscheine sind hingegen nur 14 Tage ab dem Ausstellungs- bzw. Bewilligungstag gültig.

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

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

## **§ 16 BEREITSCHAFTSDIENST**

Die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind zur Teilnahme an dem Bereitschaftsdienst verpflichtet, den die Kammer im Einvernehmen mit den im § 2 genannten Versicherungsträgern - diese allenfalls gemeinsam mit den nach dem B-KUVG und GSVG eingerichteten Versicherungsträgern sowie den Krankenfürsorgeeinrichtungen - errichtet. Die Einteilung der Dienstsprenkel ist einvernehmlich zu regeln.

## **§ 17 KONSILIUM**

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten und die Abklärung durch Fachärzte der Vertragsgruppenpraxis nicht möglich ist, kann die Vertragsgruppenpraxis in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt oder den fachlich zuständigen Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis zu einem Konsilium berufen.

## **§ 18 BETREUUNGSFÄLLE**

(1) Soweit der Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt die Vertragsgruppenpraxis die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem die Vertragsgruppenpraxis im Vertragsverhältnis steht. Das gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes, des

Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes, des Verbrechensopfergesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.

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

(3) Personen, die aufgrund 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 vertragsärztliche Behandlung nur übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

## **§ 19 ABLEHNUNG DER BEHANDLUNG**

Die Vertragsgruppenpraxis (der einzelne Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis) ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Sie hat auf Verlangen des Versicherungsträgers diesem den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

## **§ 20 ANSTALTSPFLEGE**

(1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt die Vertragsgruppenpraxis (der einzelne Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis) die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Wenn ärztliche Behandlung, nicht aber Anstaltspflege notwendig ist, jedoch die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege fehlt, so ist im Antrag darauf besonders hinzuweisen.

(2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), ist ein Antrag auf Anstaltspflege nicht zu stellen.

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

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

## **§ 21 VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN**

(1) Die Vertragsgruppenpraxis (der einzelne Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis) ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.

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

(3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Die Stempel haben die vertretenen Fachgebiete zu enthalten und bei fachübergreifenden Vertragsgruppenpraxen den Namen des jeweiligen Gesellschafters, der die Verordnung konkret durchgeführt hat und dessen Fachgebiet zu bezeichnen. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beigesetzte Name eines Gesellschafters einer Vertragsgruppenpraxis samt Anschrift den Stempelaufdruck.

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

(5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien sowie bestimmten Einmalgeräten ist von der Vertragsgruppenpraxis beim Versicherungsträger anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigestellt. Das Nähere wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

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

(7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist die Vertragsgruppenpraxis vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 36 Anwendung.

## **§ 22 MASSNAHMEN ZUR FESTIGUNG DER GESUNDHEIT**

(1) Die Maßnahmen des Versicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Heilstätten-, Kur-, Landaufenthalte u. dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Die Vertragsgruppenpraxis hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihr hiefür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Der Antrag ist zu begründen. Medizinisch nicht begründete Wünsche der Anspruchsberechtigten soll schon die Vertragsgruppenpraxis abweisen.

(2) Beabsichtigt der Versicherungsträger, Leistungen im Rahmen der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich die behandelnde Vertragsgruppenpraxis dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt der Vertragsgruppenpraxis anzuhören.

## **§ 23 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DIE VERTRAGSGRUPPENPRAXIS**

(1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis. Die Vertragsparteien können Abweichungen hiervon vereinbaren.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hiezu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. dgl.) einholen.

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

## **§ 24 MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DIE VERTRAGSGRUPPENPRAXIS**

(1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Chef-(Kontroll-)arzt des

Versicherungsträgers aufgrund eines Vorschlages der Vertragsgruppenpraxis zu. Die Vertragsgruppenpraxis hat in der Regel am gleichen Tag, an dem sie die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen.

(2) Die Krankenstandsmeldung ist auf dem vorgesehenen Vordruck zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsoferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z. B. Verkehrsunfall) besteht.

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

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

(5) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Heilstätte oder nach einem Kuraufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

## **§ 25 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERSICHERUNGSTRÄGER**

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

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

(3) Beabsichtigt der Chef-(Kontroll-)arzt, einen Versicherten, der durch die Vertragsgruppenpraxis nicht in den Krankenstand genommen wurde, arbeitsunfähig zu erklären, so ist der Vertragsgruppenpraxis vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

## **§ 26 MUTTERSCHAFT**

Die Vertragsgruppenpraxis ist unbeschadet der Vereinbarung über die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gemäß dem FLAG zur Betreuung (Beratung, Untersuchung) der schwangeren Anspruchsberechtigten, sowie zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft verpflichtet.

## **§ 27 AUSKUNFTSERTEILUNG**

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten des Versicherungsträgers verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nicht medizinischer Art

im Zusammenhang mit der Behandlung des Erkrankten handelt, sind diese Auskünfte auch den gehörig ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten des Versicherungsträgers zu geben. Zur Auskunftserteilung ist die Vertragsgruppenpraxis jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben des Versicherungsträgers notwendig ist.

(2) Der Versicherungsträger hat für die Geheimhaltung der von der Vertragsgruppenpraxis erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

## **§ 28 KRANKENAUFZEICHNUNGEN**

Die Vertragsgruppenpraxis führt für die in ihrer Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen. Nähere Regelungen dazu trifft die Honorarordnung.

## **§ 29 ADMINISTRATIVE MITARBEIT**

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Durchführung administrativer Arbeiten (schriftlich und/oder EDV-mäßig) im Rahmen ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

(2) Die für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen den Vertragsparteien (Hauptverband) vereinbart. Der Versicherungsträger stellt der Vertragsgruppenpraxis die Vordrucke kostenlos zur Verfügung.

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der Vertragsgruppenpraxis auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und von dem jeweils behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis mit seiner Unterschrift und der Stampiglie der Vertragsgruppenpraxis zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinischen üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

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

## **§ 30 HONORIERUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT**

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird durch die Honorarordnung vom 1.7.1993, i.d.j.g.F., geregelt; diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere:

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

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

### **§ 31 RECHNUNGSLEGUNG**

(1) Die Rechnungslegung durch die Vertragsgruppenpraxis wird in der Honorarordnung geregelt. Sie hat zwingend einheitlich für die gesamte Vertragsgruppenpraxis per EDV-Abrechnung zu erfolgen. Im Abrechnungsdatensatz ist jeweils die Fachgruppe zu kennzeichnen, die die Leistung erbracht hat. Im Falle einer Stellvertretung verrechnet der Versicherungsträger nur mit der vertretenen Vertragsgruppenpraxis.

(2) Rechnet die Vertragsgruppenpraxis ohne triftige Begründung später als einen Monat nach Ablauf des Einsendetermines ab, kann der Versicherungsträger die Honorarvorauszahlung bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare vom Versicherungsträger nicht bezahlt.

### **§ 32 HONORARABZÜGE UND HONORAREINBEHALTE**

(1) Der Versicherungsträger 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 vom Versicherungsträger eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die Paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (von der Paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht werden.

### **§ 33 TOD ODER AUSSCHIEDEN EINES GESELLSCHAFTERS DER VERTRAGSGRUPPENPRAxis - GESELLSCHAFTERWECHSEL**

(1) Scheidet ein Gesellschafter aus der Vertragsgruppenpraxis aus oder wird er im Sinne de § 343 Abs. 2 ASVG aus der Vertragsgruppenpraxis ausgeschlossen und stimmen die Gesamtvertragsparteien keiner Reduzierung der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis auf der Grundlage des Stellenplans zu, ist der Gesellschaftsanteil für einen Arzt derselben Fachrichtung bei der nächstmöglichen Ausschreibung auszuschreiben. Vor Ausschreibung ist der Wert des zu übergebenden Gesellschaftsanteils nach einem durch die Ärztekammer mittels Kammerrichtlinien festgelegten Bewertungsverfahrens zu ermitteln. Der ermittelte Wert wird den Ärzten, die Interesse an einer Bewerbung schriftlich kundtun, auf Verlangen schriftlich formlos mitgeteilt. Die Kammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für den ausgeschriebenen Gesellschaftsanteil. Sie leitet eine Liste der gereihten Bewerber samt Beilagen unverzüglich, spätestens aber binnen zwei Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an den Versicherungsträger weiter.

Bei der Ausschreibung des Gesellschaftsanteils besteht keine Bewerbungspflicht. Bewerber, die 80% der Gesamtpunkteanzahl des best gereihten Bewerbers (§§ 8, 9, 10 und 11 der Reihungsrichtlinie für die Auswahl von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen) erreichen, zumindest aber die fünf punktebesten Bewerber, können als neue Gesellschafterin/neuer Gesellschafter in die Vertragsgruppenpraxis aufgenommen werden. Die Ärztekammer teilt der Vertragsgruppenpraxis die in Frage kommenden Bewerber schriftlich mit. Die Vertragsgruppenpraxis hat binnen 6 Wochen nach Mitteilung der auf Grund der Ausschreibung in Betracht kommenden Kandidaten durch die Ärztekammer den neuen Gesellschafter der Ärztekammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenem Brief zu melden. Die Entscheidung über die Auswahl des Bewerbers darf nicht von einer gegenüber dem ermittelten Wert des zu übertragenden Gesellschaftsanteils überhöhten Zahlung oder von sonstigen finanziellen Gegenleistungen bzw. Gegengeschäften abhängig gemacht werden.

Wird zwischen Gesellschaftern und Bewerbern hinsichtlich der Übernahme des Gesellschaftsanteiles kein Einvernehmen erzielt, besteht die Möglichkeit, innerhalb von 6 Wochen nach Mitteilung der Kandidaten durch die Ärztekammer den Niederlassungsausschuss der Ärztekammer gem. § 84b Ärztegesetz zur Vermittlung anzurufen. Der Vermittlungsversuch hat innerhalb von 4 Wochen stattzufinden.

Wird trotz Vermittlung kein Einvernehmen hinsichtlich der Übernahme des ausgeschriebenen Gesellschaftsanteils erzielt, kann die Gruppenpraxis in der bisherigen Form oder in reduzierter Form

fortgeführt werden bzw. ist die Gruppenpraxis binnen sechs Monaten unter den im §§ 33a enthaltenen Voraussetzungen aufzulösen. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Auflösung, erlischt der Gruppenpraxis-Einzelvertrag. Sofern der übergabewillige Gesellschafter infolge Nichteinigung erklärt in der Gruppenpraxis zu verbleiben, ist dies den Gesamtvertragsparteien innerhalb von 6 Wochen nach dem Zeitpunkt der Bekanntgabe der Kandidaten bzw. binnen zwei Wochen nach Scheitern des Vermittlungsversuches des Niederlassungsausschusses anzuzeigen. Eine neuerliche Ausschreibung des betreffenden Gesellschaftsanteils ist nach Ablauf von zwei Jahren nach Anzeige der Verbleibs in der Gruppenpraxis (ausgenommen Tod oder schwere Erkrankung) möglich.

(2) Hat der vorgeschlagene neue Gesellschafter in der Vergangenheit Gründe gesetzt, die zum Erlöschen oder zur Kündigung eines Kassenvertrages geführt haben, so kann er nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Gesamtvertragsparteien in die Vertragsgruppenpraxis aufgenommen werden.

(3) Den Gesamtvertragsparteien steht ein Einspruchsrecht gegen die Aufnahme des namhaft gemachten Bewerbers in die Vertragsgruppenpraxis zu, sofern Gründe für die Vertrauensunwürdigkeit des neuen Gesellschafters bestehen, die sich aus nachweislich vorliegenden groben Problemen im bisherigen Verhältnis zwischen dem Arzt und seinen Patienten bzw. dem Arzt und dem Krankenversicherungsträger, einschließlich aus wahlärztlicher Tätigkeit, ergeben. Hinsichtlich des allfälligen Vorliegens eines Einspruchsgrundes ist Einvernehmen zwischen den Gesamtvertragsparteien herzustellen. Kann ein Einvernehmen nicht hergestellt werden, so entscheidet darüber die Landesschiedskommission.

(4) Erfolgt binnen vier Wochen ab Aufgabedatum des eingeschriebenen Briefes, mit dem der ausgewählte Bewerber den Gesamtvertragsparteien mitgeteilt wurde, kein ausdrücklicher Einspruch seitens der Gesamtvertragsparteien bzw. keine Mitteilung, dass ein Einvernehmen zwischen den Gesamtvertragsparteien hinsichtlich des Vorliegens eines Einspruchsgrundes nicht hergestellt werden konnte, gilt dies als Zustimmung und kann der vorgeschlagene Bewerber unmittelbar in die Vertragsgruppenpraxis aufgenommen werden.

(5) Der Einspruch kann innerhalb von vier Wochen ab Mitteilung mittels Antrages der Vertragsgruppenpraxis bei der Paritätischen Schiedskommission sowie allenfalls in weiterer Folge bei der Landesberufungskommission angefochten werden. Wird die Frist versäumt oder der Einspruch bestätigt, so hat die Vertragsgruppenpraxis einen anderen der gem. Abs. 1 ermittelten Bewerber binnen vier Wochen namhaft zu machen. Bis zum Zustandekommen der Nachbesetzung ist die Mitarbeit durch einen Vertreter zulässig.

(6) Innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren nach Zuerkennung des Gruppenpraxis-Einzelvertrages ist ein Gesellschafterwechsel, ausgenommen bei Vorliegen von schwerwiegenden Gründen (Tod oder schwere Erkrankung eines Gesellschafters), nicht zulässig. Wird in diesem Zeitraum dennoch ein Gesellschafterwechsel durchgeführt, gilt dies als Verzicht auf den Gruppenpraxis-Einzelvertrag.

### **§ 33a AUFLÖSUNG EINER VERTRAGSGRUPPENPRAXIS**

(1) Bei Auflösung einer Vertragsgruppenpraxis, die weniger als fünf Jahre Inhaberin eines Gruppenpraxis-Einzelvertrages war, haben jene Ärzte, die bereits vor der Gründung der Vertragsgruppenpraxis einen kurativen Einzelvertrag inne hatten, Anspruch auf einen neuerlichen Abschluss eines solchen Einzelvertrages am Sitz der aufgelösten Vertragsgruppenpraxis, außer die Auflösung erfolgte aufgrund von Vertragswidrigkeiten.

(2) Bei Auflösung einer Vertragsgruppenpraxis, die fünf Jahre oder länger Inhaberin eines Gruppenpraxis-Einzelvertrages war, können jene Ärzte, die bereits vor der Gründung der Vertragsgruppenpraxis einen kurativen Einzelvertrag inne hatten, am Sitz der aufgelösten Gruppenpraxis neuerlich einen solchen Einzelvertrag erlangen, wenn die Gesamtvertragsparteien dem zustimmen.

(3) Scheidet aus einer Vertragsgruppenpraxis, die lediglich aus zwei Gesellschaftern besteht, einer der beiden aus, so hat der andere Arzt ein Recht auf Fortführung des Gruppenpraxis-Einzelvertrages, wenn er binnen sechs Monaten mit einem neuen Gesellschafter die Vertragsgruppenpraxis fortführt. Die Bestimmungen über den Gesellschafterwechsel gemäß § 33 gelten sinngemäß.

(4) Im Falle des Erlöschens bzw. der Kündigung eines Gruppenpraxis-Einzelvertrages, ohne dass die vorher bestandenen Einzelverträge der einzelnen Gesellschafter wiedererlangt werden, ist die Stelle neu auszuschreiben. Eine zusätzliche Neuausschreibung der Gruppenpraxis neben der Wiedererlangung der Einzelverträge durch die Gesellschafter der aufgelösten Vertragsgruppenpraxis kann nur bei entsprechendem Bedarf erfolgen (Stellenplan).

### **§ 33b AUFSTOCKUNG ODER VERKLEINERUNG DER VERTRAGSGRUPPENPRAXIS, ÄNDERUNG DER MEDIZINISCHEN FACHGEBIETE**

(1) Eine Aufstockung sowie eine Reduzierung der Anzahl der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis darf nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Gesamtvertragsparteien durchgeführt werden. Entsprechendes gilt für eine Änderung hinsichtlich der medizinischen Fachgebiete (§ 342 Abs. 3 ASVG). Wird einer Aufstockung oder einer Reduzierung der Anzahl der Gesellschafter bzw. der Hinzunahme eines zusätzlichen medizinischen Fachgebietes seitens der Gesamtvertragsparteien auf der Grundlage des Stellenplanes zugestimmt, sind die Regelungen hinsichtlich des Gesellschafterwechsels sinngemäß anzuwenden (§ 33)

(2) Hinsichtlich der erforderlichen Zustimmung ist Einvernehmen zwischen den Gesamtvertragsparteien herzustellen. Kann ein Einvernehmen nicht hergestellt werden, so entscheidet darüber die Landesschiedskommission.

### **§ 34 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, der Landesschiedskommission und der Landesberufungskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

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

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

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

### **§ 35 ZUSAMMENARBEIT DER VERTRAGSGRUPPENPRAXIS MIT DEM CHEF- (KONTROLL-)ÄRZTLICHEN DIENST**

(1) Der Versicherungsträger wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber der Vertragsgruppenpraxis durch den Chef-(Kontroll-)arzt vertreten. Der Chef-(Kontroll-)arzt und die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

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

### **§ 36 VORBEHANDLUNG VON STREITIGKEITEN IM SCHLICHTUNGS-AUSSCHUSS**

- (1) Streitigkeiten zwischen der Vertragsgruppenpraxis und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten (§ 35). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.
- (2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; die beteiligte Vertragsgruppenpraxis bzw. der betroffene Gesellschafter kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.
- (3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger der Vertragsgruppenpraxis zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den die Vertragsgruppenpraxis bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 dem Versicherungsträger zu leisten hat.
- (4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und der Vertragsgruppenpraxis sowie dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.
- (5) Die Vertragsgruppenpraxis und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der Paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.
- (6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die 6-Monate-Frist beginnt für die Vertragsgruppenpraxis mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn die Vertragsgruppenpraxis die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträgers nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.

### **§ 37 VERFAHREN BEI STREITIGKEITEN**

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem aufgrund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen - unbeschadet der Bestimmungen des § 36 - dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

### **§ 38 AUFLÖSUNG DES EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISSES**

Das Vertragsverhältnis zwischen der Vertragsgruppenpraxis und dem Versicherungsträger kann - ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses, den Verzicht gemäß §§ 9 Abs. 2 und 33 Abs. 6 und der Auflösung der Vertragsgruppenpraxis gemäß § 33 a - nur aufgrund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG aufgelöst werden.

### **§ 39 GEMEINSAME DURCHFÜHRUNG DES GESAMTVERTRAGES SEITENS DER VERSICHERUNGSTRÄGER**

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Stmk. Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsgruppenpraxen in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Stmk. Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und Vertragsgruppenpraxen

geltend zu machen; insbesondere ist der Stmk. Gebietskrankenkasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, wird die Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle der steirischen Krankenversicherungsträger bei der Stmk. Gebietskrankenkasse bevollmächtigt.

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

#### **§ 40 GÜLTIGKEITSDAUER**

(1) Dieser Gesamtvertrag tritt mit 01.01.2005 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.

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

(3) Die Gesamtvertragsparteien legen im Stellenplan fünf bis maximal zehn Gruppenpraxen gemeinsam fest, die ab Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages unbefristet in Vertrag genommen werden.

(4) Innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von vorerst vier Abrechnungsquartalen, beginnend mit Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages, werden die Gesamtvertragsparteien die Anwendbarkeit der Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und der Honorarordnung gemeinsam analysieren und bei Bedarf erforderliche Änderungen vereinbaren. Kommt über erforderliche Änderungen keine Einigung zustande, so entscheidet über Antrag einer der Gesamtvertragsparteien die Landesschiedskommission.

(5) Der Beobachtungszeitraum kann, wenn genügend Erkenntnisse aus dem Betrieb der gemeinsam festgelegten Gruppenpraxen gewonnen wurden, einvernehmlich vor Ablauf der vier Abrechnungsquartale beendet werden. Im Einvernehmen kann der Beobachtungszeitraum auch nur für bestimmte Typen von Gruppenpraxen (fachgleiche oder fachunterschiedliche Gruppenpraxen, Gruppenpraxen für bestimmte Fächer) vorzeitig beendet werden. Über Verlangen einer Gesamtvertragspartei ist der Beobachtungszeitraum um jeweils zwei Abrechnungsquartale bis zu einem Zeitraum von insgesamt maximal acht Abrechnungsquartalen auszudehnen. Dieses Verlangen ist der anderen Gesamtvertragspartei längstens einen Monat vor Ablauf des vierten bzw. des sechsten Abrechnungsquartals nach Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages mittels eingeschriebenem Brief mitzuteilen. Erst nach Ablauf des Beobachtungszeitraumes können weitere Gruppenpraxen auf der Grundlage der Festlegungen im Stellenplan in Vertrag genommen werden.

(6) Wird eine der in Vertrag genommenen Gruppenpraxen innerhalb des vereinbarten Beobachtungszeitraumes aufgelöst oder legt die Gruppenpraxis ihren Kassenvertrag während dieses Zeitraumes zurück, haben die Gesamtvertragsparteien einvernehmlich festzulegen, ob stattdessen eine andere Gruppenpraxis in Vertrag genommen wird. Ärzten der aufgelösten Gruppenpraxis, die bereits vor der Gründung der Gruppenpraxis einen kurativen Einzelvertrag innehatten, haben Anspruch auf neuerlichen Abschluss eines Einzelvertrages am vorigen Ordinationsstandort der Einzelordination.

#### **§ 41 VERLAUTBARUNG**

Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden jeweils in geeigneter Form durch Rundschreiben an die Vertragsgruppenpraxen und/oder Publikationen in den Mitteilungsblättern der Kammer oder der Sozialversicherungsträger und/oder im Internet auf den Homepages der Kammer und/oder der Sozialversicherungsträger verlautbart.

Graz/Wien, den 01.10.2004

Ärzttekammer für Steiermark  
Der Präsident: Der Kurienobmann:

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger  
Für die Geschäftsführung:

Steiermärkische Gebietskrankenkasse  
Der Obmann: Der leitende Angestellte:

Sozialversicherungsanstalt der Bauern  
Der Obmann: Der leitende Angestellte:

Betriebskrankenkasse Kapfenberg  
Der Obmann: Der leitende Angestellte:

Betriebskrankenkasse Donawitz  
Der Obmann: Der leitende Angestellte:

Betriebskrankenkasse Zeltweg  
Der Obmann: Der leitende Angestellte:

Betriebskrankenkasse Kindberg  
Der Obmann: Der leitende Angestellte:

Betriebskrankenkasse Austria Tabak  
Der Obmann: Der leitende Angestellte:

