

GRUPPENPRAXEN – GESAMTVERTRAG vom 1. April 2009

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die in § 2 angeführten Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese andererseits.

§ 1 Grundlagen

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955 in der jeweils gültigen Fassung sowie gemäß § 66 Abs. 2 Z 8 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I 1998/169 in der jeweils gültigen Fassung, zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung für die bei den in § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden kurz Anspruchsberechtigte genannt) abgeschlossen.

(2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits sowie die in § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

(3) Als Vertrags-Gruppenpraxen (im Folgenden V-GP) kommen ausschließlich ärztliche Gesellschaften nach den geltenden Bestimmungen über Gruppenpraxen (im Folgenden GP) des ASVG und des Ärztegesetzes in der jeweils gültigen Fassung in Betracht.

(4) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

§ 2

Geltungsbereich

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

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3

Sozialversicherungsanstalt der Bauern
1030 Wien, Ghegastraße 1

Betriebskrankenkasse Mondi
3363 Ulmerfeld-Hausmening, Theresienthalstraße 50

Betriebskrankenkasse Austria Tabak
1160 Wien, Thaliastraße 125b

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

§ 3

Formen der Zusammenarbeit

(1) Als Gesellschafter einer V-GP kommen Ärzte folgender Fachrichtungen in Betracht:

Ärzte für Allgemeinmedizin,
Fachärzte für Lungenkrankheiten,
Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie,
Fachärzte für Chirurgie,
Fachärzte für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe,
Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
Fachärzte für Innere Medizin,
Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde,
Fachärzte für Neurologie,
Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin,

Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie,
Fachärzte für Unfallchirurgie und
Fachärzte für Urologie.

(2) Folgende GP-Modelle werden vereinbart:

1. V-GP auf Grund einer Zusammenlegung an einem Standort (Zusammenlegungspraxis, kurz ZLP): Zwei oder mehrere Vertragsärzte am gleichen im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsort schließen sich zu einer V-GP zusammen.
2. V-GP als originär vereinbarte V-GP (kurz originäre GP): Bei durch die Gesamtvertragsparteien festgestelltem Bedarf kann eine GP originär mit zwei oder mehreren Gesellschaftern ausgeschrieben werden.
3. Teilung einer Planstelle (Jobsharingpraxis, kurz JSP): Max. drei Ärzte teilen sich eine bestehende Vertragsarztstelle, d. h. der Seniorpartner (kurz SP) und Inhaber der bestehenden Vertragsarztstelle teilt sich diese mit einem oder zwei Juniorpartner(n) (kurz JP).
4. GP zur Nachfolgeregelung (Nachfolgepraxis, kurz NFP): Der Inhaber einer Vertragsarztstelle (SP) teilt sich kurz vor Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit die Vertragsarztstelle mit einem JP, mit der Intention eines sukzessiven Rückzuges des SP von der vertragsärztlichen Tätigkeit und eines geordneten Übergangs des Einzelvertrages auf den JP. Zum Zeitpunkt des Endes der NFP erlangt der JP den Einzelvertrag.
5. Fachgleiche, aber intern spezialisierte GP: Max. drei Ärzte der gleichen Fachrichtung, die sich auf unterschiedliche Zusatzfächer spezialisiert haben, teilen sich eine bestehende Vertragsarztstelle, d. h. der SP und Inhaber der bestehenden Vertragsarztstelle teilt sich diese mit einem oder zwei JP.
6. GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin: Bei durch die Gesamtvertragsparteien festgestelltem Bedarf kann eine GP auf dem Fachgebiet Neurologie/Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin gebildet werden.

(3) Die V-GP des Abs. 2 Z 1 und 2 sind zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen, die V-GP des Abs. 2 Z 3 bis 5 nur zwischen Ärzten der gleichen Fachrichtung

tung möglich, die GP nach Abs. 2 Z 6 zwischen Ärzten auf dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin.

§ 4

Voraussetzungen für V-GP

Vor Vertragsbeginn müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

(1) Allgemeine Voraussetzungen:

- Vorlage des von den Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie
- Vorlage eines Firmenbuchauszuges.

(2) Besondere Voraussetzungen für die einzelnen GP-Modelle:

1. ZLP:

- Gemeinsamer Antrag der beteiligten Vertragsärzte an die Kammer und den Versicherungsträger auf Abschluss eines Einzelvertrages mit der GP.
- Einverständniserklärung der Vertragsärzte, dass ihre jeweiligen kurativen Einzelverträge für die Dauer des aufrechten Einzelvertrages mit der GP ruhen.
- Zustimmung des Versicherungsträgers zur Vergabe des Einzelvertrages an die GP. Diese Zustimmung ist zu erteilen, wenn die beteiligten Vertragsärzte am selben im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsort tätig sind. Sind die Ordinationssitze niederlassungsortübergreifend, bedarf es der Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger.

2. Originäre GP:

- Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger auf Basis der vertragsärztlichen Stellenplanung zur Ausschreibung einer originären GP.
- Verbindliche Bereitschaftserklärung der Ärzte, mit dem (den) nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber(n) eine GP nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages zu gründen.

- Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger zur Vergabe des Einzelvertrages an die GP.

3. JSP:

- Verbindliche Bereitschaftserklärung des Vertragsarztes, dessen Stelle geteilt werden soll, mit dem (den) nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber(n) eine GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen.
- Einverständniserklärung des Vertragsarztes, dass sein kurativer Einzelvertrag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der neu zu gründenden GP ruht.

4. NFP:

- Aufrechtes Vertragsverhältnis zum Versicherungsträger beim SP seit zumindest fünf Jahren.
- Antrag des SP auf eine NFP mit einem Zeitrahmen bis zu einem Jahr vor der geplanten Zurücklegung des kurativen Einzelvertrages. Wird von den Gesamtvertragsparteien innerhalb von 14 Tagen kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Antrag des SP.
- Kündigung des kurativen Einzelvertrages durch den SP zum vorgesehenen Endzeitpunkt der NFP.
- Einverständniserklärung des SP, dass sein Einzelvertrag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der GP ruht.
- Verbindliche Bereitschaftserklärung des SP, mit dem nach einer Ausschreibung nach diesem Gesamtvertrag ausgewählten Partner eine GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen.

5. Fachgleiche aber intern spezialisierte GP:

- Verbindliche Bereitschaftserklärung des Arztes, dessen Stelle geteilt werden soll, mit dem (den) nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber(n) eine GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen.
- Einverständniserklärung des Vertragsarztes, dass sein kurativer Einzelver-

trag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der neu zu gründenden GP ruht.

6. GP im Bereich Neurologie/Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin:

- Der Teilung der ärztlichen Fachrichtung „Neurologie und Psychiatrie“ in Fachärzte für Neurologie und solche für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin wird insofern Rechnung getragen, indem vakante Vertragsarztstellen als GP für zwei Ärzte, und zwar einem Facharzt für Neurologie und einem für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin ausgeschrieben werden können bzw. an einer bestehenden Facharztstelle eine GP mit einem Arzt der jeweils anderen Fachrichtung gegründet werden kann.
- Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger auf Basis der vertragsärztlichen Stellenplanung zur Ausschreibung einer GP im Bereich Neurologie/Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin bzw.
- Antrag des Inhabers einer Vertragsarztstelle (SP) an die Kammer und an den Versicherungsträger auf Gründung einer GP mit einem Facharzt des anderen Fachgebietes, Ausschreibung und Abschluss eines Einzelvertrages mit der GP.
- Einverständniserklärung des SP, dass sein kurativer Einzelvertrag für die Dauer des aufrechten Einzelvertrages mit der GP ruht.
- Verbindliche Bereitschaftserklärung der Ärzte, mit dem nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages ausgewählten Partner eine GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen.
- Zustimmung des Versicherungsträgers zur Vergabe des Einzelvertrages an die GP.

(3) Der Gesellschaftsvertrag und ein Firmenbuchauszug über die gegründete GP sind der Kammer und dem Versicherungsträger so rasch wie möglich, längstens binnen 14 Tagen ab Eintragung ins Firmenbuch, vorzulegen. Dies gilt auch für jede Änderung des Gesellschaftsvertrages oder für Änderungen im Firmenbuch. Der Einzelvertrag mit der GP beginnt mit dem auf die Eintragung der GP in das Firmenbuch folgenden Quartalerersten, wenn der Gesellschaftsvertrag inhaltlich den Regelungen dieses Gesamtvertrages nicht widerspricht und nicht einvernehmlich zwischen der V-GP und dem Versicherungsträger ein anderer Vertragsbeginn vereinbart wird.

(4) Jeder Arzt darf nur Gesellschafter einer V-GP sein. Ein Gesellschafter kann auch nicht gleichzeitig Inhaber eines kurativen Einzelvertrages mit einer Einzelpraxis sein. Approbierte Ärzte können nicht Gesellschafter einer V-GP sein.

§ 5

Festsetzung der Zahl und Verteilung der V-GP

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

(2) Bei der örtlichen Verteilung der V-GP ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen 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 und/oder V-GP freigestellt sein.

(3) Stellenpläne für V-GP sind in bestehende Stellenpläne für Einzelordinationen im Sinne einer einheitlichen Stellenplanung einzugliedern, wobei insbesondere auf die geografische Verteilung und eine adäquate Wahlmöglichkeit der Anspruchsberechtigten Rücksicht zu nehmen ist. Im Rahmen dieser einheitlichen Stellenplanung ist auf die Anzahl der tatsächlich tätigen Ärzte abzustellen. Weiters ist in der Stellenplanung festzulegen, welche konkret vorgesehenen GP als zusätzliche neue Stellen oder an Stelle bereits bestehender Einzelvertragsstellen geschaffen werden. *Die jeweils aktuelle Stellenplanung ist im Stellenplan zum Gesamtvertrag für Einzelpraxen vom 21. März 1994 ersichtlich.*

(4) Wird ein Einvernehmen über die Zahl der V-GP, ihre örtliche Verteilung sowie über beantragte Abänderungen der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet darüber die Landesschiedskommission.

§ 6

Ausschreibung freier Vertrags-Gruppenpraxenstellen oder freier Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterstellen

(1) Für die Ausschreibung freier Vertrags-Gruppenpraxenstellen oder freier Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterstellen ist die gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend

Richtlinien für die Auswahl der Vertrags-Gruppenpraxen und der Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen (Niederlassungsrichtlinien) anzuwenden.

(2) Keiner Ausschreibung bedarf die Gründung einer ZLP. In diesem Fall ist der beabsichtigte Zusammenschluss Kammer und Versicherungsträger nachweislich bekannt zu geben, die die Voraussetzungen zu prüfen haben. Der Bedarf ist als gegeben anzunehmen. Wird seitens der Kammer oder des Versicherungsträgers innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht kein Einspruch erhoben, so gilt dies als Zustimmung zur Gründung der V-GP. Wird ein Einspruch erhoben, haben die Einzelvertragsinhaber zu entscheiden, ob sie sich dennoch zu einer GP zusammenschließen wollen, und dies der beeinspruchenden Stelle mitzuteilen. Wird die GP trotz Einspruches begründet, gilt dies als Kündigung der Einzelverträge seitens der teilnehmenden Ärzte. Das jeweilige Einzelvertragsverhältnis endet mit Ablauf des Quartals, in dem die Gründung der GP erfolgt.

§ 7

Auswahl der V-GP/Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafter

(1) Bei der Auswahl einer Gruppenpraxis aus mehreren sich bewerbenden Gruppenpraxen bzw. bei der Auswahl eines Arztes aus mehreren sich bewerbenden Ärzten für freie Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafteranteile ist die gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertrags-Gruppenpraxen und der Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen (Niederlassungsrichtlinien) anzuwenden.

(2) Angestellte Ambulatoriumsärzte eines im § 2 genannten Versicherungsträgers dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer V-GP dieses Versicherungsträgers sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte und dergleichen) dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer V-GP ihres Versicherungsträgers sein. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 8

Einzelvertragsverhältnis

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und der GP wird durch den Abschluss eines GP-Einzelvertrages begründet.

(2) Durch den Einzelvertrag mit der GP entsteht kein Anstellungsverhältnis zwischen den Gesellschaftern der V-GP und dem Versicherungsträger.

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

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

§ 9

Abschluss des Einzelvertrages

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen der GP und dem Versicherungsträger ist der in Beilage 2 beigefügte Mustereinzelvertrag zu Grunde zu legen. Dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Mustereinzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages können mit der V-GP nur im Einvernehmen mit der Kammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(2) Der Versicherungsträger hat der V-GP den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl oder nach Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission zur Unterfertigung auszufolgen.

(3) Das Vertragsverhältnis beginnt jeweils zu dem Quartalsbeginn, der auf das Einlangen des von der V-GP unterfertigten GP-Einzelvertrages beim Versicherungsträger folgt. Abweichungen sind einvernehmlich zulässig.

(4) Der Versicherungsträger stellt der Kammer eine Abschrift des GP-Einzelvertrages zur Verfügung.

(5) Der Einzelvertrag wird, ausgenommen der Einzelvertrag mit einer NFP, auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Einzelvertrag mit einer NFP wird auf maximal ein Jahr befristet abgeschlossen.

§ 10

Gesellschafterwechsel/Vergrößerung bzw. Verkleinerung der GP

(1) Die V-GP hat personelle Änderungen in der V-GP Kammer und Versicherungsträger mit eingeschriebenem Brief anzuzeigen.

(2) Ist auf Grund eines zwischen Kammer und Versicherungsträger festgestellten Bedarfes eine Gesellschafterstelle nach zu besetzen, findet § 6 und die gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertrags-Gruppenpraxen und der Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen (Niederlassungsrichtlinien) Anwendung. Dies gilt auch für die ZLP, wenn der Einzelvertrag des ausscheidenden Gesellschafters nicht wieder auflebt und zwischen Kammer und Kasse der Fortbestand der V-GP festgelegt wird.

(3) Die Vergrößerung einer bereits bestehenden V-GP bedarf bei bestehendem Bedarf des Einvernehmens von Kammer und Versicherungsträger. § 6 und die gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertrags-Gruppenpraxen und der Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen (Niederlassungsrichtlinien) sind anzuwenden. Im Fall der Reduktion der Anzahl der Gesellschafter bedarf es des Einvernehmens zwischen dem Versicherungsträger, der Kammer und den Gesellschaftern der betreffenden V-GP.

§ 11

Behindertengerechte Ordination

(1) Die Ordinationsstätte der V-GP hat den Bestimmungen der ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für Behinderte und alte Menschen“ in dem im Beilage 1 vorgesehenen Ausmaß zu entsprechen.

(2) Wird eine GP in Räumlichkeiten errichtet, die davor nicht als Arztordinationen genutzt wurden, so hat eine sofortige Umsetzung zu erfolgen.

(3) Für eine GP, welche in einer bestehenden Arztordination errichtet wird, gilt eine dreijährige Übergangsfrist, in der die Umsetzung erfolgen muss.

(4) Die V-GP ist verpflichtet, anlässlich ihrer Errichtung bei der zuständigen Behörde einen Antrag auf Widmung eines behindertengerechten Parkplatzes, der für die Dauer der Ordinationszeiten zur Verfügung steht, zu stellen und gegebenenfalls einen gesetzlich vorgesehenen Rechtsweg auszuschöpfen.

§ 12

Wechsel der Ordinationsstätte

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte der V-GP innerhalb des im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsortes ist Kammer und 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 V-GP die Paritätische Schiedskommission.

(2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnissen ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs. 1 erhoben wurde oder die Paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat.

(3) Ein Wechsel des vertraglichen Berufssitzes außerhalb des Niederlassungsortes ist nur im Rahmen eines neuerlichen Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens zulässig.

§ 13

Stellvertretung

(1) Die Gesellschafter einer V-GP haben sich grundsätzlich im Falle einer persönlichen Verhinderung gegenseitig zu vertreten. Zum Vertreter eines Gesellschafters kann nur ein Arzt desselben Fachgebietes und mit Ausbildung im selben Spezialgebiet herangezogen werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht.

(2) Sofern die Vertretung in der Ordination der GP nicht durch einen anderen Gesellschafter erfolgt und länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung Kammer und Versicherungsträger schriftlich bekannt zu geben. Dauert die Vertretung länger als drei Monate, so können Kammer und Versicherungsträger gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird ein Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist die V-GP verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die Kammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt die V-GP dieser Verpflichtung innerhalb von vier Wochen nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses. Der Vertreter in der Ordination der GP hat den Stempel der V-GP zu verwenden und mit dem Zusatz „i. V.“ zu unterfertigen.

(3) Unter vorheriger Absprache ist eine Vertretung auch außerhalb der Ordination der GP durch einen anderen Vertragsarzt oder eine andere V-GP möglich. Die V-GP hat die Anspruchsberechtigten in geeigneter Weise auf die Vertretung hinzuweisen. Abs. 2 gilt sinngemäß.

§ 14

Ärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt der V-GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Die ärztliche Behandlung ist grundsätzlich durch die Gesellschafter der V-GP selbst auszuüben.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung der Gesellschafter der V-GP und der der V-GP 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 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 der Versicherungsträger nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet.

(5) Die Gesellschafter der V-GP 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 der Versicherungsträger in diesen Fällen berechtigt.

§ 15

Behandlung in der Ordination

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

(2) Die V-GP hat die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten nach Möglichkeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Ordinationszeiten, sofern dieser dagegen keinen Einspruch erhebt. Kommt über eine von der V-GP beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

(3) Die Anwesenheitszeiten der Gesellschafter der V-GP müssen gegenüber den Patienten transparent sein (freie Arztwahl).

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

(5) Die Ordinationszeiten der Gesellschafter der V-GP dürfen mit Ausnahme von Krankenbesuchen grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumlichkeiten der GP ausgeübt werden. Ausnahmen sind im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

(6) Die genauen Ordinationszeiten werden im Einzelvertrag geregelt, wobei für die einzelnen GP-Modelle folgende Besonderheiten gelten:

1. ZLP, originäre GP und GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin:

Die Mindestöffnungszeiten der V-GP mit zwei Gesellschaftern betragen 30 Wochenstunden, ab drei Gesellschaftern 40 Wochenstunden. Die GP hat an fünf Werktagen pro Woche geöffnet zu sein, wobei an zwei Werktagen die Ordinationsstätte nach 15.00 Uhr geöffnet sein muss. Werden an einem Samstag Ordinationszeiten vereinbart, so kann die Ordinationszeit an einem anderen Werktag bzw. an einem Nachmittag entfallen.

2. JSP, NFP und fachgleiche aber intern spezialisierte GP:

Die Mindestöffnungszeiten der V-GP betragen 20 Wochenstunden. Die GP hat an vier Werktagen pro Woche geöffnet zu sein, wobei an zwei Werktagen die Ordinationsstätte nach 15.00 Uhr geöffnet sein muss. Werden an einem Samstag Ordinationszeiten vereinbart, so kann die Ordinationszeit an einem anderen Werktag bzw. an einem Nachmittag entfallen.

(7) Berufsrechtlich ist es den Gesellschaftern einer V-GP möglich, eine Zweitordination zu betreiben. Erbringen sie dort Leistungen im selben Fachgebiet, in dem sie auch in der V-GP tätig sind, so sind diese Leistungen keine Vertragsleistungen und eröffnen für den Patienten auch keine Möglichkeit einer Kostenerstattung. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen Kammer und Versicherungsträger möglich. Die V-GP selbst darf keine Zweitordination betreiben.

§ 16

Krankenbesuch

(1) Krankenbesuche sind von den Gesellschaftern der V-GP durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen der Ordination der V-GP nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche nach Möglichkeit bis 9.00 Uhr bei der GP anzumelden.

(2) Für einen Arzt für Allgemeinmedizin als Gesellschafter einer V-GP besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächst erreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Ärzte für Allgemeinmedizin als nächst erreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern ist ein Arzt für Allgemeinmedizin als Gesellschafter einer V-GP in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von einem Kilometer – gerechnet von der Ordi-

nationsstätte der GP – zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächst erreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird.

(3) Für einen Facharzt in einer V-GP besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgehändig ist und am Niederlassungsort der V-GP oder innerhalb eines Umkreises von fünf Kilometern – gerechnet von der Ordinationsstätte – wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt/der behandelnden V-GP als nächst erreichbarer Facharzt berufen wird.

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

§ 17

Inanspruchnahme von fachärztlichen V-GP

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

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

(3) Die fachärztliche V-GP hat Anspruchsberechtigte, die ihr zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages zurück zu überweisen.

§ 18

Zuweisung zu Vertragsärzten (Vertragseinrichtungen)

(1) Falls von der V-GP die erforderlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen der Anspruchsberechtigten nicht selbst durchgeführt werden können und auch keine entsprechenden Vorbefunde bekannt sind, hat sie – unter Verwendung der entspre-

chenden Vordrucke oder sonstigen Vorgaben – grundsätzlich zu einem Vertragsarzt/einer V-GP (Vertragseinrichtung) zuzuweisen. Hinsichtlich der Auswahl des Vertragspartners ist auf die Ökonomie besonders Bedacht zu nehmen. Eine Zuweisung zu einem Wahlarzt (Wahleinrichtung) ist nur dann zulässig, wenn ein Vertragspartner in zumutbarer Entfernung nicht zur Verfügung steht oder wenn der Patient dies ausdrücklich wünscht. Die Anspruchsberechtigten sind darauf hinzuweisen, dass sie bei Inanspruchnahme des Wahlarztes/der Wahl-GP (der Wahleinrichtung) die Kosten zunächst selbst zu bezahlen haben.

(2) Für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit einer kurativen Mammographie durch einen Vertragsfacharzt/eine V-GP für Radiologie gilt die Indikationenliste laut Beilage 3 zum Gruppenpraxen-Gesamtvertrag. Bei zukünftig zwischen ÖÄK/BKNÄ und Hauptverband vereinbarten Änderungen der Indikationenliste, welche unter www.hauptverband.at und www.aerztekammer.at veröffentlicht werden, tritt die neue Indikationenliste mit dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens anstelle der bis dahin in Geltung stehenden Beilage 3 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages. Kammer und Kasse werden über die jeweils aktuelle Fassung informieren.

ÖÄK/BKNÄ und Hauptverband werden die Auswirkungen der Indikation „Besondere medizinische Indikation im Einzelfall“ auf Bundesebene gemeinsam beobachten und gemeinsam evaluieren, sowie bei Auffälligkeiten gemeinsame Maßnahmen setzen. Eine gemeinsame Betrachtung hat jedenfalls im zweiten Halbjahr 2015 zu erfolgen. Zahlenmäßige Auffälligkeiten und deren Ursachen, insbesondere bei einzelnen Zuweisern, werden auch auf Landesebene gemeinsam beobachtet und allenfalls notwendige Maßnahmen veranlasst.

Kopien der Zuweisungen samt Begründung für die Position „Besondere medizinische Indikation im Einzelfall“ sind vom Radiologen an die Regionalstelle unabhängig von der Übermittlung der für die Honorarabrechnung erforderlichen Unterlagen zu übermitteln.

§ 19

Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung des Versicherungsträgers abhängig, so hat die V-GP dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim Versicherungsträger auszuhändigen.

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

§ 20

Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Jeder Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe in der V-GP unaufgefordert die e-card vorzulegen bzw. im Falle der Nichtvorlage der e-card die Sozialversicherungsnummer zum Zwecke der Prüfung der Anspruchsberechtigung bekannt zu geben. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.

(2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches eine positive Online-Anspruchsprüfung durchgeführt wurde. Ab Einführung des elektronischen Rezeptes, jedenfalls ab 1.1.2009, ist die e-card bei jeder Inanspruchnahme der V-GP einzulesen.

(3) Erkrankte, deren Anspruchsberechtigung nicht im Sinne des Abs. 1 nachgewiesen werden kann, dürfen grundsätzlich außer in den in der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 7.12.2005 genannten Fällen auch dann nicht behandelt werden, wenn sie der V-GP von früheren Behandlungen als Anspruchsberechtigte bekannt sind.

(4) Die V-GP ist berechtigt, von Erkrankten, bei denen eine Online-Anspruchsprüfung nicht möglich ist (keine Vorlage der e-card und Sozialversicherungsnummer nicht bekannt), kein positives Ergebnis gebracht hat bzw. bei Nichtvorlage der e-card nicht durchgeführt wird, bei jeder Konsultation einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die e-card innerhalb von zwei Wochen vom Patienten nachgebracht und eine positive Online-Anspruchsprüfung durchgeführt, ist dieser Betrag von der V-GP zurückzuerstatten.

§ 21

Sonn- und Feiertagsdienst

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

§ 22

Konsilium

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann die V-GP in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem Konsilium berufen, sonst ist in der Regel der nächst erreichbare Vertragsarzt zu berufen.

§ 23

Betreuungsfälle

(1) Soweit der Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt die V-GP die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem die V-GP im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes und des Strafvollzugsgesetzes zu betreiben 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 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 ärztliche Behandlung durch die V-GP nur übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zu Stande kommt.

§ 24

Ablehnung der Behandlung

Die V-GP ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Sie hat auf Verlangen des Versicherungsträgers diesem den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 25

Anstaltspflege

(1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt die V-GP 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 V-GP 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 V-GP die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z. B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers ist in jedem Fall von der V-GP zu bescheinigen.

§ 26

Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

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

(2) Die V-GP hat bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung in der jeweils gültigen Fassung sowie die in der jeweils gültigen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen zu beachten. Die V-GP wird dabei durch das Öko-Tool unterstützt, das über die Arztsoftware zur Verfügung steht. Die V-GP verwendet das Öko-Tool in der aktuellen Version und verordnet unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die im Öko-Tool enthaltenen Arznei- und Heilmittel. Dies gilt ebenso für wirkstoffgleiche und wirkstoffähnliche Arznei- und Heilmittel sowie Biosimilars.

(3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Diese Vordrucke sind nach Tunlichkeit mit dem deutlichen Aufdruck des Stempels der V-GP, jedenfalls aber mit der Unterschrift des behandelnden Gesellschafters der V-GP, zu versehen, damit die Verordnungen dem jeweiligen Verordner zuordenbar sind. Werden die Formulare maschinell bedruckt, kann der Stempel der V-GP durch maschinelles Andrucken der Stempeldaten ersetzt werden.

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

(5) Zur Verwendung in der Ordination der V-GP dürfen von diesen auf Kosten des Versicherungsträgers Heilmittel, Verbandsmaterial und Reagenzien nur in dem für die Behandlung der Anspruchsberechtigten nötigen Ausmaß bezogen werden. Näheres wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(6) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist die V-GP

vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 40 Anwendung.

§ 27

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

(1) Die Maßnahmen des Versicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Heilstätten-, Kur-, Landaufenthalte und dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Die V-GP hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der hierfür 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 V-GP abweisen.

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

§ 28

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch die V-GP

(1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich der V-GP. Die Vertragsparteien können Abweichungen hiervon vereinbaren.

(2) Die V-GP kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium und dgl.) einholen.

(3) Die V-GP 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.

§ 29

Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch die V-GP

(1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit von der behandelnden V-GP festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Chef(Kontroll)arzt des Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages der behandelnden V-GP zu. Die V-GP hat in der Regel am gleichen Tag, an dem sie die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankheitsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen.

(2) Die Krankheitsmeldung ist mit Hilfe der dafür über das eCard-System zur Verfügung stehenden elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung (kurz eAUM) zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das Gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z. B. Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Die V-GP hat bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung alle notwendigen Angaben im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten zu machen und wo dies medizinische möglich ist, ist das Ende oder das voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.

(3a) Die Ärztekammer für Niederösterreich und die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse können verwaltungsvereinfachende Maßnahmen im Zusammenhang mit der eAUM im Rahmen der gemeinsamen Steuerungsgruppe gesondert vereinbaren. Insbesondere die konkreten Festlegungen hinsichtlich einer einheitlichen Schreibweise von Diagnosen sowie von Diagnosen, welche erfahrungsgemäß eine gewisse maximale Arbeitsunfähigkeitsdauer nach sich ziehen, sollen im Rahmen der Steuerungsgruppe gemeinsam getroffen und den Vertragsärzten in Form einer gemeinsamen Information zur Kenntnis gebracht werden.

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

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

§ 30

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger

(1) Der Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hiezu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium und dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist die behandelnde V-GP 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 V-GP nur im Einvernehmen mit dem Organ des Versicherungsträgers vorgenommen werden.

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

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

§ 31

Mutterschaft

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

§ 32

Auskunftserteilung

(1) Die V-GP 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 ordnungsgemäß ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten des Versicherungsträgers zu geben. Zur Auskunftserteilung ist die V-GP jedoch nur insoweit berechtigt und verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben des Versicherungsträgers notwendig ist.

(2) Der Versicherungsträger hat für die Geheimhaltung der von der V-GP erteilten Auskünfte gegenüber anderen als in Abs. 1 genannten Personen Sorge zu tragen.

§ 33

Krankenaufzeichnungen

Die V-GP führt für die in ihrer Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen.

§ 34

Administrative Mitarbeit

(1) Die V-GP ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart ist.

(2) Die Muster der für die ärztliche Tätigkeit der V-GP einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bzw. Kammer und Versicherungsträger vereinbart.

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der V-GP auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die ärztliche Tätigkeit der V-GP notwendigen Vordrucke werden ihr vom Versicherungsträger kostenlos zur Verfügung gestellt.

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

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

§ 35

Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit der V-GP wird – bis auf die Besonderheiten in den folgenden Absätzen – durch Anwendung der Honorarordnung des kurativen Gesamtvertrages für Einzelpraxen geregelt. Diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere

1. die Grundsätze über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen;
2. das Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen;
3. die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und – soweit dies vorgesehen ist – in Eurobeträgen.

(2) Für die V-GP gelten folgende Besonderheiten:

1. Die V-GP hat eine einheitliche Abrechnung zu legen.
2. Auf die Umsätze der V-GP auf Grund der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist § 6 Abs. 1 Z 19 UStG 1994 und das GSBG anzuwenden (Erlass des Bundesministeriums für Finanzen vom 13.9.2006).
3. Auf die Honorarsumme der V-GP, mit Ausnahme der GP zur Nachfolgeregelung, erfolgt ein Abschlag im Ausmaß von 3,5 % (mit Ausnahme der VU-Leistungen und der MUKIPA-Leistungen, hier erfolgt kein Abschlag). Basis für die Berechnung sind die zum Zeitpunkt der Honorarberechnung anwendbaren

Leistungspositionen der Honorarordnung. Der Honorarsummenabschlag wird im Rahmen der Quartalsabrechnung in Abzug gebracht und gesondert ausgewiesen.

§ 36

Rechnungslegung

(1) Die Rechnungslegung durch die V-GP wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung nach § 13 Abs. 2 verrechnet der Versicherungsträger nur mit der vertretenen V-GP. Die Verrechnung von Vertreterscheinen ist hier unzulässig. Von der V-GP sind die Abrechnungen mit maschinell lesbarem Datenträger bzw. Datenfernübertragung durchzuführen.

(2) Rechnet die V-GP ohne triftigen Grund 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.

§ 37

Honorarabzüge und Honorareinbehalt

(1) Der Versicherungsträger wird von dem der V-GP zustehenden Honorar jene Beträge (Umlagen und Beiträge) 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.

§ 38

Gegenseitige Unterstützungspflicht

(1) Die Gesamtvertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.

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

(3) Der Versicherungsträger hat alles zu unterlassen, was das Ansehen der V-GP und deren Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat die V-GP alles zu unterlassen, was den Versicherungsträger und dessen Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(4) Die V-GP teilt der Kasse jede missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen mit. Gleiches gilt, wenn ein Anspruchsberechtigter ein Verhalten setzt, das seine Wiederherstellung erschwert oder verzögert.

§ 39

Zusammenarbeit der V-GP mit dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst

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

(2) Die ärztliche Eigenverantwortlichkeit der behandelnden GP bleibt jedenfalls unberührt. Der Chef(Kontroll)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

§ 40

Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

(1) Streitigkeiten zwischen der V-GP und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten. Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, 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 V-GP kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung, die entsprechend zu begründen ist. Darin wird die vom Versicherungsträger der V-GP zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis bestimmt, wobei einzelne Leistungen als nicht begründet gestrichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise gekürzt werden kann. Der Schlichtungsausschuss ist über dies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den die V-GP bei Nichtbeachtung des § 26 dem Versicherungsträger zu leisten hat. Die Vorentscheidung ist der V-GP nachweislich bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 4 hinzuweisen ist.

(4) Die V-GP und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses bei der Paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.

(5) 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 V-GP mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn die V-GP die Bestimmung des § 26 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträger nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.

§ 41

Verfahren bei Streitigkeiten

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gesamtvertrages geschlossenen Einzelvertrages zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen, unbeschadet der Bestimmungen des § 40, dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 42

Beendigung des Einzelvertragsverhältnisses zur GP

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen der V-GP und dem Versicherungsträger kann aus folgenden Gründen enden:

1. auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG (Erlöschen, Auflösung oder Kündigung)
2. durch einvernehmliche Auflösung des Vertragsverhältnisses
3. durch Auflösung der GP
4. durch Ablauf der Befristung des Einzelvertrages der NFP
5. für die ZLP, die originäre GP oder die GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutischen Medizin weiters, wenn ein Gesellschafter der V-GP die ärztliche Leitung einer Krankenanstalt, die Leitung einer Abteilung einer Krankenanstalt oder eine ärztliche Nebenerwerbstätigkeit im Umfang von insgesamt mehr als 20 Wochenstunden Arbeitsverpflichtung oder tatsächlicher Inanspruchnahme übernimmt, und nicht Kammer und Versicherungsträger schriftlich etwas Gegenteiliges vereinbaren
6. wenn die Invertragnahme auf Grund wesentlich falscher Angaben im Auswahlverfahren erfolgt ist.

(2) Bei der ZLP, der JSP, der fachgleichen aber intern spezialisierten GP und der GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin werden jene bisherigen Einzelverträge von Vertrags-Einzelpraxen ruhend gestellt, die in die V-GP miteinbezogen und im gemeinsamen Stellenplan als V-GP berücksichtigt wurden. Im Fall der Beendigung des Einzelvertrages der GP gemäß Abs. 1 lebt grundsätzlich der ruhend gestellte Einzelvertrag des bisherigen Vertragsarztes bzw. des SP wieder auf, wenn dieser weiterhin als niedergelassener Arzt tätig ist und die GP den Einzelvertrag noch nicht länger als fünf Jahre inne hatte. Sofern aber die Endigungstatbestände den bisherigen Vertragsarzt bzw. den SP treffen (rechtskräftige Verurteilung bzw. Kündigung durch den Versicherungsträger, unzulässige Nebenbeschäftigung), lebt der ruhend gestellte Einzelvertrag nicht wieder auf.

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

(4) Im Falle der Beendigung des Einzelvertrages zur GP, ohne dass die vorher bestandenen Einzelverträge der einzelnen Gesellschafter wiedererlangt werden, ist die GP – abgesehen von der NFP – bei aufrechtem Bedarf neu auszuschreiben.

(5) Im Falle der NFP endet der Einzelvertrag zur GP grundsätzlich mit Ablauf der Frist, für die sie eingegangen wurde und der JP erlangt einen Einzelvertrag für die Einzelpraxis. Die Kündigungsfrist kann auf Wunsch des SP verkürzt werden, diesfalls treten die genannten Rechtsfolgen zum früheren Zeitpunkt ein.

§ 43

Gemeinsame Durchführung des Gesamtvertrages seitens der Versicherungsträger

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den V-GP in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und V-GP geltend zu machen; insbesondere ist der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse das Recht eingeräumt, gemeinsam Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, ist die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse bevollmächtigt.

(3) Wird die Vollmachtteilung 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 V-GP treten erst mit Ablauf des zweiten Kalendervierteljahres ein, das auf die Mitteilung folgt.

§ 44

Gültigkeitsdauer

(1) Dieser Gesamtvertrag tritt mit 1.4.2009 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien nur gemeinsam mit dem Gesamtvertrag über Einzelpraxen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.

(2) Hiermit endet dieser Gesamtvertrag zu jenem Zeitpunkt, zu welchem der Gesamtvertrag über Einzelpraxen vom 21.3.2004 aus welchen Gründen auch immer beendet wird.

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

§ 45

Verlautbarung

Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden auf der Homepage der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse veröffentlicht.

St. Pölten, am 17.12.2008

ANHANG

ZUR GRUPPENPRAXEN-RAHMENVEREINBARUNG

Grundsätzlich ist nur die ÖNORM B 1600 (in Teilbereichen) umzusetzen. Die ÖNORM B 1601 nur in einzelnen Punkten.

Die kursiven Anmerkungen dienen dem besseren Verständnis bzw. der Erläuterung der Umsetzungsnotwendigkeiten.

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 <i>Anmerkung: Notwendig ist ein stufenloser Zugang zur Gruppenpraxis vom Parkplatz (Behinderten-, „Rettungsparkplatz“) bzw. vom Gehsteig.</i>			
2.1 Gehsteige, Gehwege und Radwege		Bestimmungen für Gehsteige und Gehwege sind relevant, sofern von dort Zugang zum Objekt, in dem Gruppenpraxis untergebracht ist, erfolgt.	Radwege
2.2 Fußgängerübergänge			X
2.3 Rampen	X		
2.4 Stellenplätze für PKW von behinderten Personen <i>Anmerkung: Anzahl je nach Bedarf in unmittelbarer Nähe zum behindertengerechten Zugang – möglichst dem Haupteingang</i>	X		
2.5 Fernsprechstellen, Notrufeinrichtungen			X wenn notwendige Telefonate durch das Sekretariat der Gruppenpraxis erledigt werden
3 Gebäude			
3.1 Eingänge, Türen	X		
3.2 Horizontale Verbindungswege	X		
3.3 Vertikale Verbindungswege	X		
3.4 Sanitärräume <i>Anmerkung: gemeint sind WC-Räume</i>	X gemäß ÖNORM B 1601 Ziffer 3.4		
3.5 Spezielle bauliche Ausführungen			
3.5.1 Anordnung von Rollstuhlplätzen <i>Anmerkung: Rollstuhlplätze im Warteraum</i>	Mindestens zwei Plätze		
3.5.2 Anordnung von behindertengerechten Unterkunftseinheiten in Beherbergungsbetrieben und Heimen			X

Text	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar im Einzelfall	Einhaltung ÖNORM B 1600 nicht relevant
3.5.3 Schalter, Durchgänge <i>Anmerkung: Rezeption</i>	X Induktionsschleife zusätzlich		
3.5.4 Anordnung von behindertengerechten Umkleidekabinen		X <i>wenn die Praxis über Umkleidekabinen verfügt: mindestens eine behindertengerecht</i>	
-,- von Duschen und Bädern		nach Bedarf gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4	
3.5.5 Einstieg bei Schwimmbädern <i>Anmerkung: Therapiebecken, Therapiebadewannen o.ä.</i>		nach Bedarf	
3.5.6 Allgemein zugängliche Nutzräume <i>Anmerkung: z. B. Abstellplatz für Kinderwagen, insbeson- dere beim Kinderarzt</i>		nach Bedarf	
3.5.7 Freibereich			X
3.5.8 Technische Ausstattung, Materialien <i>Anmerkung: z. B. Gegen- sprechanlage, Bodenbelag, Lichtschalter</i>	X		
3.5.9 Orientierung	X		
4 Kennzeichen	X		

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

EINZELVERTRAG

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen

der Gruppenpraxis (ZLP, originäre GP, JSP, NFP, intern-spezialisierte GP oder GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin).....

mit den Gesellschaftern.....(Facharzt für ...).....

.....(Facharzt für ...).....

.....(Facharzt für ...).....

(im folgenden Vertrags-Gruppenpraxis genannt)

in

.....

und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse namens der in § 2 des Gesamtvertrages namentlich angeführten Krankenversicherungsträger auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages abgeschlossen.

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

§ 2

Die ärztliche Tätigkeit der Vertrags-Gruppenpraxis wird im Fachgebiet (in den Fachgebieten) ausgeübt.

Berufssitz

.....

Ordinationsstätte

.....

Ordinationszeit

.....

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der ärztlichen Tätigkeit der Vertrags-Gruppenpraxis im Einvernehmen mit der Kammer besonders vereinbart:

.....

.....

§ 4

Die Rechte und Pflichten der Parteien der Einzelvertrages ergeben sich aus dem Gesamtvertrag, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Einzelvertrag.

§ 5

(1) Die Vertrags-Gruppenpraxis gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages ihr Einverständnis, dass die von der Kammer beschlossenen und den Versicherungsträgern bekanntgegebenen Abzüge von ihrem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Die Vertrags-Gruppenpraxis erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 40 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die Paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen von der Vertrags-Gruppenpraxis unterfertigten Einzelvertrages bei dem zustellungsbevollmächtigten Versicherungsträger folgt.

Die Nachfolgepraxis endet automatisch ohne Kündigung am

....., den

Unterschrift der Gesellschafter der Vertrags-Gruppenpraxis, Stempel der Vertrags-Gruppenpraxis

.....
.....

Für die Versicherungsträger:

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Beilage 3

(entspricht Anlage 5 zur 1. ZV zum 2. ZP VU-GV)

Indikationen für die diagnostische Mammographie (für Frauen)

Folgende Übersicht enthält klinische Angaben samt Festlegung, wann eine Mammographie als diagnostische Mammographie abgerechnet werden kann.

Die Übersicht wurde zwischen Österreichischer Ärztekammer (unter Einbindung der Bundesfachgruppe Radiologie, Bundesfachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte) und Hauptverband einvernehmlich erstellt und wird bei Bedarf einvernehmlich gewartet.

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
Asymptomatische Frauen			
Familiär erhöhte Disposition	✓		Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese siehe Anhang
Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ	✓		Hochrisikoscreening (Brust) siehe Anhang
Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie	✓		vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt Eine laufende Hormontherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammographien dar.
Symptomatische Frauen			
Mastopathie		✗	
Zyklusabhängige beidseitige Beschwerden		✗	
Mastodynie bds.		✗	
Z.n. Mamma-OP (gutartig)		✗	ggf. 1malige Kontrolle innerhalb von zwei Jahren nach der OP
Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)	✓		
Mastodynie einseitig	✓		
Histologisch definierte Risikoläsionen	✓		z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ
Sekretion aus Mamille	✓		Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; Bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
			Hormonstörung (Prolaktin!)
Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)	✓		jährlich Mammographie und Ultraschall bds., MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht
Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess	✓		DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut	✓		z.B. Mamillenretraktion, Peau d'orange (Orangenhaut), Plateaubildung, etc. Bei Vd. auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie.
Besondere medizinische Indikation im Einzelfall	✓		Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle.

Indikationen, bei denen in der Spalte "diagnostisch ja" ein "✓" vermerkt ist, werden dem Vertragspartner grundsätzlich von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Indikationen, bei denen in der Spalte „diagnostisch nein“ ein „✗“ vermerkt ist, werden für sich alleine gesehen nicht von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Stand: 21.05.2014

ANHANG

Tabelle 1: Familiär erhöhte Disposition: Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese

Definition	10-Jahres-Risiko in %	Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits)	Genetische Beratung und nachfolgend gegebenenfalls Hochrisiko-screening	Jährliche Mammographie ab dem 40. LJ
Hohes Risiko¹	10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und 50. LJ: mehr als 8 %	3 Brustkrebsfälle vor dem 60. LJ	✓	✗
		2 Brustkrebsfälle vor dem 50. LJ	✓	✗
		1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ	✓	✗
		1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ <u>UND</u> 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters	✓	✗
		2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters	✓	✗
		Männlicher <u>UND</u> weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters	✓	✗
Moderates Risiko²	10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und 50. LJ: 3-8 %	1 weibliche Verwandte ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ*	✗	✓
		1 männlicher Verwandter ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters	✗	✓
		1 Verwandter ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist	✗	✓
		2 Verwandte ersten Grades, oder 1 Verwandter ersten Grades <u>UND</u> 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters	✗	✓
		1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters <u>UND</u> 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters (einer davon sollte ein Verwandter ersten Grades sein)	✗	✓
		3 Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters	✗	✓

* In begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters.

Tabelle 2: Hochrisikoscreening Brust

Hochrisikoscreening (Brust)¹	
Ärztliche Brustuntersuchung	1x jährlich ab dem 18. Lebensjahr
Brust MRT	1x jährlich ab dem 25. Lebensjahr bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie
Mammographie	1x jährlich ab dem 35. Lebensjahr
Mammasonographie	bei Bedarf

Tabelle 3: Verwandtschaftsgrade

Verwandtschaftsgrad	Verwandte²
erster Grad	Mutter, Vater Schwester, Bruder Tochter, Sohn
zweiter Grad	Großmutter, Großvater Tante, Onkel Nichte, Neffe Halbschwester, Halbbruder
dritter Grad	Urgroßmutter, Urgroßvater Großtante, Großonkel Cousine, Cousin ersten Grades

¹ Singer CF, Tea MK, Pristauz G, Hubalek M, Rappaport C, Riedl C, Helbich T. Leitlinie zur Prävention und Früherkennung von Brust- und Eierstockkrebs bei Hochrisikopatientinnen, insbesondere bei Frauen aus HBOC (Hereditary Breast and Ovarian Cancer) Familien. Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2011; http://www.oeggg.at/fileadmin/user_upload/downloads/Leitlinien/2011_11_10_Leitlinie_BRCA_Final.pdf

² National Institute for Health and Care Excellence. Familial breast cancer: Classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. Clinical Guideline; June 2013. National Collaborating Centre for Cancer; <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14188/64204/64204.pdf>