

I. ZUSATZPROTOKOLL

zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die

Wiener Gebietskrankenkasse
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Betriebskrankenkasse Austria Tabak
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
Betriebskrankenkasse Mondi
Sozialversicherungsanstalt der Bauern

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt) andererseits.

I.

Regelungen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2012.

2. Honorarregelung - 1. Jänner 2011 bis 31. März 2011

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin im Zeitraum 1. Jänner 2011 bis 31. März 2011 ist die zum 31. Dezember 2010 gültige Honorarordnung für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die als per 1. Jänner 2011 gültige Honorarordnung (Anlage 1) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

(2) Zur Abgeltung des Moratoriums für das 1. Quartal 2011 sowie für die durch die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung (e-AUM) (siehe Punkt VII.) verursachten Kosten steht für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin ein Betrag von insgesamt 1 Million Euro zur Verfügung, der in Form einer Einmalzahlung ausgeschüttet wird. Es bleibt der Kammer überlassen, die Kriterien für die Verteilung des Betrages auf die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin zu bestimmen. Die Anweisung des auf den einzelnen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. die einzelne Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin entfallenden Betrages erfolgt per 30. September 2011.

3. Honorarregelung - 1. April 2011 bis 31. März 2012

Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin im Zeitraum 1. April 2011 bis 31. März 2012 ist die zum 31. März 2011 gültige Honorarordnung für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die gemäß den Bestimmungen dieses Zusatzprotokolls geändert wird und als per 1. April 2011 für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin gültige Honorarordnung (Anlage 2) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

4. Honorarregelung - ab 1. April 2012

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin ab 1. April 2012 ist die zum 31. März 2012 gültige Honorarordnung für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die gemäß den Bestimmungen dieses Zusatzprotokolls geändert wird und als per 1. April 2012 für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin gültige Honorarordnung (Anlage 3) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

(2) Sofern die durchschnittliche Jahresinflationsrate 2011 – gemessen am VPI 2005 oder dem an dessen Stelle tretenden VPI – 2,05 % übersteigt, wird ein allfälliger Überschreitungsprozentsatz gegenüber 2,05 % zur Erhöhung der Fallpauschale verwendet, wobei kaufmännisch gerundet wird.

(3) Eine neuerliche Erhöhung der Tarife erfolgt frühestens mit Wirkung per 1. April 2013.

5. Allgemeine Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten

5.1. Änderungen ab 1. April 2011

Die zum 31. März 2011 gültige Honorarordnung für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin wird mit Wirkung vom 1. April 2011 geändert. Die anschließend aufgelisteten allgemeinen Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten, verrechenbar von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, werden mit Wirkung vom **1. April 2011** geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

Textänderungen

- **Pos. Ziff. 3** – „Tagesvisite Erstanfahrt im häuslichen Bereich Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn ein einzelner in einem gesonderten Haushalt lebender Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.
Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand des Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren - 37,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 53** – „Gipsverband (Elastoplastverband **und Tapeverbände** ausgenommen) der Hand und des Unterarms, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenks – 45 Punkte + RI“
- **Pos. Ziff. 54** – „Gipsverband (Elastoplastverband **und Tapeverbände** ausgenommen) der Hand und des Unterarms und des Oberarms, des Fußes und des Unterschenkels und des Oberschenkels, der Clavicula, Halskravatte – 60 Punkte +RI“
- **Pos. Ziff. 606** – „Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar – 6 Punkte“
- **Pos. Ziff. 761** – „Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Patient und Quartal verrechenbar – 40 Punkte“
Diese Position ist nur von jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechenbar, die ihre besondere Qualifikation gemäß den Vorgaben des Ausbildungscurriculums für die Ärzte für Allgemeinmedizin, die im Rahmen ihrer kurativen Tätigkeit die Pos. Ziff. 761 als Kassenleistung anbieten, ausreichend nachgewiesen haben und dazu von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich ermächtigt wurden.

Textänderung und neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 9** – „Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde.
Pos. Ziff. 9 kann **einmal pro Tag** ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung des zweiten Patienten für diesen und jeden weiteren Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden.“

Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren – 12,00 Euro.“

- **Pos. Ziff. 88** – „Antikoagulantienkontrolle (PTZ, TT, INR) inkl. ärztlicher Therapieeinstellung, sowie inklusive venöser oder kapillärer Blutabnahme – 7,92 Euro.“
Voraussetzung für die Verrechnung von Pos. Ziff. 88 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Den Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist vom Vertragsarzt bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 8** – „Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartales – 6 Punkte“
- **Pos. Ziff. 17** – „Hausarztzuschlag einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position wird automatisch mit der Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle – 9,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 90** – „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten – 11,88 Euro“
Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.
Bei zugewiesenen Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie bzw. Psychiatrie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfachärzte nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Gleichfalls unzulässig ist die Verrechnung dieser Leistung bei Patienten, die nur im Rahmen einer Urlaubsvertretung behandelt werden.

Die weiteren für die Verrechnung der Pos. Ziff. 90 geltenden Bedingungen bleiben unverändert bestehen.“

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Pos. Ziff 90 sowie alle anderen Gesprächspositionen ab 1. April 2013 auf Punktwerte umgestellt werden, sofern zu diesem Zeitpunkt zumindest ein weiterer der 13 Krankenversicherungsträger bereits Gesprächspositionen als Punktwert honoriert.

- **Pos. Ziff. 211** – „Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 verrechenbar) – 5 Punkte + RI“
- **Pos. Ziff. 610** – „Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli – 6,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 611** – Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild – 6,00 Euro“

Neue Sonderleistung

- **Pos. Ziff. 36** – „Tagesvisite Erstanfahrt im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn ein einzelner in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebender Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand des Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren – 37,00 Euro“

- **Pos. Ziff. 37** – „Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde. Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein- und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebenden Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren – 12,00 Euro“

- **Pos. Ziff. 58** – „Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde. Pos. Ziff. 58 kann in 20 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 **einmal pro Tag** ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung des zweiten Patienten für diesen und jeden weiteren im selben Haushalt sich befindenden Patienten in Rechnung gestellt werden der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren – 12 Euro.“

5.2. Änderungen ab 1. April 2012

Die zum 31. März 2012 gültige Honorarordnung für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin wird mit Wirkung vom 1. April 2012 geändert. Die anschließend aufgelisteten allgemeinen Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten, verrechenbar von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, werden mit Wirkung vom **1. April 2012** geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 8** – „Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartales. – 8 Punkte“

- **Pos. Ziff. 17** – „Hausarztzuschlag einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position wird automatisch mit der Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle – 9,35 Euro“
- **Pos. Ziff. 28** – „Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade, oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe) – 11 Punkte“
- **Pos. Ziff. 90** - „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten –12,54 Euro“
 Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen.
 a) Bei zugewiesenen Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfachärzte nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Gleichfalls unzulässig ist die Verrechnung dieser Leistung bei Patienten, die nur im Rahmen einer Urlaubsvertretung behandelt werden.

Die weiteren für die Verrechnung der Pos. Ziff. 90 geltenden Bedingungen bleiben unverändert bestehen.“

- **Pos. Ziff. 819** – „Manipulationen bei Gelenksverhakungen (höchstens dreimal im Quartal) – 17 Punkte“
 Die Leistung wird nur jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin honoriert, die über das Diplom für Manuelle Medizin der Österreichischen Ärztekammer verfügen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden

6. Erläuterungen

(1) Die Position 3 wird per 1. April 2011 in häusliche Visiten (Pos. Ziff. 3) und Visiten in Heimen aller Art (Pos. Ziff. 36) aufgeteilt.

(2) Die per 1. April 2011 in die Honorarordnung für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin aufgenommenen neuen Sonderleistungspositionen 9, 37 und 58 treten an die Stelle der bis 31. März 2011 bestehenden Sonderleistungspositionen 9, 10 und 15.

(3) Das für die Sonderleistungspositionen 9, 37 und 58 vorgesehene jährliche Honorarvolumen soll der Summe des jeweiligen Jahreshonorarvolumens gemäß Prognosemodell der „alten“ Sonderleistungspositionen 9, 10 und 15 (entspricht einem Tarif von Euro 10,45) und dem durch die Senkung der Positionen 610 und 611 auf diese Positionen umgeschichtete Honorarvolumen (entspricht einem Aufschlag von Euro 1,55) entsprechen. In Summe ergibt sich daher der Tarif von jeweils Euro 12,00.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, die Auswirkungen der Umschichtungen im Visitenbereich der Jahre 2011 und 2012 zu evaluieren und Abweichungen gemäß Abs 2 insbesondere unter Berücksichtigung der Pos. Ziff. 610 und 611 im Rahmen der nächsten Honorarverhandlungen anzupassen.

7. Sonstiges

Die Vertragsparteien kommen überein im Laufe des Jahres 2011 die Sonderleistungspositionen 26 und 28 sowie 76 und 77 nach Maßgabe der medizinischen Gegebenheiten zu überarbeiten und neu zu definieren

II.

Regelungen für allgemeine Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärzte für Radiologie)

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für allgemeine Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärzte für Radiologie) gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2012.

2. Honorarregelung - 1. Jänner 2011 bis 31. März 2011

Grundlage für die Honorierung der Leistungen der allgemeinen Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärzte für Radiologie) im Zeitraum **1. Jänner 2011 bis 31. März 2011** ist die zum 31. Dezember 2010 gültige Honorarordnung für allgemeine Vertragsfachärzte, die als per 1. Jänner 2011 gültige Honorarordnung (Anlage 4) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

3. Honorarregelung - 1. April 2011 bis 31. März 2012

Grundlage für die Honorierung der Leistungen allgemeine Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärzte für Radiologie) im Zeitraum **1. April 2011 bis 31. März 2012** ist die zum 31. März 2011 gültige Honorarordnung für allgemeine Vertragsfachärzte, die gemäß den Bestimmungen dieses Zusatzprotokolls geändert wird und als per 1. April 2011 für allgemeine Vertragsfachärzte gültige Honorarordnung (Anlage 5) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

4. Honorarregelung - ab 1. April 2012

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen allgemeine Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärzte für Radiologie) ab **1. April 2012** ist die zum 31. März 2012 gültige Honorarordnung für allgemeine Vertragsfachärzte, die gemäß den Bestimmungen dieses Zusatzprotokolls geändert wird und als per 1. April 2012 für allgemeine Vertragsfachärzte gültige Honorarordnung (Anlage 6) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

(2) Sofern die durchschnittliche Jahresinflationsrate 2011 – gemessen am VPI 2005 oder dem an dessen Stelle tretenden VPI – 2,05 % übersteigt, wird ein allfälliger Überschreitungsprozentsatz gegenüber 2,05 % zur Erhöhung der Fallpauschale verwendet, wobei kaufmännisch gerundet wird.

(3) Eine neuerliche Erhöhung der Tarife erfolgt frühestens mit Wirkung per 1. April 2013.

5. Allgemeine Sonderleistungen für allgemeine Vertragsfachärzte

5.1. Änderungen per 1. April 2011

Die zum 31. März 2011 gültige Honorarordnung für allgemeine Vertragsfachärzte wird mit Wirkung vom 1. April 2011 geändert. Die anschließend aufgelisteten allgemeinen Sonderleistungen werden mit Wirkung vom **1. April 2011** geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

Textänderungen

- **Pos. Ziff. 3** – „Tagesvisite Erstanfahrt im häuslichen Bereich Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn ein einzelner in einem gesonderten Haushalt lebender Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.
Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand des Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren –37,00 Euro “
- **Pos. Ziff. 53** – „Gipsverband (Elastoplastverband **und Tapeverbände** ausgenommen) der Hand und des Unterarms, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenks – 45 Punkte + RI“
- **Pos. Ziff. 54** - „Gipsverband (Elastoplastverband **und Tapeverbände** ausgenommen) der Hand und des Unterarms und des Oberarms, des Fußes und des Unterschenkels und des Oberschenkels, der Clavicula, Halskravatte – 60 Punkte +RI“

Textänderung und neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 8** – Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von den nachgenannten Vertragsfachärzten verrechenbar.
Der Tarif für Pos. Ziff. 8 beträgt für die Fachsparten Innere Medizin und Haut- und Geschlechtskrankheiten – 3 Punkte
Bei Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde – 4 Punkte
Bei Vertragsfachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie – 5 Punkte“
- **Pos. Ziff. 9** – „Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde.
Pos. Ziff. 9 kann **einmal pro Tag** ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung des zweiten Patienten für diesen und jeden weiteren Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden.
Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren – 12,00 Euro“

Neue Sonderleistung

- **Pos. Ziff. 36** – “Tagesvisite Erstanfahrt im Heimbereich. Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn ein einzelner in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebender Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand des Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren – 37,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 37** – Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde.
Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein- und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebenden Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt.
Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren – 12,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 58** – „Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde.
Pos. Ziff. 58 kann in 2 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 **einmal pro Tag** ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung des zweiten Patienten für diesen und jeden weiteren im selben Haushalt sich befindenden Patienten in Rechnung gestellt werden der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.“

Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten die neuerliche gesonderte Anfahrt zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren – 12,00 Euro.“

Neue Bewertung von Leistungen, Limitänderung

- **Pos. Ziff. 90** – „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten – 11,88 Euro“
Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärzten für Augenheilkunde, Vertragsfachärzten für Chirurgie, Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten in maximal 18 % der Fälle pro Quartal, von den übrigen allgemeinen Vertragsfachärzten in höchstens 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar.
Bei Vertragsfachärzten für Innere Medizin, die auf Grund ihrer Ausbildung von der Kasse und Kammer für die Verrechnung der Pos. Ziff. 635 ermächtigt wurden bzw. denen nach den Richtlinien der Österreichischen Diabetes Gesellschaft auf Grund ihrer Ausbildung die Ermächtigung erteilt worden wäre, erhöht sich das Verrechnungslimit auf 20 % der Fälle pro Quartal.
Innerhalb eines Quartals ist beim selben Patienten die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 614 „Eingehende psychische Beratung bei larvierten Depressionen etc.“ ausgeschlossen; die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 751 „Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern“ und 756 „Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe, Mindestzeitaufwand 1 1/2 Stunden, pro Patient“ ist nur mit Begründung möglich. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen:
a) Bei zugewiesenen Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfachärzte nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Gleichfalls unzulässig ist die Verrechnung dieser Leistung bei Patienten, die nur im Rahmen einer Urlaubsvertretung behandelt werden.“

Die weiteren für die Verrechnung der Pos Ziff 90 geltenden Bedingungen bleiben unverändert bestehen.

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Pos. Ziff. 90 sowie alle anderen Gesprächspositionen ab 1. April 2013 auf Punktwerte umgestellt werden, sofern zu diesem Zeitpunkt zumindest ein weiterer der 13 Krankenversicherungsträger bereits Gesprächspositionen als Punktwert honoriert. Zu den sonstigen Gesprächspositionen zählen die Sonderleistungen Pos. Ziff. 332 – Menopausengespräch, Pos. Ziff. 333 – frauenärztliches Beratungsgespräch, Pos. Ziff. 720 – Raucherberatung sowie Pos. Ziff. 909 – uro- onkologisches Beratungsgespräch.

5.2. Änderungen per 1. April 2012

Die zum 31. März 2012 gültige Honorarordnung für Allgemeine Vertragsfachärzte wird mit Wirkung vom 1. April 2012 geändert. Die anschließend aufgelisteten allgemeinen Sonderleistungen werden mit Wirkung vom **1. April 2012** geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 8** – „Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartales. Nur von den nachgenannten Vertragsfachärzten verrechenbar.
Der Tarif für Pos. Ziff. 8 beträgt für die Fachsparten Innere Medizin und Haut- und Geschlechtskrankheiten – 3 Punkte
Bei Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde **und Lungenfachärzten** – 4 Punkte
Bei Vertragsfachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie – 5 Punkte“
- **Pos. Ziff. 28** – „Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade, oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe) – 11 Punkte“
- **Pos. Ziff. 90** - „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten; – 12,54 Euro“
Die Pos Ziff. 90 ist von Vertragsfachärzten für Augenheilkunde, Vertragsfachärzten für Chirurgie, Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten, Vertragsfachärzten für Urologie in maximal 18 % der Fälle pro Quartal und von den übrigen allgemeinen Vertragsfachärzten in höchstens 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar.
Bei Vertragsfachärzten für Innere Medizin, die auf Grund ihrer Ausbildung von der Kasse und Kammer für die Verrechnung der Pos. Ziff. 635 ermächtigt wurden bzw. denen nach den Richtlinien der Österreichischen Diabetes Gesellschaft auf Grund ihrer Ausbildung die Ermächtigung erteilt worden wäre, erhöht sich das Verrechnungslimit auf 20 % der Fälle pro Quartal.
Innerhalb eines Quartals ist beim selben Patienten die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 614 „Eingehende psychische Beratung bei larvierten Depressionen etc.“ ausgeschlossen; die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 751 „Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern“ und 756 „Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe, Mindestzeitaufwand 1 1/2 Stunden, pro Patient“ ist nur mit Begründung möglich. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen:
a) Bei zugewiesenen Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie bzw. Psychiatrie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfachärzte nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Gleichfalls unzulässig ist die Verrechnung dieser Leistung bei Patienten, die nur im Rahmen einer Urlaubsvertretung behandelt werden.

Die weiteren für die Verrechnung der Pos. Ziff. 90 geltenden Bedingungen bleiben unverändert bestehen.

6. Sonderleistungen aus Fachgebieten

6.1. Vertragsfachärzte für Augenheilkunde und Optometrie

Die anschließend aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Augenheilkunde und Optometrie werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.1.1. Änderungen per 1. April 2011

Änderung des Limits

- **Pos. Ziff. 122** – „Untersuchung mit dem Refraktometer. Verrechenbar in maximal 40 % der Fälle pro Arzt und Quartal – 5 Punkte“

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 132** – „Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie, maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, nur in Ausnahmefällen und mit besonderer Begründung zugleich mit der Pos. Ziff. 102 verrechenbar.
Diese Position kann nur von jenen Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechnet werden, für die eine Meldung über die Verwendung des entsprechenden Gerätes auf dem Weg über die Kammer an die Kasse ergangen ist. Die Untersuchung ist zu dokumentieren und das Ergebnis bis zu drei Jahre aufzubewahren und der Kammer bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen – 36 Punkte“

6.1.2. Änderungen per 1. April 2012

Neue Bewertung von Leistungen:

- **Pos. Ziff. 111** – Untersuchung des Tränenfilms (zB Schirmertest, Tränenaufreisszeit, Vitalfärbungen) – 5 Punkte“
- **Pos. Ziff. 132** – „Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie, maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, nur in Ausnahmefällen und mit besonderer Begründung zugleich mit der Pos. Ziff. 102 verrechenbar.
Diese Position kann nur von jenen Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechnet werden, für die eine Meldung über die Verwendung des entsprechenden Gerätes auf dem Weg über die Kammer an die Kasse ergangen ist. Die Untersuchung ist zu dokumentieren und das Ergebnis bis zu drei Jahre aufzubewahren und der Kammer bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. – 40 Punkte“
- **Pos. Ziff. 140** – „Fachspezifischer Zuschlag einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. – 2 Punkte“

6. 2. Vertragsfachärzte für Chirurgie

Die anschließend aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Chirurgie werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert bzw. ergänzt und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.2.1. Änderungen per 1. April 2011

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 211** – „Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 75 oder 216 verrechenbar – 5 Punkte + RI“
- **Pos. Ziff. 237** – „Endoskopische Entfernung von Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Colonoskopie (nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 231) – 130 Punkte“

Neue Sonderleistungen

- **Pos. Ziff. 232** – „Emmertplastik mit oder ohne Naht. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 78 und 211 - 75 Punkte + RII.“

6.2.2. Änderungen per 1. April 2012

Neue Sonderleistungen

- **Pos. Ziff. 226** – „Bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung des distalen Arteriendruckes, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien. Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal pro Tag verrechenbar. Nur für Vertragsfachärzte mit Additivfach Gefäßchirurgie in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 224 verrechenbar – 27 Punkte.“
- **Pos. Ziff. 227** – „Bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenvenen, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenvenen. Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Verdacht auf Thrombose der tiefen Beinvenen und Beinveneninsuffizienz. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal pro Tag verrechenbar. In maximal 14 % der Fälle pro Quartal und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 224 verrechenbar – 27 Punkte“

6.2.3. Sonstiges

Die Vertragsparteien vereinbaren, im Laufe des Jahres 2011 die Sonderleistungspositionen 202 bis einschließlich 214 sowie 216 und 217 nach Maßgabe der medizinischen Gegebenheiten zu überarbeiten und neu zu definieren.

6.3. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert bzw. ergänzt und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.3.1. Änderungen ab 1. April 2011

Erhöhung des Limits

- **Pos. Ziff. 330** – „Abstrichnahme für Sekretkulturuntersuchung, pro Sitzung, in 6 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“
- **Pos. Ziff. 331** – „Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung, in 6 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“

Änderung der Bewertung

- **Pos. Ziff. 332** – „Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachärztlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie. Diese Positionsziffer kann einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. und dem vollendeten 65. Lebensjahr verrechnet werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig –11,88 Euro“

Textänderung

- **Pos. Ziff. 305** – „Dilatation der Cervix uteri (ohne besondere Begründung einmal alle sechs Monate verrechenbar) – 12 Punkte“

Neue Sonderleistung

Als neue Sonderleistung im Fachgebiet aus dem Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe wird mit Wirkung vom 1. April 2011 aufgenommen:

- **Pos. Ziff. 333** – „Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr, in 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig. Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über
 - Prophylaxe von Infektionen - STDs (z.B.: HIV, HPV, Hep.B,.....)
 - Menstruationshygiene
 - Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft
 - Psychische Veränderungen in der Pubertät
 Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren –11,88 Euro“

6.3.2. Änderungen ab 1. April 2012

Änderung der Bewertung

- **Pos. Ziff. 313** – „Vaginale Abstrichnahme und Sekretbefundung, pro Sitzung – 11 Punkte“
- **Pos. Ziff. 330** – „Abstrichnahme für Sekretkulturuntersuchung, pro Sitzung, in 6 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
- **Pos. Ziff. 331** – „Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung, in 6 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
- **Pos. Ziff. 332** – „Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachärztlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie. Diese Positionsziffer kann einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. und dem vollendeten 65. Lebensjahr verrechnet werden. Die Verrechnung von Pos Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig – Euro 12,54“
- **Pos. Ziff. 333** – „Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr, in 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Verrechnung von Pos Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig. Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über
 - Prophylaxe von Infektionen - STDs (z.B.: HIV, HPV, Hep.B,.....)
 - Menstruationshygiene
 - Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft
 - Psychische Veränderungen in der Pubertät
 Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren – Euro 12,54“

6.4. Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Die Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.4.1. Änderungen ab 1. April 2011

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 423** – „Abschwellende Einlagen in die Nasenhöhle, je Sitzung – 4 Punkte“
- **Pos. Ziff. 427** – „Endoskopie der Nase – 18 Punkte“

Streichungen

- **Pos. Ziff. 418** – „Pneumomassage“
- **Pos. Ziff. 419** – „Aerosol-Inhalation mit Sole“

6.4.2. Änderungen ab 1. April 2012

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 423** – „Abschwellende Einlagen in die Nasenhöhle, je Sitzung – 3 Punkte“
- **Pos. Ziff. 427** – „Endoskopie der Nase – 10 Punkte + RI“

Streichungen

- **Pos. Ziff. 431** – „Überschwellige Audiometrie (zB S.I.S.I., Fowler)“

6.4.3 Sonstiges

Die Vertragsparteien vereinbaren, die Honorarordnung der Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten während der Laufdauer dieser Honorarregelung zu überarbeiten und den geänderten fachlichen Anforderungen gemäß zu adaptieren.

6.5. Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Die Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.5.1. Änderungen ab 1. April 2011

Textänderungen

- **Pos. Ziff. 536** – „Versorgung einer Wundrandnekrose bei chronischen Wunden. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 76 und 78 – 19 Punkte.“

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 540** – „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar – 2 Punkte“

6.5.2. Änderungen ab 1. April 2012

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 535** – Allergologische Exploration; In maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
- **Pos. Ziff. 540** – „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar – 3 Punkte“

6.6. Vertragsfachärzte für Innere Medizin

Die Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Innere Medizin werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.6.1. Änderungen ab 1. April 2011

Textänderungen

- **Pos. Ziff. 606** – „Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar – 6 Punkte“
- **Pos. Ziff. 648** – „Doppler-Duplexsonographie der peripheren Gefäße. Nur für Vertragsfachärzte mit Additivfach Angiologie bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Internisten in 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 75 Punkte“
Fälle, die ausschließlich zur Untersuchung gemäß Pos. Ziff. 648 überwiesen wurden, fallen nicht unter diese Limitierung. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos.Ziff. 610** – „Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli – 6,00 Euro“
- **Pos.Ziff. 611** – „Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild –6,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 637** – „Endoskopische Entfernung von Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Colonoskopie (nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 631) – 130 Punkte“

Limitänderungen

- **Pos.Ziff. 639** – „Abdomineller Ultraschall (Gallenblase, Leber und Gallenwege, Milz, Pankreas, Nieren und Retroperitoneum) einschließlich Befunderstellung und Dokumentation, pro Patient und Tag einmal verrechenbar.
Die Verrechenbarkeit dieser Untersuchung ist mit 30 % der Fälle pro Arzt und Quartal beschränkt. Der abdominelle Ultraschall wird nur jenen Vertragsfachärzten für Innere Medizin honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden – 58 Punkte“
- **Pos.Ziff. 646** - „Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farb-Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:
 - Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
 - Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
 - Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion
 – 74,98 Euro.“
Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:

Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Fachärzte mit Additivfach Kardiologie mit 35 %, für alle übrigen Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit 15 % der Fälle pro Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

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

6.6.2. Änderungen ab 1. April 2012

Limitänderung

- **Pos.Ziff. 648** – „Doppler-Duplexsonographie der peripheren Gefäße. Nur für Vertragsfachärzte mit Additivfach Angiologie bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Internisten in 35 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 75 Punkte“
Fälle, die ausschließlich zur Untersuchung gemäß Pos. Ziff. 648 überwiesen wurden, fallen nicht unter diese Limitierung. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden.
- **Pos. Ziff. 646** - „Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farb-Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:
 - Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
 - Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
 - Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion
 – 74,98 Euro.“

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

Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Fachärzte mit Additivfach Kardiologie mit 35 %, für alle übrigen Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit 19 % der Fälle pro Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

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

6.7. Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

Die Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde werden mit Wirkung vom **1. April 2011** bzw. **1. April 2012** geändert bzw. ergänzt und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.7.1. Änderungen ab 1. April 2011

Textänderungen

- **Pos. Ziff. 656** - „Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos 87 verrechenbar – 6 Punkte“

Neue Sonderleistung

- **Pos. Ziff. 689** – „Allergologische Exploration; in maximal 18 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“

6.7.2. Änderungen ab 1. April 2012

Neue Sonderleistung

- **Pos. Ziff. 692** – „Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt. Verrechenbar für jene Fälle, die einer intensiven Koordinationstätigkeit mit anderen Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren und ist in maximal 5 % aller Fälle verrechenbar.
Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 90 – 12,54 Euro“

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass diese Position auch im Zusammenhang mit der geplanten Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gesehen wird, die in Hinkunft erhöhte ärztliche Koordinierungsleistungen erfordern wird. Mit der Einführung dieser Position wird dem BSC Ziel zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche Rechnung getragen.

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff 689** – „Allergologische Exploration; In maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“

6.8. Vertragsfachärzte für Lungenkrankheiten

Die Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Lungenkrankheiten werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert bzw. ergänzt und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.8.1. Änderungen ab 1. April 2011

Limitänderungen

- **Pos. Ziff. 713** – „Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe. Alle Untersuchungen zusammen können in maximal 25 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden.“ – 65 Punkte“
- **Pos. Ziff. 721** – „Bodyplethysmographie - statische Lungenvolumina. Verrechenbar in 30 % der Fälle. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden – 24 Punkte.“

Streichungen

- **Pos. Ziff. 704** – „Sputumuntersuchung“
- **Pos. Ziff. 705** – „Bronchoskopie“
- **Pos. Ziff. 719** – „Aerosolinhalation mit Sole“

6.8.2. Änderungen ab 1. April 2012

Neue Bewertung von Leistungen

- **Position 721** – „Bodyplethysmographie - statische Lungenvolumina. Verrechenbar in 30 % der Fälle. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden – 32 Punkte.“
- **Position 708** – „Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmodolysetest) – 21 Punkte“

Sonstiges

Die Vertragsparteien kommen überein, die Verrechnungsmöglichkeit der Sonderleistung

- **Pos. Ziff. 720** – „Raucherberatung mit Ziel der Entwöhnung. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar. In maximal 20% der Fälle pro Quartal verrechenbar.“

vorläufig weiterhin in der Honorarordnung der Vertragsfachärzte für Lungenheilkunde zu belassen und mit Euro 11,88 bzw. ab 1.4.2012 mit Euro 12,54 zu honorieren.

Die Inhalte dieser Position werden bis zum 31.12.2011 im Einvernehmen der Vertragspartner und der Fachrichtung Lungenheilkunde detailliert festgesetzt. Der Zweck dieser Position soll die Verhinderung des Rauchens bzw. eine Tabakstrategie – insbesondere bei der Zielgruppe der an COPD erkrankten Personen – mittels der festgelegten Inhalte sein.

6.9. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Neurologie

Die Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Neurologie werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert bzw. ergänzt und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6. 9.1. Änderungen ab 1. April 2011

Textänderung

- **Pos. Ziff. 756** – „Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe, Mindestzeitaufwand 1 1/2 Stunden pro Sitzung (maximal 10 Patienten pro Sitzung) – 15 Punkte“
Pos. Ziff. 756 kann nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 751, 756, 758, 760 und 761 verrechnet werden.
- **Pos. Ziff. 757** – „Erstellung eines kompletten neurologischen Status, einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung – 30 Punkte.“
Pos. Ziff. 757 kann von Fachärzten für Psychiatrie nur in 15 % der Fälle pro Quartal verrechnet werden.

Neue Sonderleistungen

- **Pos. Ziff. 765** – „Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status, einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung; von Fachärzten für Psychiatrie in 16 % der Fälle, von Fachärzten für Neurologie in 5 % der Fälle verrechenbar– 30 Punkte“
Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien:
 1. Bewusstseinslage,
 2. Orientiertheit,
 3. Merkfähigkeit und Konzentration,
 4. spontaner Antrieb,
 5. Stimmung,
 6. Affektivität,
 7. Denkvermögen (grobe Orientierung hinsichtlich örtlich, räumlich, zeitlich)
 Pos. Ziff. 765 kann nicht gleichzeitig mit den Pos. Ziff. 90 und 91 verrechnet werden.
- **Pos. Ziff. 766** – „Psychometrische Verfahren, zB Mini-Mental-Status (MMSE) bzw. andere geeignete Verfahren. Einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung; von Fachärzten für Neurologie in 16 % der Fälle, von Fachärzten für Psychiatrie in 5 % der Fälle verrechenbar – 22 Punkte“
Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich durchzuführen sowie zu dokumentieren.

6. 9.2. Änderungen ab 1. April 2012

- **Pos. Ziff. 765** – „Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status, einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung; von Fachärzten für Psychiatrie in 28 % der Fälle, von Fachärzten für Neurologie in 5 % der Fälle verrechenbar – 30 Punkte“
Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien:
 1. Bewusstseinslage,
 2. Orientiertheit,
 3. Merkfähigkeit und Konzentration,
 4. spontaner Antrieb,
 5. Stimmung,
 6. Affektivität,
 7. Denkvermögen (grobe Orientierung hinsichtlich örtlich, räumlich, zeitlich)
 Pos. Ziff. 765 kann nicht gleichzeitig mit den Pos. Ziff. 90 und 91 verrechnet werden

- **Pos. Ziff. 766** – „Psychometrische Verfahren, zB Mini-Mental-Status (MMSE) bzw. andere geeignete Verfahren. Einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung; von Fachärzten für Neurologie in 28 % der Fälle, von Fachärzten für Psychiatrie in 5 % der Fälle verrechenbar – 22 Punkte“
Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich durchzuführen sowie zu dokumentieren.

6.9.3 Sonstiges

Die Vertragsparteien vereinbaren, die Honorarordnung der Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Neurologie während der Laufdauer dieser Honorarregelung zu überarbeiten und gemäß den geänderten fachlichen Anforderungen getrennte Honorarordnungen für Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie zu erarbeiten.

6.10. Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Die Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Orthopädie und orthopädische Chirurgie werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.10.1. Änderungen ab 1. April 2011

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 825** – „Orthopädische Prüfung der Sensibilität mit Anlage eines Schemas – 20 Punkte“
- **Pos. Ziff. 840** – „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar – 5 Punkte“

6.10.2. Änderungen ab 1. April 2012

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 819** – „Manipulationen bei Gelenksverhakungen (höchstens dreimal im Quartal) – 17 Punkte“

6.11. Vertragsfachärzte für Urologie

Die Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Urologie werden mit Wirkung vom 1. April 2011 bzw. 1. April 2012 geändert bzw. ergänzt und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.11.1. Änderungen ab 1. April 2011

Textänderungen

- **Pos. Ziff. 906** – „Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos 87 verrechenbar – 7 Punkte“

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 928** – „Urologische Schleimhutanästhesie (nur verrechenbar bei Pos. Ziff. 900, 902, 903, 908 und 916) – 4 Punkte“
- **Pos. Ziff. 940** – „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 4 Punkte“

Neue Sonderleistung

- **Pos. Ziff. 909** – „ausführliches uro-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebs(verdachts)diagnose, zwischen Arzt und Patient bzw. dessen Sachwalter/Vormund. Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Das uro-onkologische Beratungsgespräch ist in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. – 11,88 Euro“

6.11.2. Änderungen ab 1. April 2012

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 900** – „Urethrocystoskopie – 41 Punkte“
- **Pos. Ziff. 940** – „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 5 Punkte“

Neue Bewertung

- **Pos. Ziff. 909** – „Ausführliches uro-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebs(verdachts)diagnose, zwischen Arzt und Patient bzw. dessen Sachwalter/Vormund. Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Das uro-onkologische Beratungsgespräch ist in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 12,54 Euro“

III. Regelungen für Vertragsfachärzte für Radiologie

A. Honorar

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsfachärzte für Radiologie gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2012.

2. Honorarregelung 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2011

Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärzte für Radiologie für die Zeit vom 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2011 ist die zum 31. Dezember 2010 gültige Honorarordnung für Vertragsfachärzte für Radiologie die gemäß den Bestimmungen dieses Zusatzprotokolls geändert wird und als per 1. Jänner 2011 gültige Honorarordnung für Vertragsfachärzte für Radiologie (Anlage 7) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

3. Honorarregelung 1. Jänner 2012 bis 31. Dezember 2012

(1) Die Tarife aller Sonderleistungen, die in der zum 31. Dezember 2011 gültigen Honorarordnung für Vertragsfachärzte für Radiologie enthalten sind, werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2012 um 1,05 % erhöht.

(2) Die Erhöhung gilt nicht für Pos. Ziff. 810.

(3) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärzte für Radiologie ab 1. Jänner 2012 bildet die gemäß Abs. 1 und 2 zu Stande gekommene Honorarordnung für Vertragsfachärzte für Radiologie (Anlage 8), die integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

(4) Eine neuerliche Erhöhung der Tarife erfolgt frühestens mit Wirkung per 1. April 2013.

4. Sonderleistungen für Vertragsfachärzte für Radiologie

4.1. Änderungen ab 1. Jänner 2011

Textänderung und geänderte Bewertung

- **Pos. Ziff. 810** – „Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten – 83,72 Euro

Das an den jeweiligen Vertragsfacharzt für Positionsziffer 810 ausbezahlte Honorarvolumen darf das für Pos. Ziff. 809 (VU-Mammographie) ausbezahlte Honorarvolumen nicht übersteigen. Kommt es entgegen dieser Vereinbarung zu einer diesbezüglichen Übersteigerung, erfolgt eine Kürzung des kurativen Honorarvolumens auf das Honorarvolumen für Pos. Ziff. 809.“

Textänderung

- **Pos. Ziff. 966** – „Sonographische Untersuchung der Mamma, je Seite.
Nicht gemeinsam mit Positionsziffern 809 und 810 verrechenbar – Euro 12,35.“

4.2. Änderungen ab 1. Jänner 2012Neue Bewertung

- **Pos. Ziff. 810** – „Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten – 86,50 Euro.
Das an den jeweiligen Vertragsfacharzt für Positionsziffer 810 ausbezahlte Honorarvolumen darf das für Pos. Ziff. 809 (VU-Mammographie) ausbezahlte Honorarvolumen nicht übersteigen. Kommt es entgegen dieser Vereinbarung zu einer diesbezüglichen Übersteigerung, erfolgt eine Kürzung des kurativen Honorarvolumens auf das Honorarvolumen für Pos. Ziff. 809.“

5. Zuschlag für Digitalisierung

(1) Vertragsfachärzte für Radiologie haben mit Wirkung vom **1. Jänner 2012** Anspruch auf Zuschlag für Digitalisierung, sofern zum Stichtag 31. Dezember des jeweils vorangegangenen Jahres alle im Folgenden genannten Voraussetzungen erfüllt sind

- Am Standort werden alle Leistungen digitalisiert erbracht - eine digitalisierte Archivierung ist nicht erforderlich.
- Der Standort wird als Gruppenpraxis betrieben
- Der Standort ist ein Ziel-Standort gemäß Anlage A oder die Übersiedlung an einen Ziel-Standort ist definitiv bis 2015 geplant und vom Invertragnahmeausschuss als solcher genehmigt.

(2) Der Begriff Standort beinhaltet auch alle eventuellen Zweitstandorte (Außenstellen) der Gruppenpraxis, wobei eine Übergangsfrist von maximal 3 Jahren ab Zusammenschluss der Gesellschafter zur Gruppenpraxis vereinbart wird.

(3) Der Zuschlag wird jeweils mit der Jahresendabrechnung ausbezahlt. Die Höhe des Zuschlages wird vom Invertragnahmeausschuss festgesetzt.

6. Maßnahmen bei allfälliger Einführung eines Screening-Tarifes für Mammographie und Sonographie

a) Sollte während der Laufdauer dieser Vereinbarung ein österreichweit gültiger Screening-Tarif für Mammographie und Sonographie eingeführt werden, der nicht als Mischtarif konzipiert ist, leben die Pos. Ziff. 809 und 810 mit dem auf die Einführung dieses Screeningtarifes folgenden Quartals in der zum 31. Dezember 2010 gültigen Fassung wieder auf.

Mit dem Datum des Wiederauflebens lautet der Text von Pos. Ziff. 966 wie folgt:

- **Pos. Ziff. 966** – „Sonographische Untersuchung der Mamma, je Seite. Pos. Ziff. 966 kann in maximal 30% der Fälle, in denen Pos. Ziff. 809 abgerechnet wurde bzw. in maximal 30 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 810 abgerechnet wurde, verrechnet werden.“

b) Sollte ein österreichweit gültiger Screening-Tarif für Mammographie und Sonographie eingeführt werden, der als Mischtarif konzipiert ist, werden die Vertragsparteien einen kostenneutralen Ausgleich zur vereinbarten Regelung vereinbaren.

7. Inflationsanpassung

Sofern die durchschnittliche Jahresinflationsrate 2011 - gemessen am VPI 2005 oder dem an dessen Stelle tretenden VPI - 2,05 % übersteigt, wird ein allfälliger Überschreitungsprozentsatz gegenüber 2,05 % zur Erhöhung der Tarife verwendet, wobei kaufmännisch gerundet wird.

8. Einmalzahlung und Digitalisierungszuschlag

(1) Das durch die per 1. Jänner 2011 wirksamen Änderungen betreffend die Verrechenbarkeit von Pos. Ziff. 810 (siehe Punkt 4.1.) frei gewordene Honorarvolumen von insgesamt 2.250.000,00 Euro steht für Vertragsfachärzte für Radiologie und alle Vertragsgruppenpraxen für Radiologie zur Verfügung und wird ab 2011 jährlich zur Auszahlung gebracht. Per 30. Juni 2011 erhalten die Vertragsfachärzte für Radiologie bzw. alle Vertragsgruppenpraxen für Radiologie, die zu diesem Stichtag einen Einzelvertrag bzw. einen Gruppenpraxeneinzelvertrag mit den Versicherungsträgern abgeschlossen haben, eine Einmalzahlung für das Jahr 2011. Es bleibt der Kammer überlassen, die Kriterien für die Verteilung der Einmalzahlung auf die Vertragsfachärzte für Radiologie und die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie zu bestimmen.

(2) Ab dem Jahr 2012 werden diese 2.250.000,00 Euro jährlich zur Finanzierung des per 1. Jänner 2012 eingeführten Digitalisierungszuschlages (siehe Punkt 5.) verwendet.

B. Strukturveränderungen

1. Laufzeit

Die Regelung betreffend die Strukturveränderungen bei Vertragsfachärzten für Radiologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie gilt für die Zeit vom 1. Jänner 2010 bis 31. Dezember 2020.

2. Strukturtopf

(1) Zur Finanzierung der in der Stellenplanung verankerten Umstrukturierungsmaßnahmen (Reduzierung von Vertragspartnern im Bereich der Radiologie durch Schließungen von Standorten) im Bereich Radiologie wird per 1. Jänner 2011 ein Strukturtopf eingerichtet, dessen Mittel für Vertragsfachärzte für Radiologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie unter den im folgenden angegebenen Konditionen zur Verfügung stehen.

(2) Der Strukturtopf wird von der Kasse mit insgesamt 4 Millionen Euro dotiert. Die Kasse leistet dafür im Jahr 2011 eine Zahlung von 800.000,00 Euro, ab dem Jahr 2013 bis zum Jahr 2020 erfolgt jährlich eine Zahlung von 400.000,00 Euro.

(3) Per 31. Dezember 2020 wird der Strukturtopf mit der kurativen Honorarsumme saldiert.

(4) Anspruch auf Zahlungen aus dem Strukturtopf haben Vertragsfachärzte für Radiologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie, die ihre Absicht, den von ihnen betriebenen Standort zu schließen bekannt geben und ihren Vertrag gleichzeitig zu einem fixen Stichtag kündigen. Absichtserklärung und Kündigung müssen schriftlich erfolgen und bis spätestens 31. Dezember 2013 bei der Kasse einlangen.

(5) Anspruch auf eine Schließungsprämie besteht, wenn die betreffende Radiologenstelle nicht als Teil einer Vertragsgruppenpraxis für Radiologie Verwendung findet. Wird ein Standort geschlossen, der als Zweitstandort (Außenstelle) einer Vertragsgruppenpraxis betrieben worden ist, so besteht kein Anspruch auf eine Schließungsprämie.

(6) Die Höhe der Schließungsprämie beträgt jeweils $\frac{2}{3}$ des am betreffenden Standort in den letzten drei Kalenderjahren vor Vertragsende mit der Kasse abgerechneten durchschnittlichen Jahreshonorarvolumens, maximal jedoch 500.000,00 Euro.

(7) Der Invertragnahmeausschuss hat im Einzelfall zu prüfen, ob die Anspruchskriterien für die Zahlung einer Schließungsprämie vorliegen und gegebenenfalls die Zuerkennung der Schließungsprämie in entsprechender Höhe zu beschließen.

(8) Die Schließungsprämie wird mit der letzten Honoraranweisung fällig, wenn der Vertrag definitiv beendet und der Standort geschlossen ist.

3. Strukturveränderungen

(1) Grundlage für die erforderlichen Strukturveränderungen ist die in Anlage A beschriebene künftige Verteilung bereits bestehender und geplanter Vertragsgruppenpraxen für Radiologie auf die dort genannten Ziel-Standorte. Änderungen der Anlage A können nur im Einvernehmen der Vertragsparteien im Rahmen des Invertragnahmeausschusses erfolgen.

(2) Die Anzahl der Gesellschafter radiologischer Gruppenpraxen soll in der Regel 4, jedoch mindestens 3 und maximal 5 Gesellschafter betragen. Die Anzahl der Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen im Fachbereich Radiologie muss bis 2020 mindestens 3 und maximal 5 betragen. In Ausnahmefällen können Kammer und Kasse einvernehmlich über die Anzahl von 5 Gesellschaftern hinausgehen. Die Anzahl der Gesellschafter von radiologischen Vertragsgruppenpraxen wird mit letztlich 68 festgelegt.

(3) Einzelpraxen im Bereich Radiologie werden wie bisher nicht nachbesetzt.

(4) Vertragsfachärzte für Radiologie, die sich mit Zustimmung von Kammer und Kasse mit Vertragsgruppenpraxen für Radiologie zusammenschließen, können den bisherigen Standort der Einzelpraxis als Außenstelle bis zum Ausscheiden als Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis, maximal jedoch bis zum vollendeten 65. Lebensjahr weiterführen.

(5) Für die Versorgung der Bezirke 2, 3, und 16 sowie über dauerhafte Außenstellen von Vertragsgruppenpraxen in privaten Krankenanstalten werden die Vertragsparteien Gespräche führen.

(6) Fusionen von einzelnen Vertragsfachärzten für Radiologie zu Gruppenpraxen sowie Anschlüsse an bestehende Vertragsgruppenpraxen bedürfen der vorherigen ausdrücklichen Zustimmung des Invertragnahmeausschusses

4. Unterstützung der Umsetzung der Strukturmaßnahmen

(1) Um die im Bereich der Vertragsfachärzte für Radiologie erforderlichen Umstrukturierungen zu unterstützen, sagt die Kasse zu, Verträge mit Anbietern für radiologische Leistungen (Krankenanstalten) bis zum erfolgreichen Abschluss der Umstrukturierungen, maximal jedoch bis zum 31. Dezember 2020, nur im Einvernehmen mit der Kammer abzuschließen und im gleichen Zeitraum die Standorte im Fachbereich Radiologie im Institutsbereich und auch in den eigenen Einrichtungen nicht auszuweiten.

(2) Die Kasse wird sich dafür einsetzen, den Regionalen Strukturplan Wien (RSG) gemeinsam mit der Wirtschaftskammer Wien jedenfalls bis Ende 2015 umzusetzen und eine annähernd gleiche Verteilung der Kontingente für CT- und MRT-Untersuchungen auf alle im RSG Wien bzw. im Großgeräteplan vorgesehenen Standorte im Sinn des RSG zu erreichen.

IV.**Regelungen für Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik****1. Laufzeit**

Die Honorarregelung für die Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2012.

2. Honorarregelung

Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik im Zeitraum 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2012 erbrachten Leistungen ist der zum 31. Dezember 2010 gültige Laborkatalog, der als per 1. Jänner 2011 gültiger Laborkatalog (Anlage 9) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

3. Honorarsumme 2011

(1) Für Abgeltung der von den in der Zeit vom 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2011 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 44.000.000,00 Euro festgelegt.

(2) Überschreitungen der aufgrund der von den Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik in der Zeit vom 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2011 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 44.000.000,00 Euro um einen Prozentsatz von kleiner gleich 3,35 % gehen zu Lasten der Fachgruppe.

(3) Ab einer Honorarsumme von 45.475.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik durch die Kasse wieder gemäß Punkt 2.

4. Honorarsumme 2012

(1) Für Abgeltung der von den in der Zeit vom 1. Jänner 2012 bis 31. Dezember 2012 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 46.000.000,00 Euro festgelegt.

(2) Überschreitungen der aufgrund der von den Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik in der Zeit vom 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2011 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 46.000.000,00 Euro um einen Prozentsatz von kleiner gleich 5,84 % gehen zu Lasten der Fachgruppe.

(3) Ab einer Honorarsumme von 48.685.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik durch die Kasse wieder gemäß Punkt 2.

5. Rechtsfrieden

Die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen verzichten darauf, Honorarforderungen geltend zu machen, die auf die Zeit vor der Gültigkeit dieser Regelung Bezug nehmen und sagen zu, allfällige laufende Verfahren zu beenden.

6. Arbeitsgruppe

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, eine Arbeitsgruppe einzurichten, die ihre Tätigkeit ehestens aufnehmen wird.

(2) Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe erfolgt nach Maßgabe der Erfordernisse und entsprechend den jeweiligen Themenbereichen; die Teilnehmer werden von der Kasse und von der Fachgruppe Labordiagnostik nominiert. Die Beiziehung von Vertretern anderer Fachgruppen oder anderer Krankenversicherungsträger ist je nach Erfordernis möglich.

(3) Aufgaben der Arbeitsgruppe sind die gemeinsame Umsetzung von Maßnahmen zur Verminderung der Frequenzen sowie die Abklärung der Möglichkeiten zur Installierung eines bundesländerübergreifenden (Wien, Niederösterreich, Burgenland) künftigen Facharzt-Großlabors Ost.

(4) Sollte während der Laufdauer dieser Regelung die Umsetzung eines Großlabors Ost mit Beteiligung von Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik der Kasse zu Stande kommen, erklären sich diese zu Verhandlungen darüber bereit, erreichte wirtschaftliche Vorteile auf dem Weg über eine Absenkung der Tarife an die Krankenversicherungsträger weiterzugeben.

V.**Regelungen für Vertragsfachärzte für physikalische Medizin und allg. Rehabilitation**

Die Chefarztpflicht wird bis zum Ende der mit der Fachgruppe im XIII. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004 vereinbarten Honorarregelung ausgesetzt.

VI.**Regelungen für Vertragsfachärzte für Pathologie**1. Laufdauer

Die Honorarregelung für die Vertragsfachärzte für Pathologie gilt für die Zeit vom 1. Jänner 2011 bis 31. Dezember 2012.

2. Honorarordnung - 1. Jänner 2011 bis 31. März 2011

Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärzte für Pathologie im Zeitraum **1. Jänner 2010 bis 31. März 2011** ist der zum 31. Dezember 2010 gültige Leistungskatalog für Pathologen, der als per 1. Jänner 2011 gültiger Leistungskatalog für Pathologen (Anlage 10) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist .

3. Honorarordnung - ab 1. April 2011

Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärzte für Pathologie im Zeitraum **1. April 2011 bis 31. März 2012** ist der zum 31. März 2011 gültige Leistungskatalog für Pathologen, der gemäß den Bestimmungen dieses Zusatzprotokolls geändert wird und als per 1. April 2011 für Vertragsfachärzte für Pathologie gültige Leistungskatalog für Pathologen (Anlage 11) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

4. Honorarordnung - ab 1. April 2012

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärzte für Pathologie ab **1. April 2012** ist der zum 31. März 2012 gültige Leistungskatalog für Pathologen, der gemäß den Bestimmungen dieses Zusatzprotokolls geändert wird und als per 1. April 2012 für Vertragsfachärzte für Pathologie gültige Leistungskatalog für Pathologen (Anlage 12) integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 ist.

(2) Eine neuerliche Erhöhung der Tarife erfolgt frühestens mit Wirkung per 1. April 2013.

5. Sonderleistungen für Vertragsfachärzte für Pathologie

5.1. Änderungen ab 1. April 2011

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 51.01** – „Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger) – 7,45 Euro
Verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzten für Pathologie, die der Kasse bis längstens 31. Dezember des jeweiligen Abrechnungsjahres ihre Teilnahme am Programm der freiwilligen Selbstkontrolle des „Komitees für Qualitätssicherung in der Zytologie“ der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachgewiesen haben.“
- **Pos. Ziff. 52.01** – „Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) max. 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 52.02 verrechenbar – 10,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 52.02** – „Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) max. 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 52.01 verrechenbar – 13,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 52.03** – „Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos. Ziff. 52.01 oder 52.02, max. 1x pro Zuweisung und nur mit Begründung verrechenbar – 5,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 52.04** – „Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos. Ziff. 52.01 oder 52.02, max. 1x pro Zuweisung, nur mit Begründung und nicht neben Pos. Ziff. 52.02 verrechenbar – 6,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 52.05** – „Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos. Ziff. 52.01 oder 52.02 max. 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 52.04 verrechenbar – 10,00 Euro“

5.2. Änderungen ab 1. April 2012

Neue Bewertung von Leistungen

- **Pos. Ziff. 54.01** – „Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostisch therapeutischen Eingriffes entnommen wurden – 26,00 Euro“
max. 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unabhängig der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar

- **Pos. Ziff. 54.02** – „Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden – 26,00 Euro“
- max. 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unabhängig der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar
- **Pos. Ziff. 54.05** – „Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung) – 3,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 54.06** – „Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen zur Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 – 7,00 Euro“
nicht neben Pos. Ziff. 54.07 verrechenbar, max. 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar
- **Pos. Ziff. 54.07** – „Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zur Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 – 13,00 Euro“
nicht neben Pos. Ziff. 54.06 verrechenbar, max. 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar
- **Pos. Ziff. 54.09** – „Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 – 44,00 Euro“
max. 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar
- **Pos. Ziff. 54.10** – „Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block – 7,00 Euro“

VII.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung (e-AUM)

(1) Die Kammer sagt zu, die Verwendung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung (e-AUM) durch die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin) zu forcieren.

(2) Mit der an die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin) geleisteten Zahlung gemäß Punkt I. Ziff. 2 Abs. 2 sind alle finanziellen Forderungen der Vertragsärzte (Vertragsgruppenpraxen) aus dem Titel der e-AUM abgegolten.

VIII. **Stellenplan**

Die von den Vertragsparteien gemeinsam erstellten Berechnungen hinsichtlich der Umsetzung des RSG Wien per aktuellem Stand werden in Hinblick auf die Gesamtzahl der Kassenplanstellen von beiden Seiten als richtig anerkannt und der Umsetzungsgrad von 25 % per 31. Dezember 2010 als erfüllt festgestellt.

IX. **Task-Force**

(1) Zwischen der Kammer und der Kasse wird ein gemeinsamer Ausschuss (Task-Force) eingerichtet, der Probleme in der Umsetzung vertraglicher Bestimmungen sowie der sonstigen vertragsärztlichen Tätigkeiten bespricht und einvernehmliche Lösungen erarbeitet.

(2) Die Task-Force hat in regelmäßigen Sitzungen stattzufinden (zumindest quartalsweise). Ziel der Task-Force ist die Besprechung und Lösungsfindung von aktuellen Problemen, wie zB von Verrechnungsproblemen, geplanten Änderungen der Abrechnung, Vertragspartnerproblemen, Genehmigungen von Leistungen.

X. **Gemeinsame Zielsetzungen und Projekte**

Als Schwerpunkte bei der Zusammenarbeit der Vertragsparteien werden folgende Themenfelder definiert, auf die in Zukunft besonderes Augenmerk gelegt werden soll und im Zusammenhang mit denen Ziele und Projekte realisiert werden sollen.

- Folgekosten
- Präoperative Diagnostik
- Wundmanagement
- Diseasemanagementprojekte (zB DMP, Demenz)

XI. **Kinder- und Jugendpsychiatrie**

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, zur Verbesserung der Versorgung im Bereich Kinderpsychiatrie ein – vorerst für die Dauer von zwei Jahren befristetes - Pilotprojekt einzurichten.

(2) Für die Kinderpsychiatrie wird die Kasse eine befristete Satzungsbestimmung für die Laufdauer des Pilotprojektes festlegen, die einen Kostenzuschuss für die von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie erbrachten Leistungen gemäß der dafür jeweils vorgesehenen Qualifikation vorsieht. Die Definition der Leistungen und die Höhe des Kostenzuschusses orientieren sich als Höchstmaß an der von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse für diese Fachgruppe praktizierten Kostenerstattungsregelung.

(3) Die Vertragsparteien kommen weiters überein, im Jahr 2011 Verhandlungen über Tarife für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzunehmen und bis Ende 2011 abzuschließen. Gemeinsames Ziel dabei ist es, erste Kassenplanstellen als Einzel- oder Gruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie 2012 zur Ausschreibung zu bringen.

(4) Ein Vertragsbeginn kann frühestens per 1. Jänner 2013 erfolgen.

Wien, 14. Dezember 2010

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Dr. Christoph Klein
Generaldirektor-Stellvertreter

Dr. Hans-Jörg Schelling
Verbandsvorsitzender

Ärztchammer für Wien

Die Vorsitzende der
Sektion Fachärzte

Der Vorsitzende der
Sektion Allgemeinmedizin

OMRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Helga Azem

OMR Dr. Rolf Jens

Der Kurienobmann der
niedergelassenen Ärzte

Der Präsident

VP Dr. Johannes Steinhart

MR Dr. Walter Dorner

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte

Die Obfrau

Ing. Mag. Erich Sulzbacher

Mag.^a Ingrid Reischl

Anlagen

Anlage A

Anlage 1 – Tarif Allgemeinmedizin ab 1.1.2011

Anlage 2 – Tarif Allgemeinmedizin ab 1.4.2011

Anlage 3 – Tarif Allgemeinmedizin ab 1.4.2012

Anlage 4– Tarif Fachärzte ab 1.1.2011

Anlage 5 – Tarif Fachärzte ab 1.4.2011

Anlage 6 – Tarif Fachärzte ab 1.4.2012

Anlage 7 – Tarif Radiologen ab 1.1.2011

Anlage 8 – Tarif Radiologen ab 1.1.2012

Anlage 9 – Tarif Labor ab 1.1.2011

Anlage 10 – Tarif Pathologen ab 1.1.2011

Anlage 11 – Tarif Pathologen ab 1.4.2011

Anlage 12 – Tarif Pathologen ab 1.4.2012

Gesamtvertrag vom 1.1.2011

Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1.1.2011

Anlage A) Arbeitspapier**Stellenplan Radiologie Wien - Status 09/2010**

Anmerkung: die kursiv bezeichneten Stellen sind noch in Diskussion

Versorgungsregion Wien Mitte - Süd (7 Standorte)	
	Standort
Wien 1 und 2	Riedl et al OG
Wien 4, 5 und 6 *	<i>Kooperation Resch et al (Gruppenpraxisgründung)</i>
Wien 7, 8 und 9 *	<i>Kooperation Jantsch et al OG/Dock et al OG</i>
Wien 10 / Nord	Glos et al OG
Wien 10 / Süd	Lustig et al OG
Wien 3/11	<i>Kooperation Trinkl OG/Stuschka OG</i>
Wien 20	Winkelbauer OG
* für den Standort Wicke et al soll tunlichst eine Lösung in einer der beiden Subregionen gefunden werden	

Versorgungsregion Wien West (7 Standorte)	
	Standort
Wien 12	Kramer et al OG
Wien 13	Weber et al OG
Wien 14, 15, 16 Süd	Waneck et al OG
Wien 16 Nord, 17**	Tscholakoff et al OG
Wien 18**	Sochor et al OG
Wien 19	<i>offen</i>
Wien 23	<i>Kooperation Schmidt et al (GP-Gründung)</i>
** Diese Subregionen werden nach Vorliegen der RSG-Evaluierungsergebnisse (2013) neu diskutiert	

Versorgungsregion Wien Nord (3 Standorte)	
	Standort
Wien 21	<i>Kooperation Metz et al OG/Kainz et al OG</i>
Wien 22/Nord	Alth et al OG
Wien 22/Süd	<i>Kooperation Schatzer et al OG/Quis et al OG/Pinterits</i>

Wr. Gemeindebezirke mit dauerhaft unter Vergesellschaftung mit einem RSR Standort konventionell radiologischen Leistungen:	
Wien 2	Mit den betroffenen Vertragspartnern dieser Subregionen werden Gespräche mit Vertretern der ÄKW und der WGKK geführt
Wien 3	
Wien 16	