

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

X. 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 (im Folgenden kurz Hauptverband genannt) für die

Wiener Gebietskrankenkasse

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe

Betriebskrankenkasse Mondi

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt) andererseits.

I. Präambel

- (1) Voraussetzung dafür, dass alle im Folgenden genannten Regelungen, für deren Wirksamkeit ein nach dem 31. Dezember 2019 liegender Zeitpunkt festgelegt wird, zu dem für sie im einzelnen definierten Zeitpunkt in Kraft treten, ist, dass die Finanzierung derselben durch eine bis spätestens zum 31. Dezember 2019 zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse (im Folgenden kurz Kasse genannt), der Ärztekammer für Wien und der Stadt Wien abgeschlossene und für den Zeitraum 1. Jänner 2020 bis 31. Dezember 2020 gültige Cofinanzierungsvereinbarung gesichert und für die betroffenen Regelungen eine über diesen Zeitraum hinausreichende Finanzierungszusage vorliegt.
- (2) Die Höhe des Cofinanzierungsvolumens wird für das Jahr 2019 bis längstens 30. September 2018 in einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Kammer, Kasse und Stadt Wien festgehalten und beläuft sich auf bis zu EUR 11.580.800,00 inkl. aller Abgaben und Umlagen. Diese Vereinbarung ist Voraussetzung für das Inkrafttreten aller ab 1. Jänner 2019 vorgesehenen Änderungen laut diesem Zusatzprotokoll.
- (3) Für das Jahr 2020 wird das erforderliche Cofinanzierungsvolumen mit einem Betrag von EUR 22,5 Millionen inkl. aller Abgaben und Umlagen festgelegt. Für die Folgejahre wird von einem Betrag von zumindest EUR 20 Millionen jährlich ausgegangen.
- (4) Die Kasse und die Kammer kommen überein, dass das auf Grund der Cofinanzierungsvereinbarung verfügbare Honorarvolumen ausschließlich für die Fachgruppen Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Augenheilkunde sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe verwendet wird.

- (5) Im Bereich der Fachgruppen Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde wird das pro Jahr aus der Cofinanzierungsvereinbarung verfügbare Honorarvolumen zur Förderung überdurchschnittlich versorgungswirksamer Einheiten (Bonus für Sachleistungsversorgungswirksamkeit und Öffnungszeitenausdehnung – „SVÖ-Bonus“), für die Diabetesversorgung im primären Level (DMP Therapie aktiv), zur Erfüllung von spitalsentlastenden Maßnahmen und Koordinierungstätigkeiten sowie im Rahmen eines Pilotprojekts die Diagnosecodierung gemäß ICPC 2 durch Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner, für die Kinder-Wochenendversorgung sowie für Fördermaßnahmen zur Ordinationsgründung für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde und die Fachgruppe Allgemeinmedizin (für letztere in einem ersten Schritt im Rahmen eines Pilotprojekts in 1100 Wien und darüber hinaus für einzelne Stellenausschreibungen, welche im IVA anhand von sozioökonomischen Kriterien gemeinsam festgelegt werden) verwendet.
- (6) Im Bereich der Fachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe wird das pro Jahr aus der Cofinanzierungsvereinbarung verfügbare Honorarvolumen zur Finanzierung erwarteter Auslagerungen des Gynäkologischen Ultraschalls in den niedergelassenen Bereich (z.B. geburtshilflicher Ultraschall sowie Vor- und Nachsorge bei stationären Aufenthalten, entsprechend dem angekündigten Vorgehen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde) verwendet. Die Einführung des Gynäkologischen Ultraschalls im Rahmen der erforderlichen Leistungsharmonisierung wird jedenfalls in der Honorarordnung umgesetzt. Für den Fall, dass es zu keiner Cofinanzierungsvereinbarung für das Jahr 2019 und somit zu keiner neuen Honorarregelung ab 2019 kommt, muss die Textierung der Position im Rahmen eines weiteren Zusatzprotokolls neu vereinbart werden. Ansonsten gilt die ursprüngliche mit Wirksamkeit per 1. Juli 2019 vorgesehene Textierung der Einzelleistung.
- (7) Im Bereich der Fachgruppe Augenheilkunde wird das jeweils für den Zeitraum von vier Quartalen aus einer Cofinanzierung verfügbare Honorarvolumen zur Finanzierung erwarteter Auslagerungen für OCT Untersuchungen in den niedergelassenen Bereich verwendet. Dies unter der vorläufigen Annahme, dass in 15 % aller Fälle eine OCT-Untersuchung durchgeführt wird und es sich bei 40 % hiervon bereits um Auslagerungen handelt, die von der Stadt Wien zu finanzieren sind. Überschreitet die Untersuchungsanzahl diese 15 %, so wird einvernehmlich davon ausgegangen, dass es sich um weitere Auslagerungen aus dem Spitalsbereichs handelt, die ebenfalls zur Gänze von der Stadt zu finanzieren sind.

- (8) Zur Entlastung der Finanzierung anderer als der genannten Leistungen, kann das auf Grund einer Cofinanzierungsvereinbarung verfügbare Honorarvolumen nicht herangezogen werden. Hierfür müssen eigene konkrete Vereinbarungen - zum Beispiel im Rahmen der Landeszielsteuerung - getroffen werden.
- (9) Sofern im gegenständlichen X. Zusatzprotokoll noch keine Regelungen getroffen wurden, sind die Verwendung der Tarifierhöhungen für die Jahre 2019 und 2020 sowie die geplanten Regelungen zum neuen Pauschalmodell für die Fachgruppe Allgemeinmedizin in einem im zweiten Halbjahr 2018 abzuschließenden Zusatzprotokoll gemäß der im April 2018 in Grundsätzen getroffenen Festlegungen zu vereinbaren.

II. Regelungen für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin

A. Regelungen für 2018

1. Honorierung

- (1) Die Honorierung der Leistungen der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin erfolgt bis 30. Juni 2018 nach den zum 31. Dezember 2017 gültigen Tarifen.
- (2) Mit Wirkung von 1. Juli 2018 erhalten die Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin eine tarifwirksame Erhöhung von 10 % sowie eine ergänzende Einmalzahlung in der Höhe von insgesamt 5.000.000,00 Euro. Es ist beabsichtigt, diese Erhöhung zur Stärkung der allgemeinmedizinischen Versorgung mittels einer Reihe von strukturell wirksamen Maßnahmen zu verwenden.
- (3) Die Einmalzahlung wird gemeinsam mit der Endzahlung für das 4. Quartal 2018 anteilig an all jene Vertragsärztinnen/-ärzte ausbezahlt, die über den 31. Dezember 2018 hinaus in einem Vertragsverhältnis mit der Wiener Gebietskrankenkasse stehen.
- (4) Das durch die Erhöhungen gemäß Absatz 2 verfügbare Honorarvolumen wird wie folgt auf bestehende und neue Sonderleistungen umgelegt. Mit Wirkung vom 1. Juli 2018 werden folgende Sonderleistungspositionen im Fachgebiet Allgemeinmedizin geändert bzw. neu aufgenommen und lauten ab diesem Datum wie folgt:
- *„Pos. Ziff. 8c - Einmaliger Zuschlag für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“*
 - *„Pos. Ziff. 8i - Einmaliger Zuschlag für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“*

- **„Pos. Ziff. 17** - Hausarztzuschlag einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position wird automatisch mit der Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle – 11,25 EUR“
- **„Pos. Ziff. 819** - Manipulation bei Gelenksverhakungen, höchstens dreimal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar. Die Leistung wird nur jenen Vertragsärztinnen/-ärzten 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 – 22 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 91** - Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, verrechenbar in maximal 20 % der Fälle je Ärztin/Arzt und Quartal

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systemischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.

Zur Verrechnung sind alle Ärzte für Allgemeinmedizin berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich und tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen sowie zu dokumentieren. Im Allgemeinen dauert es 20 Minuten. – 45 Punkte“

2. Diagnosecodierung

- (1) Mit Wirkung vom 1. Juli 2018 wird ein bis 31. Dezember 2020 befristetes Pilotprojekt für die Diagnosecodierung mit ICPC 2 etabliert.
- (2) Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin, die im Jahr 2017 im Schnitt mindestens 800 Fälle pro Quartal abgerechnet haben. Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin, deren Vertragsbeginn nach dem 1. Jänner 2018 liegt, sind teilnahmeberechtigt, sofern sie die Mindestanzahl von 800 kurativen Fällen zumindest in einem Abrechnungsquartal erreicht haben. Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, die einen Sondereinzelvertrag als PHC-Pilotprojekt abgeschlossen haben, sind nicht teilnahmeberechtigt.

- (3) Die Auswahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer erfolgt im IVA unter Berücksichtigung regionaler Aspekte sowie nach Einlangen der Meldung der Ärztin/des Arztes bei der Kammer.
- (4) Die Anzahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer am Pilotprojekt wird auf 150 Vertragsärztinnen/-ärzten bzw. Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen beschränkt.
- (5) Zur Finanzierung des Pilotprojektes wird insgesamt ein Betrag von maximal 1.125.000,00 Euro vorgesehen. Teilnehmende Vertragsärztinnen/Vertragsärzte erhalten je eine Einmalzahlung in der Höhe von 7.500,00 Euro, die mit der Endabrechnung jenes Quartals ausbezahlt wird, in dem die Vertragsärztin/der Vertragsarzt in das Projekt eingestiegen ist, frühestens jedoch mit der Endabrechnung des 4. Quartals 2018.
- (6) Kammer und Kasse werden gemeinsam für eine anonymisierte oder pseudonymisierte Verwendung der erhobenen Daten Sorge tragen.

3. Primärversorgungseinheiten

Die Ärztekammer für Wien sagt zu, die zügige Umsetzung von Primärversorgungseinheiten in Wien gemäß den Bedingungen des zwischen ÖÄK und HV zu vereinbarenden Gesamtvertrages sowie gemäß den gesetzlichen Regelungen zu unterstützen und bis zum Jahr 2021 die für Wien vorgesehenen 16 Einheiten zur Umsetzung vorzusehen.

B. Regelungen für 2019

1. Honorierung

- (1) Mit Wirkung von 1. Juli 2019 erhalten die Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin zusätzlich zu der für das Jahr 2018 vorgesehenen Erhöhung eine weitere tarifwirksame Erhöhung von 10 %. Es ist beabsichtigt, diese Erhöhung zur Stärkung der allgemeinmedizinischen Versorgung im niedergelassenen Bereich mittels einer Reihe von strukturell wirksamen Maßnahmen sowie zur Einführung neuer Kassenleistungen zu verwenden.
- (2) Das durch die Erhöhung gemäß Absatz 1 verfügbare Honorarvolumen wird auf die in der Folge angeführten strukturellen Maßnahmen sowie das gemäß Punkt 4. zu entwickelnde Pauschalmodell umgelegt, sofern sich die Vertragsparteien bis dahin darüber geeinigt haben.

2. Bonus für Sachleistungsversorgungswirksamkeit und Öffnungszeitenausdehnung – „SVÖ-Bonus“

- (1) Mit Wirkung vom 1. Juli 2019 wird ein SVÖ-Bonus für überdurchschnittlich versorgungswirksame Ordinationen eingeführt.
- (2) Anspruch auf die Bonuszahlung haben Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin, die im Zeitraum von 1. Jänner bis 31. Dezember 2018 durchschnittlich mindestens 1.200 Fälle pro Quartal abgerechnet und sich vertraglich zu einer Mindestöffnungszeit von 25 Wochenstunden verpflichtet haben.
- (3) Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Regelung noch keine vier Quartale Vertragsdauer vorweisen können, sich jedoch vertraglich zu einer Mindestöffnungszeit von 25 Wochenstunden verpflichtet haben, haben ebenfalls vorläufig Anspruch auf eine Bonuszahlung.
- (4) Der Anspruch auf die Bonuszahlung erlischt
 - bei einer Reduktion der vertraglich vereinbarten Mindestöffnungszeit auf unter 25 Wochenstunden mit dem nächstfolgenden Quartal und
 - bei einer Unterschreitung der für einen Zeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember erforderlichen durchschnittlichen Mindestfallzahl von 1.200 Fällen pro Quartal ab dem nächstfolgenden Kalenderjahr.
- (5) Ordinationen mit einer durchschnittlichen Fallzahl von 1.200 – 1.499 pro Quartal erhalten einen Betrag von EUR 5,00 pro Fall.
- (6) Ordinationen mit einer durchschnittlichen Fallzahl ab 1.500 pro Quartal erhalten einen Betrag von EUR 5,75 pro Fall.

3. Einschreibemodell

- (1) Kammer und Kasse vereinbaren die gemeinsame Entwicklung eines Einschreibemodells. Dieses soll beginnend im Jahr 2019 im Fachbereich Allgemeinmedizin in Form eines bis 31. Dezember 2020 befristeten Pilotprojektes umgesetzt werden.
- (2) Die Teilnahme am Pilotprojekt ist sowohl für Vertragsärztinnen/-ärzten als auch für Patientinnen/Patienten freiwillig.

4. Neues Honorierungsmodell

Kammer und Kasse vereinbaren, ein Modell für eine moderne Honorierung zu entwickeln, das mit 1. Juli 2019 in Kraft treten soll. Angestrebt ist die Adaptierung des pauschalen und einzelleistungsbezogenen Anteils am Gesamthonorar über ein neues alters- und fallbezogenes Pauschalmodell. Im Rahmen der Pauschalen soll auch die Abgeltung der Beratungs- und Informationsrolle von Vertragsärztinnen/-ärzten im Zusammenhang mit dem BKFP inkludiert werden.

5. Förderung der Übernahme bzw. Gründung von Ordinationen

- (1) Zur Förderung der Übernahme bzw. Gründung von Vertragsordinationen in 1100 Wien durch Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin wird im Rahmen eines bis 31. Dezember 2020 befristeten Pilotprojektes an Ärztinnen/Ärzten, deren Vertragsverhältnis ab dem 1. Jänner 2019 in Kraft tritt, im Anschluss an den Beginn der Vertragstätigkeit und die Eröffnung der Ordination ein personenbezogener Standortförderungsbetrag in der Höhe von 44.000,00 Euro ausbezahlt.
- (2) Darüber hinaus kann eine Förderung für einzelne Stellenausschreibungen, welche im IVA anhand von sozioökonomischen Kriterien gemeinsam festgelegt werden, an Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner bei der Ordinationsgründung vergeben werden. Die Anwendung der Kriterien und die Begründung für die Förderung, werden im IVA-Beschluss jeweils angeführt.
- (3) Endet das Vertragsverhältnis vor Ablauf von 16 Quartalen (gerechnet ab dem Datum der Invertragnahme) infolge Kündigung durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt oder infolge von Kündigung durch die Kasse oder infolge von Auflösung des Vertragsverhältnisses gemäß § 343 Abs. 2 Z. 3 bis 6 und Z. 8 ASVG, ist der Förderungsbetrag zurückzuzahlen und fließt wieder in den Strukturtopf gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.
- (4) Die Finanzierung dieser Förderungen erfolgt aus dem Strukturtopf gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.

C. Regelungen für 2020

Mit Wirkung von 1. Oktober 2020 erhalten die Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin zusätzlich zu der für die Jahre 2018 und 2019 vorgesehenen Erhöhung eine weitere tarifwirksame Erhöhung von 10 %. Das durch die Erhöhung verfügbare Honorarvolumen soll auf das zu entwickelnde Pauschalmodell umgelegt werden.

III. Regelungen für allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde)

A. Regelungen für 2018

1. Allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte

- (1) Die Honorierung der Leistungen der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte erfolgt bis 30. Juni 2018 nach den zum 31. Dezember 2017 gültigen Tarifen.
- (2) Mit Wirkung vom 1. Juli 2018 werden die Tarife der Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe um 4,8 % erhöht. Diese Erhöhung wird gemäß Punkt 2. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

- (3) Mit Wirkung vom 1. Juli 2018 werden die Tarife der Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Chirurgie um 14 % erhöht. Diese Erhöhung wird gemäß Punkt 2. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.
- (4) Mit Wirkung vom 1. Juli 2018 werden die Tarife aller anderen als in Abs. 2 und 3 genannten allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte (ausgenommen Kinder- und Jugendheilkunde) um 2 % erhöht. Diese Erhöhungen werden gemäß Punkt 2. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

2. Sonderleistungsänderungen

Jeweils mit Wirkung vom 1. Juli 2018 werden die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem jeweils angegebenen Fachgebiet geändert bzw. neu aufgenommen und lauten ab diesem Datum wie folgt:

2.1. Allgemeine Sonderleistungen

- **„Pos. Ziff. 91** - *Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, in maximal 5 % der Fälle pro Arzt pro Quartal – 45 Punkte.*
Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systemischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.
Zur Verrechnung sind alle allgemeinen Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin, für medizinische und chemische Labordiagnostik, für Pathologie und für Radiologie) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.
Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich und tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen sowie zu dokumentieren. Im Allgemeinen dauert es 20 Minuten.“

2.2. Fachgebiet Augenheilkunde und Optometrie

- **„Pos. Ziff. 104** - *Bestimmung des Astigmatismus nach Javal bzw. Skiaskopie – 10 Punkte“*
- **Pos. Ziff. 108** – wird gestrichen
- **„Pos. Ziff. 110** - *Untersuchung mit dem Kontaktglas (Goldmann Glas) bei Glaukom und Erkrankungen der Netzhaut, verrechenbar einmal im Quartal (mit Ausnahme besonderer Begründung) – 11 Punkte“*
- **„Pos. Ziff. 140** - *Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Die Position kann nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie in Rechnung gestellt werden, für die ein Gerätenachweis hinsichtlich Pos. Ziff. 132 vorliegt – 5 Punkte.“*

2.3. Fachgebiet Chirurgie

- „**Pos. Ziff. 219** - Mehrlagiger elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung oder Fischerverband – 25 Punkte
Erläuterung:

Die Position kann nur dann abgerechnet werden, wenn ein Fischerverband oder ein mehrlagiger Verband mit einer Unterfütterung (mit oder ohne Verwendung von Schaumgummiplatten) angelegt wird. Zusätzlich muss aus der ärztlichen Dokumentation ersichtlich sein, ob, an welcher Stelle und womit unterfüttert wurde. Diese Dokumentation muss beim ersten Anlegen des Verbandes im Quartal einer längerfristigen Behandlung sowie bei Wechsel des Materials oder der Behandlungsstelle angeführt werden.“

- „* **Pos. Ziff. 231** – Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 145 Punkte

Diese Position ist nur bei Erreichen des Zökums verrechenbar, welches bildlich zu dokumentieren ist (Fotodokumentation).

Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehalten Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine").“

- „* **Pos. Ziff. 233** – Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien – 93 Punkte

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn eine vollständige Koloskopie bis zum Zökum beabsichtigt und auch vorbereitet war, aber aus anatomischen oder anderen zwingenden medizinischen Gründen (z.B. bedrohliche Kreislaufsituation) trotz Bemühens nicht gelang. Der Grund ist genau anzugeben. Für geplant unvollständige Koloskopien oder bei Abbruch wegen ungenügender Darmreinigung sowie bei einem Abbruch vor Überschreiten der flexura colica sinistra, ist nur die Pos. Ziff. 234 verrechenbar.

Das Erreichen der flexura colica sinistra ist bildlich zu dokumentieren (Fotodokumentation).

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 209, 231 und 234.“

- „* **Pos. Ziff. 234** – Sigmoidoskopie inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 93 Punkte

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen eine vollständige Koloskopie gemäß Pos. Ziff. 231 nicht indiziert ist, sondern lediglich eine Darmuntersuchung bis zum Colon sigmoideum geplant und durchgeführt wird oder bei einem ungeplanten Abbruch einer Koloskopie vor Erreichen der flexura colica sinistra.

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 209, 231 oder 233.“

„) Die Pos. Ziff. 230, 231, 233 und 234 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Chirurgie verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden. Die Ermächtigung für die Pos. Ziff. 231, 233 und 234 setzt voraus, dass die Vertragsfachärztinnen/-ärzte in zumindest 90 % ihrer Darmspiegelungen eine komplette Koloskopie durchführen, in dem das Zökum erreicht wird. Wird diese Voraussetzung in einem Zeitraum von vier Quartalen nicht erfüllt, kann die Ermächtigung unter Berücksichtigung vorliegender medizinischer Gründe von Kammer und Kasse entzogen werden.“*

- **„Pos. Ziff. 236 - EKG mit 12 Ableitungen (I,II,III,aVR, aVL, aVF, V1-V6) Nur in Verbindung mit Pos. Ziff. 238 verrechenbar. – 35 Punkte“**
- **„Pos. Ziff. 237 - Endoskopische Entfernung eines Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Koloskopie, der Sigmoidoskopie oder einer abgebrochenen Koloskopie. Fotodokumentation und/oder Histologie-Befund des Polypen erforderlich. – 96 Punkte**

Nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 231, 233 oder 234 (auch mehrfach).

Ebenso sind alle Pathologien zu dokumentieren (insbesondere Polypen und abgetragene Polypen).“

- **„Pos. Ziff. 238 – Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam oder gleichwertige Arzneimittel, Propofol oder gleichwertige Arzneimittel). – 145 Punkte**
Diese Position inkludiert:
 - *Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzuganges sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehenden Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel)*
 - *Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und - soweit erforderlich - EKG-Monitoring. Der Patient ist während des Eingriffes und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen.*
 - *Ausführliche und dokumentierte Aufklärung des Patienten über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation*

Verrechenbar einmal pro Patient und Tag; nur verrechenbar gemeinsam mit Pos. Ziff. 230, 231, 233 oder 234.

Nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. Ziff. 29, Pos. Ziff. 60 und Pos. Ziff. 61.“

- **„Pos. Ziff 239 - Elastischer Kompressionsverband ohne Unterfütterung und ohne Schaumgummiplatten – 20 Punkte“**

2.4. Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- **„Pos. Ziff. 301 – Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz.**
Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz.
In maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.
Nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung – 15 Punkte.“
- **„Pos. Ziff. 325 - Ärztliche Beratung zur Krebsvorsorge und Früherkennung, insbesondere für Brust- und Eierstockkrebs. Dies inkludiert insbesondere die Ersteinschätzung des familiären Risikos und/oder die Beratung bezüglich Inanspruchnahme des Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes sowie im Bedarfsfall die Anleitung zur Selbstuntersuchung der Mammae.**
Maximal einmal pro Kalenderjahr und Frau in maximal 26 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 315 - Eingehende individuelle Beratung bei besonderem Aufklärungs- und Informationsbedarf – 20 Punkte**
In maximal 5 % Prozent der Fälle pro Quartal verrechenbar
Erläuterung:
Verrechenbar bei besonderem Gesprächsbedarf mit Patientinnen, auch unter zusätzlicher Einbeziehung von Bezugspersonen inkl. Partnerinnen/Partnern, der sich in Zusammenhang mit der Aufklärung und der Information für Untersuchungen und/oder Therapieverläufen ergibt.
Die Gesprächsinhalte sind, zumindest in Stichworten, zu dokumentieren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
Pro Tag und Patientin nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. Ziff. 90, Pos. Ziff. 91, Pos. Ziff. 332 und Pos. Ziff. 333“
- **„Pos. Ziff. 340 - Fachspezifischer Zuschlag für Frauenärztliche Ordination, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“**

2.5. Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

- **„Pos. Ziff. 435 - Therapeutisches Lagerungsmanöver (d.h. bei Vorliegen eines vestibulären Schwindels oder bei Vorliegen eines pathologischen Befundes nach diagnostischer Vestibularisprüfung). In maximal 2 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 15 Punkte“**
- **„Pos. Ziff. 442 - Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar – 15 Punkte“**

2.6. Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

- **„Pos. Ziff. 517 - Mehrlagiger elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung oder Fischerverband – 25 Punkte**
Erläuterung:
Die Position kann nur dann abgerechnet werden, wenn ein Fischerverband oder ein mehrlagiger Verband mit einer Unterfütterung (mit oder ohne Verwendung von Schaumgummiplatten) angelegt wird. Zusätzlich muss aus der ärztlichen Dokumentation ersichtlich sein, ob, an welcher Stelle und womit unterfüttert wurde. Diese Dokumentation muss beim ersten Anlegen des

Verbandes im Quartal einer längerfristigen Behandlung sowie bei Wechsel des Materials oder der Behandlungsstelle angeführt werden.“

- *„**Pos. Ziff. 519** - Verband bei Verbrennungen, Dermatitis oder Ekzem In maximal 5 % der Fälle pro Arzt pro Quartal verrechenbar – 17 Punkte“*
- *„**Pos. Ziff. 536** - Versorgung einer Wundrandnekrose bei chronischen Wunden. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 76 und 78 – 23 Punkte“*
- *„**Pos. Ziff. 537** - Elastischer Kompressionsverband ohne Unterfütterung und ohne Schaumgummiplatten – 20 Punkte“*
- *„**Pos. Ziff. 538** - Auflichtuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Kalenderjahr. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar. – 25 Punkte“*
- *„**Pos. Ziff. 540** - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 6 Punkte“*

2.7. Fachgebiet Innere Medizin

- *„* **Pos. Ziff. 631** – Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 145 Punkte*

Diese Position ist nur bei Erreichen des Zökums verrechenbar, welches bildlich zu dokumentieren ist (Fotodokumentation).

Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehalten Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine")“

- *„* **Pos. Ziff. 620** – Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien – 93 Punkte*

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn eine vollständige Koloskopie bis zum Zökum beabsichtigt und auch vorbereitet war, aber aus anatomischen oder anderen zwingenden medizinischen Gründen (z.B. bedrohliche Kreislaufsituation) trotz Bemühens nicht gelang. Der Grund ist genau anzugeben. Für geplant unvollständige Koloskopien oder bei Abbruch wegen ungenügender Darmreinigung sowie bei einem Abbruch vor Überschreiten der flexura colica sinistra, ist nur die Pos. Ziff. 621 verrechenbar.

Das Erreichen der flexura colica sinistra ist bildlich zu dokumentieren (Fotodokumentation).

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 621 oder 631.“

- *„* **Pos. Ziff. 621** – Sigmoidoskopie inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 93 Punkte*

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen eine vollständige Koloskopie gemäß Pos. Ziff. 631 nicht indiziert ist, sondern

lediglich eine Darmuntersuchung bis zum Colon sigmoideum geplant und durchgeführt wird oder bei einem ungeplanten Abbruch einer Koloskopie vor Erreichen der flexura colica sinistra.

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 620 oder 631.“

„) Die Pos. Ziff. 630, 631, 620 und 621 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.*

Diese Ermächtigung für die Pos. Ziff. 631, 620 und 621 setzt voraus, dass die Vertragsfachärztinnen/-ärzte in zumindest 90 % ihrer Darmspiegelungen eine komplette Koloskopie durchführen, in dem das Zökum erreicht wird. Wird diese Voraussetzung in einem Zeitraum von vier Quartalen nicht erfüllt, kann die Ermächtigung unter Berücksichtigung vorliegender medizinischer Gründe von Kammer und Kasse entzogen werden.“

- **„Pos. Ziff. 622 – Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam oder gleichwertige Arzneimittel, Propofol oder gleichwertige Arzneimittel). – 145 Punkte**

Diese Position inkludiert:

- *Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzuganges sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehenden Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel)*
- *Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und - soweit erforderlich - EKG-Monitoring. Der Patient ist während des Eingriffes und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen.*
- *Ausführliche und dokumentierte Aufklärung des Patienten über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation*

Verrechenbar einmal pro Patient und Tag; nur verrechenbar gemeinsam mit Pos. Ziff. 620, 621, 630 oder 631.

Nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. Ziff. 29, Pos. Ziff. 60 und Pos. Ziff. 61.“

- **„Pos. Ziff. 637 - Endoskopische Entfernung eines Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Koloskopie, der Sigmoidoskopie oder einer abgebrochenen Koloskopie. Fotodokumentation und/oder Histologie-Befund des Polypen erforderlich. – 96 Punkte**

Nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 231, 233 oder 234 (auch mehrfach).

Ebenso sind alle Pathologien zu dokumentieren (insbesondere Polypen und abgetragene Polypen).“

- **„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 – 65 Punkte“

- **„Pos. Ziff. DDA -Doppler-Duplexsonografie der peripheren Arterien zur exakten Diagnostik arterieller Durchblutungsstörungen.**
Nur bei Vorliegen pathologischer Ergebnisse aus Pos. Ziff. 627 oder bei vorhergegangenen chirurgischen und/oder perkutanen Gefäßeingriffen oder bei bekannten Aneurysmen der Iliacofemoropoplitealen Strombahn verrechenbar.
Verrechenbar für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Angiologie bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Internistinnen/Internisten oder Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung.“
- **„Pos. Ziff. DDV - Doppler-Duplexsonographie der peripheren Venen.**
Verrechenbar bei klinischem Verdacht auf eine akute Venenthrombose, bei der sich aufgrund der Einschätzung mittels Wells-Score, Autar-DVT-Skala oder vergleichbaren Verfahren eine dringende Indikation für die Durchführung der Doppler-Duplexsonographie ergibt (z.B. hohe Thrombosewahrscheinlichkeit im Wells-Score) oder vor einer geplanten Varizen-Operation, sofern diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig ist.“

„Die Pos. Ziff. DDA und DDV sind zusammen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Angiologie bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Internistinnen/Internisten in maximal 35 % der Fälle pro Quartal, für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Untersuchung gemäß Pos. Ziff. DDA oder Pos. Ziff. DDV überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.“

2.8. Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie

- **„Pos. Ziff. 852 - Kinderjugendpsychiatrischer Status/ entwicklungspsychopathologische Diagnostik Psychopatholog. Status umfasst:**
Noo- und Thymopsyche bei 0-18-jährigen,
Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS):
Achse 1 – klinisch-psychiatrisches Syndrom
Achse 3 – Intelligenzniveau
Achse 5 – assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände
Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 860, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar. – 72 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 861 - Fremdanamnese**
i.d.R. Befassung mehrerer Stellen, inkl. Befundstudium
Richtzeit 15 Minuten, maximal 4 x pro Patientin/Patient und Tag, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 860 verrechenbar. – 50 Punkte“

2.9. Fachgebiet Lungenkrankheiten

- „**Pos. Ziff. 707** - Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte. Die Pos. Ziff. 707 kann nur von jenen Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten verrechnet werden, für die eine Meldung an die Kasse über die Verwendung eines entsprechenden Gerätes ergangen ist. – 30 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 713** - Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe.
Alle Untersuchungen zusammen können in maximal 26 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden. – 65 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 721** - Bodyplethysmographie - statische Lungenvoluminain maximal 34 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.- 33 Punkte“

2.10. Fachgebiet Neurologie

- „**Pos. Ziff. N1** - Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes. Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Richtzeit bei einmaliger Verrechnung 20 Minuten, Richtzeit bei zweimaliger Verrechnung am Tag 40 Minuten. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 42 Punkte“
- „**Pos. Ziff. N11** – Erstellung eines psychopathologischen Status.
Dieser umfasst:
 1. Orientierung,
 2. Auffassung und Wahrnehmung,
 3. Stimmung,
 4. Affekt,
 5. Antrieb,
 6. Ductus – formal/inhaltlich,
 7. Mnestik,
 8. Selbst- und/oder Fremdgefährdung.

In maximal 20 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. – 30 Punkte“
- „**Pos. Ziff. N12** - Neuro- und Psychometrische Verfahren, z.B. Mini-Mental-Status (MMSE) bzw. andere geeignete Verfahren.

Einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung, in maximal 28 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.

Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Ziff. N13 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig. – 22 Punkte“
- „**Pos. Ziff. N20** - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“

2.11. Fachgebiet Orthopädie

- „**Pos. Ziff. 817** - Mehrlagiger elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung oder Fischerverband – 25 Punkte

Erläuterung:

Die Position kann nur dann abgerechnet werden, wenn ein Fischerverband oder ein mehrlagiger Verband mit einer Unterfütterung (mit oder ohne Verwendung von Schaumgummiplatten) angelegt wird. Zusätzlich muss aus der ärztlichen Dokumentation ersichtlich sein, ob, an welcher Stelle und womit unterfüttert wurde. Diese Dokumentation muss beim ersten Anlegen des Verbandes im Quartal einer längerfristigen Behandlung sowie bei Wechsel des Materials oder der Behandlungsstelle angeführt werden.“

- „**Pos. Ziff 827** - Elastischer Kompressionsverband ohne Unterfütterung und ohne Schaumgummiplatten – 20 Punkte“
- „**Pos. Ziff 825** - Objektive Prüfung und Dokumentation der Sensibilität (und gegebenenfalls der Motorik) der segmentalen und peripheren Innervation – 22 Punkte“
- „**Pos. Ziff 840** - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 8 Punkte“

2.12. Fachgebiet Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

- „**Pos. Ziff. P13** - Ausführlicher psychiatrischer Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan) Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Ämter, Institutionen. Ausfolge im Einverständnis mit Obsoorgeberechtigten und/oder Patientin/Patienten. Pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 9 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. P 15 verrechenbar.- 60 Punkte“

2.13. Fachgebiet Urologie

- „**Pos. Ziff. 939** – Sonographiepauschale einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Die Pauschale beinhaltet folgende Untersuchungsfelder
 - Nieren und Retroperitoneum
 - Unterbauch (einschließlich Restharn und Prostata)
 - Scrotum (Hoden und Nebenhoden)
 Die Pauschale wird nur jenen Vertragsfachärzten für Urologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. – 31 Punkte“

2.14. Regiezuschlag

- „**Pos. Ziff. R V** – 89 Punkte“

B. Regelungen für 20191. Allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte

- (1) Mit Wirkung vom 1. Juli 2019 werden die Tarife der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte (ausgenommen Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde) zusätzlich zu der Erhöhung 2018 um weitere 2 % erhöht. Diese Erhöhungen werden gemäß Punkt 2. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

- (2) Zusätzlich wird gemeinsam mit der Endzahlung für das 1. Quartal 2019 eine ergänzende Einmalzahlung in der Höhe von insgesamt 6.200.000,00 Euro anteilig an all jene allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte ausbezahlt, die per Jänner 2019 in einem Vertragsverhältnis mit der Wiener Gebietskrankenkasse stehen.

2. Sonderleistungsänderungen

Jeweils mit Wirkung vom 1. Juli 2019 werden die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem jeweils angegebenen Fachgebiet geändert bzw. neu aufgenommen und lauten ab diesem Datum wie folgt:

2.1. Fachgebiet Augenheilkunde und Optometrie

- *„**Pos. Ziff. 140** - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Die Position kann nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie in Rechnung gestellt werden, für die ein Gerätenachweis hinsichtlich Pos. Ziff. 132 vorliegt – 7 Punkte.“*

2.2. Fachgebiet Chirurgie

- *„* **Pos. Ziff. 231** – Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 174 Punkte*

Diese Position ist nur bei Erreichen des Zökums verrechenbar, welches bildlich zu dokumentieren ist (Fotodokumentation).

Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehalten Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine").“

- *„* **Pos. Ziff. 233** – Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien – 109 Punkte*

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn eine vollständige Koloskopie bis zum Zökum beabsichtigt und auch vorbereitet war, aber aus anatomischen oder anderen zwingenden medizinischen Gründen (z.B. bedrohliche Kreislaufsituation) trotz Bemühens nicht gelang. Der Grund ist genau anzugeben. Für geplant unvollständige Koloskopien oder bei Abbruch wegen ungenügender Darmreinigung sowie bei einem Abbruch vor Überschreiten der flexura colica sinistra, ist nur die Pos. Ziff. 234 verrechenbar. Das Erreichen der flexura colica sinistra ist bildlich zu dokumentieren (Fotodokumentation).

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 209, 231 und 234.“

- „* **Pos. Ziff. 234** – Sigmoidoskopie inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 109 Punkte

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen eine vollständige Koloskopie gemäß Pos. Ziff. 231 nicht indiziert ist, sondern lediglich eine Darmuntersuchung bis zum Colon sigmoideum geplant und durchgeführt wird oder bei einem ungeplanten Abbruch einer Koloskopie vor Erreichen der flexura colica sinistra.

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 209, 231 oder 233.“

„) Die Pos. Ziff. 230, 231, 233 und 234 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Chirurgie verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden. Die Ermächtigung für die Pos. Ziff. 231, 233 und 234 setzt voraus, dass die Vertragsfachärztinnen/-ärzte in zumindest 90 % ihrer Darmspiegelungen eine komplette Koloskopie durchführen, in dem das Zökum erreicht wird. Wird diese Voraussetzung in einem Zeitraum von vier Quartalen nicht erfüllt, kann die Ermächtigung unter Berücksichtigung vorliegender medizinischer Gründe von Kammer und Kasse entzogen werden.“*

2.3. Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- „**Pos. Ziff. 340** - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 8 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 316** - Gynäkologischer Ultraschall (transabdominal und/oder vaginal), inkl. Dokumentation der Untersuchung sowie bei Pathologien auch Bilddokumentation. Eine transvaginale sonographische Zervixlängenmessung ist als gynäkologischer Ultraschall zu werten. Maximal einmal pro Tag und Patientin verrechenbar. Ausbildungsnachweis und Nachweis der apparativen Voraussetzung erforderlich. Mit dieser Position sind jegliche Untersuchungen mittels verschiedener Ultraschalltechniken (somit auch Dopplersonographie und 3D-/4D-Ultraschall) abgegolten, sofern diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig sind. – 40 Punkte“

2.4. Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

- „**Pos. Ziff. 436** - Flexible Endoskopie der oberen Atemwege. In maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 427, 433 und 434 verrechenbar. – 69 Punkte +RII“

2.5. Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

- „**Pos. Ziff. 506** - Exstirpation von Hauttumoren, je Sitzung – 33 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 508** - Pilzbefund – 12 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 538** - Auflichtuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Kalenderjahr. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar. – 26 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 540** - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“

2.6. Fachgebiet Innere Medizin

- „* **Pos. Ziff. 631** – Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 174 Punkte

Diese Position ist nur bei Erreichen des Zökums verrechenbar, welches bildlich zu dokumentieren ist (Fotodokumentation).

Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehalten Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine").“

- „* **Pos. Ziff. 620** – Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien – 109 Punkte

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn eine vollständige Koloskopie bis zum Zökum beabsichtigt und auch vorbereitet war, aber aus anatomischen oder anderen zwingenden medizinischen Gründen (z.B. bedrohliche Kreislaufsituation) trotz Bemühens nicht gelang. Der Grund ist genau anzugeben. Für geplant unvollständige Koloskopien oder bei Abbruch wegen ungenügender Darmreinigung sowie bei einem Abbruch vor Überschreiten der flexura colica sinistra, ist nur die Pos. Ziff. 621 verrechenbar. Das Erreichen der flexura colica sinistra ist bildlich zu dokumentieren (Fotodokumentation).

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 621 oder 631.“

- „* **Pos. Ziff. 621** – Sigmoidoskopie inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 109 Punkte

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen eine vollständige Koloskopie gemäß Pos. Ziff. 631 nicht indiziert ist, sondern lediglich eine Darmuntersuchung bis zum Colon sigmoideum geplant und durchgeführt wird oder bei einem ungeplanten Abbruch einer Koloskopie vor Erreichen der flexura colica sinistra.

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 620 oder 631.“

„) Die Pos. Ziff. 630, 631, 620 und 621 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.*

Diese Ermächtigung für die Pos. Ziff. 631, 620 und 621 setzt voraus, dass die Vertragsfachärztinnen/-ärzte in zumindest 90 % ihrer Darmspiegelungen eine komplette Koloskopie durchführen, in dem das Zökum erreicht wird. Wird diese Voraussetzung in einem Zeitraum von vier Quartalen nicht erfüllt, kann die

Ermächtigung unter Berücksichtigung vorliegender medizinischer Gründe von Kammer und Kasse entzogen werden.“

- **„Pos. Ziff. 646 – Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:**
 - Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
 - Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
 - Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion

*Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:
Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie mit maximal 39 %, für alle übrigen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit maximal 21% der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.
Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden. – EUR 80,00“*

2.7. Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie

- **„Pos. Ziff. 852 - Kinderjugendpsychiatrischer Status/ entwicklungspsychopathologische Diagnostik Psychopatholog. Status umfasst:**

*Noo- und Thymopsyche bei 0-18-jährigen, Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS):
Achse 1 – klinisch-psychiatrisches Syndrom
Achse 3 – Intelligenzniveau
Achse 5 – assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände
Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 860, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar. – 77 Punkte“*
- **„Pos. Ziff. 856 - Ausführlicher somatischer Status bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten**

*Ausführlicher Status: zusätzlich Beurteilung von Caput, Collum, Cor, Pulmo, Abdomen, Extremitäten
In maximal 20 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 855 und 860 verrechenbar. – 50 Punkte“*
- **„Pos. Ziff. 857 - Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente z.B. HAWIVA-Test, HAWIK-Test, AID-Test, Sprachentwicklungstest bei Kindern, semistrukturierte Interviews, Symptomchecklisten (CBCL, SCL, Depressionsinventar, Eating Disorder Inventory, Connors Rating Scale etc.)**

In maximal 50 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 860 und 862 verrechenbar. – 109 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 872 - Ausführlicher Kinder- und jugendpsychiatrischer Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)**

Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Amt für Jugend und Familie. Ausfolge im Einverständnis mit Eltern/Obsoorgeberechtigten und/oder Patientin/Patienten. Pro Patientin/Patient 1 x pro Halbjahr, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 873 verrechenbar. – 80 Punkte“

- *„Pos. Ziff. 873 - Kurzbefund mit Diagnose und Behandlungsplan Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Krisenzentren, WG, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen/Institutionen, Ausfolge im Einverständnis mit Eltern/Obsoorgeberechtigten und/oder Patientin/Patienten Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 872 verrechenbar. – 20 Punkte“*

2.8. Fachgebiet Lungenkrankheiten

- *„Pos. Ziff. 713 - Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe. Alle Untersuchungen zusammen können in maximal 30 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden. – 65 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 721 - Bodyplethysmographie - statische Lungenvoluminain maximal 35 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.- 33 Punkte“*

2.9. Fachgebiet Neurologie

- *„Pos. Ziff. N1 - Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes. Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Richtzeit bei einmaliger Verrechnung 20 Minuten, Richtzeit bei zweimaliger Verrechnung am Tag 40 Minuten. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 48 Punkte“*

2.10. Fachgebiet Orthopädie

- *„Pos. Ziff 819 - Orthopädische Manualdiagnose und/oder –therapie, maximal einmal pro Sitzung und Region sowie maximal fünfmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 23 Punkte“*
- *„Pos. Ziff 825 - Objektive Prüfung und Dokumentation der Sensibilität (und gegebenenfalls der Motorik) der segmentalen und peripheren Innervation – 23 Punkte“*
- *„Pos. Ziff 840 - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 9 Punkte“*

2.11. Fachgebiet Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

- *„Pos. Ziff. P 3 - Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status. Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien:*
 1. Bewusstseinslage
 2. Orientierung
 3. Mnestiche Leistungen und Konzentration
 4. Denken
 5. Antrieb
 6. Stimmungslage
 7. Affekte.

Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. In maximal 69 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P5, P11, P14, P16, verrechenbar – 30 Punkte“

- *„**Pos. Ziff. P 5** - Psychopathologischer Folgestatus. Die Durchführung umfasst alle Beurteilungskriterien von Pos. Ziff. P3. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen. Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag. Nicht am selben Tag verrechenbar mit Pos. Ziff. P3, P11, P14, P16 und P17 – 13 Punkte“*
- *„**Pos. Ziff. P 9** - Erhebung von außenanamnestischen Daten/Angaben: Bei Patientinnen/Patienten bei denen die Außenanamnese zur Diagnose und Therapiefindung beiträgt. Das Ergebnis der Erhebung der außenanamnestischen Daten/Angaben ist zu dokumentieren. Nicht verrechenbar im Rahmen einer ausschließlichen Dolmetscherfunktion. Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P12 und P14 verrechenbar – 33 Punkte“*
- *„**Pos. Ziff. P 10** - Sozialpsychiatrische Intervention und Koordination: umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Intervention zur Koordination der Behandlung der Patientin/des Patienten (Angehörige, Hausärztin/Hausarzt, Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter u.a. am Behandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen). Die Durchführung ist zu dokumentieren. Die involvierten Personen sind im Begründungsfeld des Datensatzes (B-Block) zu übermitteln. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P14 verrechenbar. Die Position umfasst keine allgemein ärztlich administrative Ordinationstätigkeit, wie beispielsweise das Ausstellen von Überweisungen, Rezepten oder Verordnungen, das Einholen von ABS-Anträgen oder Tätigkeiten im Rahmen eines Konsiliums Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 33 Punkte“*

2.12. Fachgebiet Urologie

- *„**Pos. Ziff. 939**– Sonographiepauschale einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Die Pauschale beinhaltet folgende Untersuchungsfelder

 - a) Nieren und Retroperitoneum
 - b) Unterbauch (einschließlich Restharn und Prostata)
 - c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden)
 Die Pauschale wird nur jenen Vertragsfachärzten für Urologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. – 33 Punkte“*

2.13. Regiezuschlag

- *„**Pos. Ziff. RV** – 90 Punkte“*

C. Regelungen für 2020

1. Allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte

- (1) Mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 werden die Tarife der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte (ausgenommen Augenheilkunde und Optometrie sowie Kinder- und Jugendheilkunde) um zusätzlich zu den Erhöhungen für 2018 und 2019 um weitere 2 % erhöht.
- (2) Diese Erhöhungen werden gemäß Punkt 2. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

2. Sonderleistungsänderungen

Jeweils mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 werden die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem jeweils angegebenen Fachgebiet geändert bzw. neu aufgenommen und lauten ab diesem Datum wie folgt:

2.1. Fachgebiet Augenheilkunde und Optometrie

- *„**Pos. Ziff. 140 - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Die Position kann nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie in Rechnung gestellt werden, für die ein Gerätenachweis hinsichtlich Pos. Ziff. 132 vorliegt – 9 Punkte.**“*

- *„**Pos. Ziff. 135 – OCT (Optische Kohärenztomographie) der hinteren Augenabschnitte (Netzhaut und Sehnerv) beider Augen inkl. Befundung, wobei zumindest bei Untersuchungen zur Diagnostik oder bei Vorliegen von Makulaerkrankungen jedenfalls mehrere Schnittbilder, welche den gesamten Makulabereich abdecken, durchzuführen sind. Maximal einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, darüber hinaus nur mit besonderer medizinischer Begründung. Nur von Vertragsfachärzten/-gruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kammer und Kasse nach Vorlage eines Gerätenachweises hierzu berechtigt wurden. Das gemeldete Gerät hat zumindest ein spectral domain-Verfahren zu ermöglichen- 110 Punkte***
Erläuterung:
Indikationen für die Leistungserbringung: Diagnostik, Ausschluss- und Verlaufskontrolle bei
 - *Netzhaut- und/oder Sehnervenerkrankungen*
 - *Zur Abklärung unklarer Sehbeschwerden**Im niedergelassenen Bereich ist die laufende Betreuung von Patienten, die in wiederkehrender IVOM-Behandlung stehen, derzeit keine Indikation.“*

2.2. Fachgebiet Chirurgie

- *„* **Pos. Ziff. 231 – Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 187 Punkte***

Diese Position ist nur bei Erreichen des Zökums verrechenbar, welches bildlich zu dokumentieren ist (Fotodokumentation).

Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine")."

- „* **Pos. Ziff. 233** – Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien – 120 Punkte

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn eine vollständige Koloskopie bis zum Zökum beabsichtigt und auch vorbereitet war, aber aus anatomischen oder anderen zwingenden medizinischen Gründen (z.B. bedrohliche Kreislaufsituation) trotz Bemühens nicht gelang. Der Grund ist genau anzugeben. Für geplant unvollständige Koloskopien oder bei Abbruch wegen ungenügender Darmreinigung sowie bei einem Abbruch vor Überschreiten der flexura colica sinistra, ist nur die Pos. Ziff. 234 verrechenbar. Das Erreichen der flexura colica sinistra ist bildlich zu dokumentieren (Fotodokumentation).

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 209, 231 und 234.“

- „* **Pos. Ziff. 234** – Sigmoidoskopie inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 120 Punkte

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen eine vollständige Koloskopie gemäß Pos. Ziff. 231 nicht indiziert ist, sondern lediglich eine Darmuntersuchung bis zum Colon sigmoideum geplant und durchgeführt wird oder bei einem ungeplanten Abbruch einer Koloskopie vor Erreichen der flexura colica sinistra.

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 209, 231 oder 233.“

- „*) Die Pos. Ziff. 230, 231, 233 und 234 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Chirurgie verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden. Die Ermächtigung für die Pos. Ziff. 231, 233 und 234 setzt voraus, dass die Vertragsfachärztinnen/-ärzte in zumindest 90 % ihrer Darmspiegelungen eine komplette Koloskopie durchführen, in dem das Zökum erreicht wird. Wird diese Voraussetzung in einem Zeitraum von vier Quartalen nicht erfüllt, kann die Ermächtigung unter Berücksichtigung vorliegender medizinischer Gründe von Kammer und Kasse entzogen werden.“

2.3. Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- „**Pos. Ziff. 310** - Chemische Untersuchung des Harnes, in maximal 11 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. – 6 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 331** - Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung, in 8 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. – 10 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 340** - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“

2.4. Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

- „**Pos. Ziff. 437** - Allergologische Exploration; in maximal 15 % der Fälle, pro Quartal verrechenbar – 14 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 8d** - Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.
Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppen Innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Lungenkrankheiten – 4 Punkte.
Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten – 5 Punkte“

2.5. Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

- „**Pos. Ziff. 535** - Allergologische Exploration; in maximal 20 % der Fälle, pro Quartal verrechenbar – 14 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 538** - Auflichtuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Kalenderjahr.
Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar. – 27 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 540** - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 8 Punkte“

2.6. Fachgebiet Innere Medizin

- „* **Pos. Ziff. 631** – Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 187 Punkte

Diese Position ist nur bei Erreichen des Zökums verrechenbar, welches bildlich zu dokumentieren ist (Fotodokumentation).

Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehalten Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine")“

- „* **Pos. Ziff. 620** – Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien – 120 Punkte

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn eine vollständige Koloskopie bis zum Zökum beabsichtigt und auch vorbereitet war, aber aus anatomischen oder anderen zwingenden medizinischen Gründen (z.B. bedrohliche Kreislaufsituation) trotz Bemühens nicht gelang. Der Grund ist genau anzugeben. Für geplant unvollständige Koloskopien oder bei Abbruch wegen ungenügender Darmreinigung sowie bei einem Abbruch vor Überschreiten der flexura colica sinistra, ist nur die Pos. Ziff. 621 verrechenbar.

Das Erreichen der flexura colica sinistra ist bildlich zu dokumentieren (Fotodokumentation).

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 621 oder 631.“

- **„* Pos. Ziff. 621** – Sigmoidoskopie inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. – 120 Punkte

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen eine vollständige Koloskopie gemäß Pos. Ziff. 631 nicht indiziert ist, sondern lediglich eine Darmuntersuchung bis zum Colon sigmoideum geplant und durchgeführt wird oder bei einem ungeplanten Abbruch einer Koloskopie vor Erreichen der flexura colica sinistra.

Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 620 oder 631.“

„) Die Pos. Ziff. 630, 631, 620 und 621 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.*

Diese Ermächtigung für die Pos. Ziff. 631, 620 und 621 setzt voraus, dass die Vertragsfachärztinnen/-ärzte in zumindest 90 % ihrer Darmspiegelungen eine komplette Koloskopie durchführen, in dem das Zökum erreicht wird. Wird diese Voraussetzung in einem Zeitraum von vier Quartalen nicht erfüllt, kann die Ermächtigung unter Berücksichtigung vorliegender medizinischer Gründe von Kammer und Kasse entzogen werden.“

- **„Pos. Ziff. 643** – Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation.

Die Pos. Ziff. 643 kann nur von angiologisch tätigen Internisten mit Ausbildungsnachweis (künftig nur Verrechnungsberechtigung für angiologisch ausgebildete Internisten [Additivfach Angiologie]) verrechnet werden. Die Position ist in maximal 22 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. – EUR 58,14“

- **„Pos. Ziff. 646** - Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:

- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
- Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion

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

Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie mit maximal 40 %, für alle übrigen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

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

2.7. Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie

- **„Pos. Ziff. 850 - Diagnostische Abklärung und Untersuchung.**
Umfasst die nach den Erfordernissen des jeweiligen Behandlungsstatus ausführliche Eigen- und Fremdanamnese und Diagnoseerstellung, Kinder- und jugendpsychiatrische Exploration, Verlaufskontrolle zur Evaluierung bzw. Adaptierung der Therapie, Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Motivation der Patientin/des Patienten und dessen Umfeld sowie gegebenenfalls medikamentöse Intervention, Veranlassung weiterer Untersuchungen bzw. Behandlungen durch Überweisung, etc.
Richtzeit 60 Minuten, maximal 3 x pro Sitzung, maximal 6 mal pro Patientin/Patient und Quartal, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 851, 860, 862, 863, 864, 865, 866, 867 und 869 verrechenbar. – 178 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 852** - Kinderjugendpsychiatrischer Status/ entwicklungspsychopathologische Diagnostik
Psychopatholog. Status umfasst:
Noo- und Thymopsyche bei 0-18-jährigen,
Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS):
Achse 1 – klinisch-psychiatrisches Syndrom
Achse 3 – Intelligenzniveau
Achse 5 – assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände
Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 860, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar. – 80 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 856 - Ausführlicher somatischer Status bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten**
Ausführlicher Status: zusätzlich Beurteilung von Caput, Collum, Cor, Pulmo, Abdomen, Extremitäten
In maximal 30 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 855 und 860 verrechenbar. – 50 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 860 - Interaktionsdiagnostik (inkl. Video) einmal pro Diagnose**
Richtzeit 60 Minuten, maximal 3 x pro Sitzung, in maximal 10 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850 bis 857, 861, 862, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar.
Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden. Die Position kann nur von jenen Fachärztinnen und Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden. – 178 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 871 - Koordinationstreffen (Helferkonferenz)**

Die Namen der TN und das Verhältnis zur Patientin/zum Patienten sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln.

Richtzeit 60 Minuten, maximal 3 x pro Sitzung, in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. – 178 Punkte“

2.8. Fachgebiet Lungenkrankheiten

- „**Pos. Ziff. 722** - Ausführliches pulmo-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebs(verdachts)diagnose, zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bzw. deren/dessen Sachwalterin/Sachwalter/Vormund. Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Das pulmo-onkologische Beratungsgespräch ist in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 20 Punkte“.

2.9. Fachgebiet Neurologie

- „**Pos. Ziff. N 5** - Erhebung des kompletten neurologischen Status: Die Durchführung eines kompletten neurologischen Status umfasst die Prüfung der oberen und unteren Hirnnerven, Untersuchung der Hirnstammreflexe, Untersuchung der motorischen Eigenreflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, der gesamten Pyramidenbahn, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. N6 verrechenbar – 40 Punkte“
- „**Pos. Ziff. N 6** - Partieller neurologischer Status zur Therapie oder Verlaufskontrolle. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen. In maximal 3 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. – 25 Punkte“
- „**Pos. Ziff. N 19** - Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen. Maximal einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 20 Punkte“

2.10. Fachgebiet Orthopädie

- „**Pos. Ziff 819** - Orthopädische Manualdiagnose und/oder –therapie, maximal einmal pro Sitzung und Region sowie maximal fünfmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 24 Punkte“
- „**Pos. Ziff 825** - Objektive Prüfung und Dokumentation der Sensibilität (und gegebenenfalls der Motorik) der segmentalen und peripheren Innervation – 24 Punkte“
- „**Pos. Ziff 840** - Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“

2.11. Fachgebiet Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

- „**Pos. Ziff. P 9** - Erhebung von außenanamnestischen Daten/Angaben: Bei Patientinnen/Patienten bei denen die Außenanamnese zur Diagnose und Therapiefindung beiträgt. Das Ergebnis der Erhebung der außenanamnestischen Daten/Angaben ist zu dokumentieren. Nicht verrechenbar im Rahmen einer ausschließlichen Dolmetscherfunktion.

Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 33 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P12 und P14 verrechenbar – 33 Punkte“

- **„Pos. Ziff. P 10 - Sozialpsychiatrische Intervention und Koordination:**
umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Intervention zur Koordination der Behandlung der Patientin/des Patienten (Angehörige, Hausärztin/Hausarzt, Psychotherapeutin/ Psychotherapeut, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter u.a. am Behandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen).
Die Durchführung ist zu dokumentieren. Die involvierten Personen sind im Begründungsfeld des Datensatzes (B-Block) zu übermitteln.
Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P14 verrechenbar.
Die Position umfasst keine allgemein ärztlich administrative Ordinationstätigkeit, wie beispielsweise das Ausstellen von Überweisungen, Rezepten oder Verordnungen, das Einholen von ABS-Anträgen oder Tätigkeiten im Rahmen eines Konsiliums
Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 33 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 33 Punkte“
- **„Pos. Ziff. P 13 - Ausführlicher psychiatrischer Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan) Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner:**
ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Ämter, Institutionen. Ausfolge im Einverständnis mit Sorgeberechtigten und/oder Patientin/Patienten.
Pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. P 15 verrechenbar.- 60 Punkte“

2.12. Fachgebiet Urologie

- **„Pos. Ziff. 939 – Sonographiepauschale einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.** Die Pauschale beinhaltet folgende Untersuchungsfelder
a) Nieren und Retroperitoneum
b) Unterbauch (einschließlich Restharn und Prostata)
c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden)
Die Pauschale wird nur jenen Vertragsfachärzten für Urologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. – 36 Punkte“

2.13. Regiezuschlag

- **„Pos. Ziff. RV – 96 Punkte“**

IV. Regelungen für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

A. Regelungen für 2018

- (1) Die Honorierung der Leistungen der Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgt ab 1. Jänner 2018 nach den zum 31. Dezember 2017 gültigen Tarifen.

- (2) Für den Zeitraum 1. Juli bis 31. Dezember 2018 erhalten die Vertragsärztinnen/-ärzte Kinder- und Jugendheilkunde jeweils eine **Einmalzahlung** in Höhe von 10 % des jeweils im 3. und 4. Quartal 2018 abgerechneten Honorarvolumens, die mit der Endabrechnung des betreffenden Quartals ausbezahlt wird.
- (3) Sofern bis 31. Dezember 2018 keine Cofinanzierungsvereinbarung mit der Stadt Wien abgeschlossen worden ist, ist das den gemäß Absatz 2 geleisteten Einmalzahlungen entsprechende Honorarvolumen tarifwirksam ab 2019 umzulegen. Solange keine Regelung über eine tarifwirksame Umlegung getroffen ist, wird der 10%ige Honorarsummenzuschlag weiterhin gemäß den in Absatz 2 definierten Konditionen ausbezahlt.
- (4) Sofern die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, kann im § 3 des Einzelvertrages für Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde eine Verrechnungsberechtigung für die folgenden Positionen aufgenommen werden. Alle bestehenden, auf dem XIV. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004 basierenden entsprechenden Vereinbarungen bleiben aufrecht.
- Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit dem Additivfach Kinderkardiologie können über Ansuchen im Einvernehmen von Kurie und Wiener Gebietskrankenkasse die Verrechnungsberechtigung zu den für das Fachgebiet Innere Medizin jeweils gültigen Konditionen für folgende Sonderleistungspositionen erhalten:
Pos. Ziff. 629, 633, 645, 646
 - Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit dem Additivfach Neurologie können über Ansuchen im Einvernehmen von Kurie und Wiener Gebietskrankenkasse mit Wirkung vom 1. April 2009 die Verrechnungsberechtigung zu den für das Fachgebiet Neurologie jeweils gültigen Konditionen für folgende Sonderleistungspositionen erhalten:
Pos. Ziff. N1, N2, N5, N6, N19. Pos. Ziff. N19 kann nicht im selben Quartal mit Pos. Ziff. 682 abgerechnet werden.

B. Regelungen für 2019

1. Honorierung

Mit Wirkung vom 1. Juli 2019 erhalten die Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zusätzlich zu der für das Jahr 2018 vorgesehenen Erhöhung eine weitere Tarifierhöhung von 10 %. Diese Erhöhung wird anteilig auch zur Finanzierung der unter Punkt 2. und 3. definierten von Maßnahmen verwendet.

2. Förderung der Übernahme bzw. Gründung von Ordinationen

- (1) Zur Förderung der Übernahme bzw. Gründung von Vertragsordinationen durch Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde wird im Rahmen eines bis 31. Dezember 2020 befristeten Pilotprojektes an Ärztinnen/Ärzte, deren Vertrag ab dem 1. Jänner 2019 in Kraft tritt, im Anschluss an den Beginn der Vertragstätigkeit und die Ordinationseröffnung ein personenbezogener Standortförderungsbetrag in der Höhe von 44.000,00 Euro ausbezahlt.
- (2) Endet das Vertragsverhältnis vor Ablauf von 16 Quartalen (gerechnet ab dem Datum der Invertragnahme) infolge Kündigung durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt oder infolge von Kündigung durch die Kasse oder infolge von Auflösung des Vertragsverhältnisses gemäß § 343 Abs. 2 Z. 3 bis 6 und Z. 8 ASVG, ist der Förderungsbetrag zurückzuzahlen und fließt wieder in den Strukturtopf gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.
- (3) Für maximal insgesamt drei im Jahr 2018 ausgeschriebene Stellen (Einzelordinationen und Gesellschafteranteile von Gruppenpraxen), die zu ab dem 1. Jänner 2019 gültigen Vertragsabschlüssen führen, wird der Förderbetrag von der Kasse auch dann ausbezahlt, wenn keine Cofinanzierungsvereinbarung mit der Stadt Wien abgeschlossen wird.
- (4) Die Finanzierung dieser Förderungen erfolgt aus dem Strukturtopf gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.

3. Bonus für Sachleistungsversorgungswirksamkeit und Öffnungszeitenausdehnung – „SVÖ-Bonus“

Mit Wirkung vom 1. Juli 2019 wird ein nach Fallzahlen gestaffelter SVÖ-Bonus für besonders versorgungswirksame Ordinationen eingeführt. Voraussetzung für die Bonuszahlung ist die vertragliche Verpflichtung zu einer Mindestöffnungszeit von 25 Wochenstunden. Eine Reduktion der vertraglich vereinbarten Mindestöffnungszeit auf 20 Wochenstunden bei gleichzeitigem Entfall der Bonuszahlung ist zulässig. Ein Wechsel

der Öffnungszeiten ist jeweils ab 1. Jänner möglich. Höhe und Auszahlungsmodalitäten für die Bonuszahlungen werden in einem gesonderten Zusatzprotokoll geregelt.

4. Neues Honorierungsmodell

Kammer und Kasse vereinbaren, ein Modell für eine moderne Honorierung zu entwickeln, das mit 1. Juli 2019 in Kraft treten soll. Angestrebt ist die Adaptierung des pauschalen und einzelleistungsbezogenen Anteils am Gesamthonorar über ein neues alters- und fallbezogenes Pauschalmodell. Das Modell soll auch neue Leistungen zur Stärkung des niedergelassenen Bereiches umfassen.

5. Wochenend- und Feiertagsversorgung

- (1) Mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2019 wird Modell zur Wochenend- und Feiertagsversorgung eingeführt.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Vertragsärztinnen/-ärzte, die ihre Ordination jeweils an einem Wochenendtag (Samstag bzw. Sonntag) bzw. Feiertag während fünf Stunden durchgehend geöffnet halten. Die Teilnahme an dem Modell ist pro Wochenendtag bzw. Feiertag auf drei Standorte (Einzel- oder Gruppenpraxis) beschränkt.
- (3) Anspruch auf eine zusätzlich zum Honorar ausbezahlten Bonus von € 1.000,00 pro Ordination und Öffnungstag haben nur jene Standorte, die der Kasse von der Kammer im Voraus gemeldet werden.
- (4) Die Kasse ist dazu berechtigt, die künftige Teilnahme von Standorten, die an mindestens drei aufeinanderfolgenden Öffnungstagen nicht versorgungswirksam gewesen sind, abzulehnen.

C. Regelungen für 2020

1. Honorierung

Mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 erhalten die Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zusätzlich zu der für die Jahre 2018 und 2019 vorgesehenen Erhöhungen eine weitere Tariferhöhung von 10 %.

2. Mindestordinationszeiten

- (1) Mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 sind für Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, die den Vertrag vor dem 1. Juli 2019 abgeschlossen, haben zu einer Mindestöffnungszeit von 20 Wochenstunden an 4 Tagen verpflichtet.
- (2) Ausgenommen von dieser Verpflichtung sind Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, die am 1. Oktober 2020 das 65. Lebensjahr bereits vollendet haben.

V. Dotierung Strukturtopf

Zusätzlich zu den Tariferhöhungen gemäß der Punkte II. – IV. wird der Strukturtopf zur Finanzierung von Strukturmaßnahmen gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 im Jahr 2018 mit weiteren 5.500.000,00 Euro und im Jahr 2019 mit weiteren 3.500.000,00 Euro dotiert.

VI. Honorare und Tarifregelungen für die Fachgruppe Radiologie Maßnahmen zur Strukturbereinigung

- (1) Zum 1. Juli 2018 bestehende Einzelvertragsfachärztinnen/-ärzte, die nicht um eine Schließungsprämie angesucht haben, sowie die Vertragsfachgruppenpraxis in 1160 können nur noch bis zum 31. Dezember 2020 mit einer bestehenden Vertragsfachgruppenpraxis für Radiologie an einem Zielstandort gemäß Anlage A zum Zusatzprotokoll fusionieren. Ansonsten läuft der betreffende Einzelvertrag spätestens nach Erreichen der Altersgrenze ohne Stellennachfolge in der Fachgruppe Radiologie aus.
- (2) Zur nachhaltigen Umsetzung der gesamtvertraglich festgelegten Strukturmaßnahmen wird vereinbart, dass der Digitalisierungszuschlag für das Jahr 2021 für jene Gruppenpraxen nicht zur Auszahlung gelangt, welche die erforderliche Mindestanzahl von drei Gesellschafterinnen/Gesellschaftern per 31. Dezember 2020 nicht erfüllen. Für einen solchen Fall wird der Digitalisierungszuschlag um den Betrag, welcher auf die betroffene Gruppenpraxis entfallen wäre, gekürzt. Im Gegenzug hierzu kann eine Stelle aus der Strukturreserve zugeteilt werden. Vorangehende Fusionen werden von Kammer und Kasse nur mehr dann bewilligt, wenn sie dem Erreichen der Mindestgröße von drei Stellen dienlich sind.

A. Regelungen für 2018

- (1) Die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Radiologie erfolgt bis 30. Juni 2018 nach den zum 31. Dezember 2017 gültigen Tarifen.
- (2) Mit Wirkung vom 1. Juli 2018 werden die Tarife der Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Radiologie um 2 % erhöht.
- (3) Zudem wird der Digitalisierungszuschlag einmalig um 900.000,00 Euro erhöht. Insgesamt gelangt somit eine Summe von 3.600.000,00 Euro zur Auszahlung, die Aufteilung erfolgt gemäß den bisher geltenden Bestimmungen.

- (4) Der Strukturtopf zur Auszahlung von Schließungsprämien gemäß den bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen wird im Jahr 2018 mit zusätzlichen 500.000,00 Euro dotiert.
- (5) Der Tarifkatalog für Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Radiologie – Anlage D zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 – wird mit Wirkung vom 1. Jänner 2014 wie folgt geändert:

Streichung folgender Einzelleistungspositionen:

- a) Pos. Ziff. 25 – Filmformat 15/40 – 6,80 EUR
- b) Pos. Ziff. 26 – Filmformat 18/35 – 7,13 EUR
- c) Pos. Ziff. 30 – Filmformat 35/35 – 9,79 EUR
- d) Pos. Ziff. 32 – Filmformat 20/96 – 23,07 EUR
- e) Pos. Ziff. 33 – Filmformat 30/90 – 23,72 EUR
- f) Pos. Ziff. 113 – Oberkiefer/Seite - 22,89 EUR
- g) Pos. Ziff. 114 – Unterkiefer/Seite - 22,89 EUR
- h) Pos. Ziff. 701 - Harntrakt nativ stehend – 17,06 EUR
- i) Pos. Ziff. 702 - Harnblase, Nativaufnahme – 12,00 EUR
- j) Pos. Ziff. 812 – Galaktographie – 29,31 EUR
- k) Pos. Ziff. 813 – Pneumozystographie – 29,31 EUR
- l) Pos. Ziff. 831 – Fistelfüllung - 53,57 EUR
- m) Pos. Ziff. 932 - Sonographie von Gallenblase, Leber und Gallenwegen – 20,78 EUR
- n) Pos. Ziff. 933 - Sonographie von Leber, Pankreas und Milz – 25,40 EUR

Textänderung sowie neue Bewertung folgender Einzelleistungspositionen, so dass diese nun lauten wie folgt:

- „**Pos. Ziff. 700** - Harntrakt, nativ liegend oder stehend – 16,85 EUR“
- „**Pos. Ziff. 963** - Oberflächliche Raumforderungen (nur verrechenbar bei Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten, Aneurysma, Bakerzyste), bei onkologischen Patienten maximal viermal verrechenbar, wobei für die Erstverrechnung 20,00 EUR und für die weiteren Verrechnungen auf Grund der nur einmal anfallenden Unkostenbeiträge 8,00 EUR honoriert werden.“
- „**Pos. Ziff. 967** - Sonographie eines großen Gelenkes (Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Hüftgelenk, Kniegelenk, Sprunggelenk) – EUR 21,57“
- „**Pos. Ziff. 833** - Hystero-Salpingographie inkl. gynäkologischer Untersuchung - 98,30 EUR“

Die nach diesen Änderungen verbleibende Erhöhung im Ausmaß von rund 1,4 % wird für die Erhöhung aller Positionen des Tarifkatalogs (Tarif für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie) ausgenommen aller unter Punkt D.) – Ultraschalldiagnostik – sowie Pos. Ziff. 963 und Pos. Ziff. 833 angeführten Tarifpositionen verwendet.

B. Regelungen für 2019

- (1) Für das das Jahr 2019 gelangt der Digitalisierungszuschlag zur Umsetzung von außerordentlichen Digitalisierungsmaßnahmen einmalig im Ausmaß von 6.200.000,00 Euro zur Auszahlung.
- (2) Der Strukturtopf zur Auszahlung von Schließungsprämien gemäß den bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen wird mit zusätzlichen 1.500.000,00 Euro dotiert.

C. Regelungen für 2020

- (1) Mit Wirkung vom 1. Juli 2019 werden die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie zusätzlich zu der für das Jahr 2018 vorgesehenen Erhöhung um weitere 2 % erhöht. Diese Erhöhung wird für die Erhöhung aller Positionen des Tarifkatalogs (Tarif für Vertragsfachärzte für Radiologie) ausgenommen aller unter Punkt D.) – Ultraschalldiagnostik – angeführten Tarifpositionen verwendet.
- (2) Im Jahr 2020 wird kein Digitalisierungszuschlag zur Auszahlung gebracht.
- (3) Für das Jahr 2021 wird von einem voraussichtlichen Digitalisierungszuschlag in der Höhe von insgesamt 2.850.000,00 Euro ausgegangen.

VII. Honorare und Tarifregelungen für Vertragsfachärztinnen/-ärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten für Hygiene und Mikrobiologie)

Die Honorarregelung für die Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2018 bis 31. Dezember 2020. Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) gemäß untenstehenden Regelungen ist der zum 31. Dezember 2017 gültige Laborkatalog.

A. Regelungen für 2018

- (1) Für die Abgeltung der von Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2018 bis 31. Dezember 2018 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 55.600.000 Euro (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) festgelegt.

- (2) Überschreitungen der aufgrund der von den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2018 bis 31. Dezember 2018 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 55.600.000 Euro um einen Prozentsatz kleiner gleich 2,16 % gehen zu Lasten der Fachgruppe.
- (3) Ab einer Honorarsumme von 56.800.000 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik durch die Kasse wieder gemäß dem zum 31. Dezember 2017 gültigen Laborkatalog mit einem Abschlag von 37,5 % für die darüberhinausgehende Honorarsumme.

Neue Leistungen und Änderungen von Leistungen im Laborkatalog

- (1) Mit Wirkung vom 1. Juli 2018 wird Pos. Ziff. 17.01 neu aufgenommen, die lautet wie folgt:
Pos. Ziff. 17.01 – „Notwendiger Hausbesuch“
- (2) Die dafür festzulegenden personellen und technischen Qualitätserfordernisse – sowohl für die Blutentnahme beim Hausbesuch als auch für den Probentransport – werden in der Präambel des Laborkatalogs unter A Punkt 9 sowie unter B Punkt 11 wie folgt verankert:

A 9. Die Einzelleistung „Erforderlicher Hausbesuch“ erfordert eine schriftliche Zuweisung oder eine telefonisch dokumentierte Anforderung, die dem Krankenversicherungsträger bei Anforderung vorzulegen ist. Werden an einer Wohnadresse mehrere Hausbesuche angefordert – dies betrifft sowohl Anforderungen im selben Haushalt, auf der selben Stiege oder in derselben Pflegeeinrichtung/Wohnheim/Pflegeheim und dergleichen - kann die Tarifposition „Hausbesuch“ nur einmal verrechnet werden. Die unter Punkt B) Ziff. 11 angeführten Qualitätsmaßnahmen sind dabei ausnahmslos einzuhalten.

B 11. Für die Durchführung der Einzelleistung „Erforderlicher Hausbesuch“ gelten folgende Qualitätskriterien

a) Durchführung des Hausbesuchs durch qualifizierte Mitarbeiter, die gemäß den berufsrechtlichen Bestimmungen zur venösen Blutentnahme (aufgrund ärztlicher Anordnung) berechtigt sind, wie insbesondere DGKS/P, DKKS/P, MTF, BMA sowie ärztliche Lehrpraktikanten.

b) Die von den den Hausbesuch durchführenden Mitarbeitern mitgeführte Ausstattung hat so zweckdienlich zu sein, dass trotz der möglicherweise unklaren hygienischer Umstände Vorort, eine regelrechte (lege artis) Venenpunktion möglich ist.

c) Der Transport der entnommenen Proben zum Labor wird konform der ADR-Richtlinien („diagnostische Proben“) durchgeführt.

d) Ist das Einlangen der entnommenen Blutproben im Labor nicht binnen der für den Zweck der spezifischen Analyse notwendigen Zeit gewährleistet, werden die notwendigen präanalytischen Maßnahmen (z.B. Zentrifugation, ...) während/vor dem Transport gesetzt.

e) Der gesamte Prozess „Hausbesuch“ wird qualitätsmanagementkonform mit entsprechenden Vorgabe- und Ablaufdokumenten dargestellt und mittels geeigneter Aufzeichnungen dokumentiert.

Weiters wird im Zuge dessen A Punkt 1 letzter Absatz, erster Satz um folgenden Halbsatz ergänzt:

„[...] wobei dies auch über passende elektronische Zugänge möglich ist.“

- (3) Mit Wirkung vom 1. Juli 2018 wird Pos. Ziff. 730 geändert und lautet ab diesem Datum wie folgt:

Pos. 730 – „PSA (Prostata-spezifisches Antigen), Zuweisung durch Fachärztinnen/-ärzte und Gruppenpraxen für Urologie, nur bei Vorliegen einer der unter lit. a) bis g) aufgelisteten Zuweisungsdiagnosen verrechenbar:

- a. Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern mit hohem Risiko für ein Prostatakarzinom (erstgradige Verwandte mit Prostatakarzinom, familiäre Häufung) [Empfehlung 3.2 der S3 LL]
 - b. Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern bei bekannter oder Verdacht auf BRCA1/2-Mutation
 - c. Bei Nachweis eines Hypogonadismus vor einer Testosteronsubstitution [Empfehlung 2.5 S3 LL]
 - d. Unter Testosteronsubstitution (im ersten Jahr halbjährlich und anschließend jährlich) [Empfehlung 2.6 der S3 LL]
 - e. Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom
 - f. Abnormale digital-rektale Untersuchung bzw. konkreter Krebsverdacht (z.B. tastbarer Knoten)
 - g. Besondere medizinische Indikation im Einzelfall
- 5,09 Euro“

B. Regelungen für 2019

- (1) Für die Abgeltung der von Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2019 bis 31. Dezember 2019 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 58.000.000 Euro (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) festgelegt.
- (2) Überschreitungen der aufgrund der von den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2019 bis 31. Dezember 2019 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 58.000.000,00 Euro um einen Prozentsatz kleiner gleich 9,48 % gehen zu Lasten der Fachgruppe.
- (3) Ab einer Honorarsumme von 63.500.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik durch die Kasse wieder gemäß dem zum 31. Dezember 2017 gültigen Laborkatalog mit einem Abschlag von 37,5 % für die darüberhinausgehende Honorarsumme.

C. Regelungen für 2020

- (1) Für die Abgeltung der von Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2020 bis 31. Dezember 2020 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 59.000.000,00 Euro (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) festgelegt.
- (2) Überschreitungen der aufgrund der von den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2020 bis 31. Dezember 2020 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 59.000.000,00 Euro um einen Prozentsatz kleiner gleich 16,44 % gehen zu Lasten der Fachgruppe.
- (3) Ab einer Honorarsumme von 68.700.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik durch die Kasse wieder gemäß Punkt VII Abs.1 mit einem Abschlag von 37,5 % für die darüberhinausgehende Honorarsumme.
- (4) Mangels einer neuen gesamtvertraglichen Honorarregelung für das Jahr 2021 erfolgt ab einer Honorarsumme von 68.700.000,00 Euro die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik mit einem Abschlag von 37,5 % für die darüber hinaus gehende Honorarsumme.

VIII. Honorare und Tarifregelungen für Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation

- (1) Die von den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für physikalische Medizin und medizinische Rehabilitation im Zeitraum 1. Jänner 2018 bis 31. Dezember 2018 erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Jahreshonorarsumme von 12.438.364,00 Euro abgegolten. Auf Grund einer im Jahr 2017 im Rahmen der zum Zeitpunkt der Fusion geltenden gesamtvertraglichen Regelungen vereinbarten Standortfusion eines Vertragsfacharztes mit einem Vertragsinstitut, wurde mit Wirksamkeit per 1. Jänner 2018 die individuelle Jahresrichtsumme dieses Vertragsfacharztes der individuellen Jahresrichtsumme des Vertragsinstituts zugeteilt. Die garantierte maximale Jahreshonorarsumme der Facharztgruppe wird daher mit Wirksamkeit per 1. Jänner 2018 um den Betrag von gerundet 561.267,00 Euro dauerhaft

reduziert, sodass die garantierte maximale Jahreshonorarsumme für den Zeitraum 1. Jänner 2018 bis 31. Dezember 2018 11.828.649,00 Euro beträgt.

- (2) Die von den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für physikalische Medizin und medizinische Rehabilitation im Zeitraum 1. Jänner 2019 bis 31. Dezember 2019 erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Honorarsumme von 12.088.879,00 Euro abgegolten.
- (3) Die von den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für physikalische Medizin und medizinische Rehabilitation im Zeitraum 1. Jänner 2020 bis 31. Dezember 2020 erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Honorarsumme von 12.354.834,00 Euro abgegolten.
- (4) Es wird vereinbart, das bestehende Tagsatzmodell und den Einzelleistungskatalog sowie das System mit festgelegten Zu- und Abschlägen in seinen Grundsätzen, jedoch mit einzelnen Adaptionen weiterzuführen. Die konkreten Regelungen sind in Anlage B, die einen integrierten Bestandteil dieses Zusatzprotokolls bildet, festgelegt.
- (5) Die Chefarztpflicht wird für die Laufzeit dieser Honorarregelung der Fachgruppe Physikalische Medizin und medizinische Rehabilitation weiterhin ausgesetzt.

IX. Fachgruppe Pathologie

Die Honorarregelung für die Vertragsfachärztinnen/-ärzte für **Pathologie** gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2018 bis 31. Dezember 2020.

A. Regelungen für 2018

- (1) Die Honorierung der Leistungen erfolgt bis zum 30. Juni 2018 nach den für diese Fachgruppe zum 31. Dezember 2017 gültigen Bestimmungen.
- (2) Mit Wirksamkeit vom 1. Juli 2018 wird die Position 51.1. geändert und lautet wie folgt:

Pos. 51.1. – „Gynäkologische Zytodiagnostik, pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger). Verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzten für Pathologie, die der WGKK 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. - 8,31 Euro“.

B. Regelungen für 2019

Mit Wirksamkeit vom 1. Juli 2019 wird die Position 54.10. geändert und lautet wie folgt:

Pos. 54.10. – „Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block – 9,60 Euro“

C. Regelungen für 2020

Mit Wirksamkeit vom 1. Oktober 2020 wird die Position 51.1. geändert und lautet wie folgt:

Pos. 51.1. – „Gynäkologische Zytodiagnostik, pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger). Verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzten für Pathologie, die der WGKK 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. - 8,81 Euro“.

X. Änderungen aus dem Gesamtvertrag

- (1) Die Job-Sharing-Vereinbarung gemäß Anlage 7 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 wurde überarbeitet und soll nunmehr als „Modell A“ bezeichnet werden (Anlage C).
- (2) Zur Attraktivitätssteigerung der entsprechenden Berufsgruppen, wurde für Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner sowie Fachärztinnen/-ärzte für Kinderheilkunde eine zusätzliche Regelungsoption im Rahmen des Job-Sharings (Modell B) auf Basis des Modells A vereinbart (Anlage D).
- (3) Die Vertragsparteien erwarten sich von diesen Maßnahmen eine Steigerung der Einbindung von Ärztinnen und Ärzten, welche bisher für die niedergelassene Tätigkeit im Sachleistungssystem nicht zur Verfügung standen und daraus resultierend kürzere Wartezeiten für die Versicherten, sowie generell eine Steigerung der Versorgung, insbesondere im kinderärztlichen Bereich. Jungärztinnen/-ärzten soll damit Gelegenheit verschafft werden, sich einen umfassenden Einblick in die Anforderungen der Kassenpraxis zu verschaffen, praktische Erfahrungen zu sammeln und sich so in weiterer Folge gegebenenfalls zur Bewerbung für die Übernahme einer Vertragsarztstelle oder eines Gruppenpraxengesellschafteranteils zu entschließen.
- (4) Die ÄK für Wien und die WGKK werden prüfen, ob die Etablierung eines gemeinsamen Systems möglich ist, in welches die Informationen über die geplanten und tatsächlichen Ordinationsöffnungen und Vertretungsfälle aktuell (real time) hinterlegt werden. Ziel ist unter anderem, Transparenz für beauskunftende Stellen wie „1450“ und „141“ sowie die Versicherten zu schaffen. Über dieses System erfolgt auch die Meldung, ob eine

Vertretung erfolgt. Diese Vertretungsdaten stehen Ärztekammer und Kasse elektronisch zur Verfügung. Die Vertragsparteien kommen überein, schnellstmöglich an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie die Österreichische Ärztekammer heranzutreten, um die Umsetzung über das e-card System zu prüfen. Ab Bestehen des geplanten Systems, frühestens per 1. Juli 2019, soll § 19 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 geändert werden wie folgt. Das Datum des Inkrafttretens wird mittels Brief und Gegenbrief von Kammer und Kasse festgelegt.

„§ 19 Vertretung

(1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung (ausgenommen die Fälle von §§ 20 bis 22) für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen Sorge zu tragen und dies tagesaktuell im von Kammer und Kasse eingerichteten elektronischen Meldesystem einzutragen. Mit Zustimmung der Kasse kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden.

(2) Vertretungen (auch regelmäßig, tageweise) sind im Fachgebiet Allgemeinmedizin bzw. bei allgemeinen Fachärzten mit fünf vertraglich festgelegten Öffnungstagen in der Woche bis zu einem Ausmaß von 100 Tagen je Kalenderjahr und für alle anderen allgemeinen Fachärzte bis zu einem Ausmaß von 80 Tagen je Kalenderjahr ohne Angabe von Gründen dann zulässig, wenn eine jeweils aktuelle Meldung im von Kammer und Kasse eingerichteten elektronischen Meldesystem erfolgt.

(3) Als Vertretungsärzte können all jene Ärzte herangezogen werden, welche der Kammer unverzüglich namentlich bekannt gegeben werden. Die Kammer hat der Kasse einmalig die nach Fachgruppen aufgeschlüsselte Liste an Vertretungsärzten, sowie in der Folge die Zu- und Abgänge unmittelbar zur Verfügung zu stellen. Hierbei erfolgt keine Zuordnung der Vertreter zu einzelnen Vertragsärzten.

(4) Kammer und Kasse haben das Recht, sich in begründeten Fällen gegen die Vertretung als solche bzw. die Person eines gemäß Absatz 3 genannten Vertreters auszusprechen. Wird ein Einspruch erhoben, ist die Kammer verpflichtet den Vertragsarzt sowie den Vertretungsarzt darüber in Kenntnis zu setzen. Der Vertragsarzt ist zudem verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem Kammer und Kasse einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies nach Ablauf des Monats als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

(5) Werden 100 bzw. 80 Vertretungstage im Kalenderjahr überschritten, so bedarf eine weitere Vertretung einer Genehmigung von Kammer und Kasse, welche auf begründeten Antrag erteilt wird. Die voraussichtliche Dauer der Vertretung ist in einem solchen Fall im Antrag anzuführen sowie im Meldesystem einzutragen. Die Bestimmungen von Abs. 4 gelten sinngemäß.

(6) Der 24. und der 31. Dezember werden als ordinationsfreie Tage bestimmt. Die Verpflichtung zur Vertreterbestellung gemäß Abs. 1 entfällt.

(7) Wird der Vertragsarzt vertreten, sind die Namen der Vertreter bei direktem Patientenkontakt für die Patienten erkennbar zu machen.“

Die Vertragsparteien erwarten sich von dieser Maßnahme eine flexible aber transparente und unbürokratische Erfüllung des Versorgungsauftrages und Ermöglichung einer Anpassung an unterschiedliche Lebenssituationen der Vertragsärztinnen/-ärzte (z.B. Familie, Alter,...).

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, die folgenden Paragraphen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 mit Wirkung vom 1. Juli 2018 zu ändern oder zu ergänzen, sodass diese lauten wie folgt:

a) § 16 Ärztliche Behandlung – Änderung des Abs. 2

Zur Einbindung und Aufwertung der nichtärztlichen Berufsgruppen und somit zur Entlastung der Vertrags(fach)ärztinnen/Vertrags(fach)ärzte in den Ordinationen, wird § 16 Abs. 2 geändert wie folgt:

„(2) Die vertragsärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst oder seinen ordnungsgemäß bestellten Vertreter (§ 19) auszuüben. Es bleibt ihm eigenverantwortlich überlassen, im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit einzelne Leistungen anderen Berufsgruppen entsprechend deren Berufsgesetze zu übertragen, sofern diese über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, und diese Leistungen mit der Kasse abzurechnen.“

b) § 20 Erkrankung – Änderung des Abs. 1

„(1) Ist die persönliche Verhinderung durch Erkrankung oder bei Vertragsärztinnen auch durch Schwangerschaft begründet, so entfällt die Verpflichtung zur Bestellung eines Vertreters gemäß § 19 für die Dauer der Erkrankung, längstens aber bis zum 49. Krankheitstag im Kalenderhalbjahr, bei schwangeren Vertragsärztinnen für den Zeitraum von 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Tag der Entbindung, für den Tag der Entbindung und 8 bzw. nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen 12 Wochen nach der Entbindung.“

c) § 21 Urlaub/Kurzfristige Schließung – Änderung des Abs. 1

„(1) Ist die persönliche Verhinderung durch Urlaub begründet, so entfällt die Verpflichtung zur Bestellung eines Vertreters gemäß § 19 für die Dauer desurlaubes nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.“

d) § 26 Behandlung in der Ordination – Änderung des Abs. 4

„(4) Die Übermittlung von Rezepten, Verordnungen oder Überweisungen bzw. die Mitgabe von solchen an dritte Personen ist nur bei Patienten zulässig, welche im betroffenen Quartal oder zumindest im Vorquartal einen unmittelbaren persönlichen Kontakt mit dem betreffenden Vertragspartner hatten, welcher die Ausstellung des Rezeptes oder Verordnung indizierte bzw. eine Überweisung notwendig erscheinen ließ und ein ausdrücklicher Wunsch des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters oder einer dem Arzt bekannten, den Patienten betreuenden Person (z.B. Angehörige, Heimhilfe) diesbezüglich besteht. In diesem Fall können – sofern der Patient in diesem Quartal keine weiteren Leistungen in Anspruch nimmt – nur die Fallpauschale und entsprechend der Fachrichtung entweder der Hausarztzuschlag oder der fachspezifische Zuschlag zur Abrechnung gebracht werden.“

e) § 37 Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt – Änderung der Abs. 3 und 5

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

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

f) § 47 Honorarabzüge und Honorareinbehalt – Änderung des Abs. 2

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

g) § 48 Gegenseitige Unterstützungspflicht – Änderung des Abs. 5

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

(6) Die Vertragsparteien kommen überein, die folgenden Paragraphen des Gesamtvertrags vom 1. Jänner 2011 mit Wirkung vom 1. Juli 2019 zu ändern oder zu ergänzen, sodass diese lauten wie folgt:

a) § 44 Administrative Mitarbeit – Streichung des Abs. 2 sowie Änderung der Abs. 4

„(3) wird zu (2)

(3) Alle für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Formulare werden dem Vertragsarzt von der Kasse kostenlos zum Download zur Verfügung gestellt. Die Formulare sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit Unterschrift und Stampiglie zu versehen. Sofern eine Verordnung auf zulässigem elektronischem Wege, beispielsweise mittels eKOS, erstellt wird, ist das Anbringen von Unterschrift und Stampiglie nicht notwendig.“

XI. Gemeinsame allgemeine Zielsetzungen

- (1) Etablierung einer Position für die Abrechnungsmöglichkeit einer Betreuung außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln und unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die Position soll im Rahmen eines befristeten Pilotprojekts für die Dauer von 1. Juli 2019 bis 31. Dezember 2020 für die Fachgruppen Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe abrechenbar sein.
- (2) Die Kammer verpflichtet sich, die Patientinnen und Patienten, die für eine Sedierung im Rahmen einer Koloskopie oder eine in diesem Zusammenhang stehende Leistung ein Privathonorar geleistet haben und sich in der Zeit bis 13. April 2018 an die Kasse gewendet haben bzw. die über andere Stellen an die WGKK herangetragen wurden, schadlos zu halten.
- (3) Mit der Einmalzahlung für allgemeine Fachärztinnen/-ärzte des Jahres 2019 ist auch eine Einigung verbunden, wonach alle geltend gemachten Ansprüche der Kasse gegen Vertragsfachärztinnen/-ärzte bzw. Vertragsfachgruppenpraxen im Rahmen der Doppelverrechnung von Koloskopie und Rectoskopie seitens der Kasse zurückgezogen werden. Ansprüche bei der Paritätischen Schiedskommission, die darüber hinausgehend geringfügige Beträge betreffen, werden ebenfalls seitens der Kasse zurückgezogen. Jedenfalls bleiben laufende Kündigungsverfahren sowie Verfahren vor der Paritätischen Schiedskommission, welche in erheblichem Ausmaß andere Positionen betreffen, in Bezug auf diese aufrecht.
- (4) Die Kammer stimmt der Errichtung einer Ambulanz für Kinder- und Jugendheilkunde im Gesundheitszentrum Wien Süd der Wiener Gebietskrankenkasse zu. Das Einvernehmen zur Errichtung dieser Ambulanz ist im Sinne des § 339 ASVG hergestellt und wird von der Kammer schriftlich bestätigt. Die Kammer wird alle weiteren Schritte zur Errichtung und zum Betrieb unterstützen.
- (5) Auf Grund der Etablierung des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie im Vertragsarztsystem, kann über die Ausschreibung von Stellen für dieses Fachgebiet unter denselben Bestimmungen wie bei den anderen Fachgebieten mit Beschluss im IVA entschieden werden.
- (6) Kammer und Kasse kommen überein, die Inhalte der Therapiezyklen gemäß § 16 Abs. 7 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 bzw. § 21 Abs. 10 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 zu evaluieren und gegebenenfalls gemeinsam thematisch anzupassen.

- (7) Kammer und Kasse kommen überein, ein System zur Ablösung des Ordinationsbedarfs zu entwickeln. Die Bestellung des Ordinationsbedarfs soll ab diesem Zeitpunkt nicht mehr über die Kasse erfolgen. Dieses soll mit 1. Jänner 2020 umgesetzt werden.
- (8) Kammer und Kasse kommen überein, das DMP Therapie Aktiv ab 1. Jänner 2019 in die Honorarordnung einzugliedern und die Tarife hierfür einvernehmlich zu adaptieren. Die bisher geltende Vereinbarung bleibt bis zu diesem Zeitpunkt in Geltung.
- (9) Das Formularbestellwesen der Kasse soll – von den Rezepten abgesehen – mit 1. Juli 2019 durch eine elektronische Lösung abgelöst werden. Ab diesem Zeitpunkt sollen die notwendigen Formulare den Vertragsärztinnen/-ärzten bzw. Gruppenpraxen seitens der Kasse zum Download und selbständigen Ausdruck zur Verfügung gestellt werden. Formulare jeglicher Art – abseits von Rezepten – werden ab diesem Zeitpunkt auf Papier durch die Kasse nicht mehr zur Verfügung gestellt. Dies wird unabhängig von den in der Präambel genannten Wirksamkeitsbedingungen umgesetzt. Weiters soll bis zu diesem Zeitpunkt auch die elektronische Rückmeldung der abrechnungsrelevanten Daten (Differenzprotokoll) von Kasse an die Vertragsärztinnen/-ärzte bzw. Gruppenpraxen ermöglicht werden.

Wien,

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Generaldirektor

Verbandsvorsitzender

Ärzttekammer für Wien

Der Vorsitzende der
Sektion Fachärzte

Die Vorsitzende der
Sektion Allgemeinmedizin

Der Kurienobmann der
niedergelassenen Ärzte

Der Präsident

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte

Die Obfrau

Anlagen:

Anlage A – Radiologie

Anlage B – Regelung Physikalische Medizin

Anlage C – Jobsharing Modell A

Anlage D - Jobsharing Modell B