

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

## **XI. 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) Dieses Zusatzprotokoll soll die Regelungen des X. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen auf das Jahr 2019 ergänzen. Die folgenden Bestimmungen werden von einer gesicherten Finanzierung gemäß Abs. 2 der Präambel des X. Zusatzprotokolls ausgehend getroffen.
- (2) Die zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossene gesamtvertragliche Vereinbarung über die Weiterentwicklung des e-card Systems (eKOS-Vereinbarung) wird diesem Zusatzprotokoll als Anlage I beigelegt, als Anlage 8 in den Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 aufgenommen und gilt als integrierter Bestandteil desselben.

### **II. Regelungen für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin**

#### **1. Änderung von Bezeichnungen im Rahmen des Tarifkataloges**

Im Sinne einer gendergerechten Formulierung der Tarifkataloge, wird der Tarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin in „Tarif für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin“ umbenannt. Zudem wird Punkt II. Allgemeine Sonderleistungen“ mit Wirksamkeit dieses Zusatzprotokolls als „II. Allgemeine Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Allgemeinmedizin“ benannt.

## 2. DMP-Therapie Aktiv

Das DMP-Therapie Aktiv wird mit 1. Jänner 2019 als „Therapie Aktiv“ in die Regelversorgung übernommen. Hierzu werden die folgenden Positionen unter dem Punkt „II. Allgemeine Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Allgemeinmedizin“ in den Tarifikatalog für die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin aufgenommen. Beginnend mit dem Jahr 2019 werden die folgenden Tarife jährlich zum 1. Jänner unter Heranziehung des Jahresindex an die Inflation angepasst. Die in den Erläuterungen angeführten Anlagen a bis g werden dem Zusatzprotokoll als Anlage II beigelegt.

- **„Pos. Ziff. 96 \*)** – *Erstbetreuung im Rahmen von Therapie Aktiv – 54,60 Euro*  
Anmerkung: *Wird einmalig bei Aufnahme einer Person in die Therapie Aktiv-Betreuung honoriert; als Leistungsdatum gilt das auf dem Dokumentationsbogen vermerkte Datum.“*
- **„Pos. Ziff. 97 \*)** – *Weiterbetreuung im Rahmen von Therapie Aktiv, nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Ziff. 96 oder Pos. Ziff. 97a verrechnet wird – 28,84 Euro*  
Anmerkung: *Wird pro Person maximal einmal pro Folgequartal nach der Erstbetreuung honoriert; als Leistungsdatum gilt das Datum der Erstkonsultation im Rahmen von Therapie Aktiv im jeweiligen Quartal.“*
- **„Pos. Ziff. 97a \*)** – *Feedback-Gespräch im Rahmen von Therapie Aktiv, nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Ziff. 96 oder Pos. Ziff. 97 verrechnet wird – 42,24 Euro*  
Anmerkung: *einmal jährlich; verrechenbar grundsätzlich in jenem Quartal, in dem die Jahresuntersuchung (Folgedokumentation) erfolgt; ein Folgedokumentationsbogen ist zu übermitteln.“*
- **„Pos. Ziff. 98 \*)** – *Gruppenschulung für nicht insulinpflichtige Patientinnen/Patienten – 690,39 Euro*  
Anmerkung: *Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 9 UE; mind. 6, max. 12 Patientinnen/Patienten.“*
- **„Pos. Ziff. 99 \*)** – *Gruppenschulung für insulinpflichtige Patientinnen/Patienten – 1.064,00 Euro*  
Anmerkung: *Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 12 UE; mind. 3, max. 5 Patientinnen/Patienten.“*

### \*) Erläuterungen:

- (1) *Das bisherige Projekt DMP-Therapie Aktiv wird mit 1. Jänner 2019 in den Honorartarif übernommen. Die folgenden Bedingungen müssen bei der Verrechnung der hierfür vorgesehenen Positionen beachtet werden.*
- (2) *An Therapie Aktiv teilnahmeberechtigt sind Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die über einen Ordinationssitz in Wien verfügen und die Strukturqualitätskriterien gemäß Anlage a erfüllen sowie die gemäß Abs. 3 notwendigen Schulungen absolviert haben. Die Voraussetzungen werden seitens der Kammer überprüft, welche die Beitrittserklärung der Ärztin/des Arztes gemäß Anlage b gemeinsam mit ihrer Stellungnahme an die Administrationsstelle der Wiener Gebietskrankenkasse weiterleitet. Die anschließende Aufnahme in die Liste der Therapie Aktiv-Ärztinnen/-Ärzte durch die Administrationsstelle, wird der Ärztin/dem Arzt schriftlich mitgeteilt. Die Liste ist im Internet ([www.therapie-aktiv.at](http://www.therapie-aktiv.at)) sowie im GIN-Intranet veröffentlicht.*

- (3) Die Schulung der Therapie Aktiv-Ärztinnen/-Ärzte erfolgt unter der Verantwortung der Kammer im Rahmen von Basis- und Fortbildungsschulungen sowie Qualitätszirkeln. Voraussetzung für die Teilnahme an Therapie Aktiv ist die Absolvierung der in Anlage c vorgesehenen Schulungen und Übermittlung der Bestätigungen an die Administrationsstelle.
- (4) Die Therapie Aktiv-Betreuung hat dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zu entsprechen und sich dabei primär nach der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv zu richten. Sie umfasst insbesondere folgende Leistungen:
- a. Leistungen bei der Erstbetreuung
    - Diagnosesicherung entsprechend der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv gemäß Anlage d bzw. der auf [www.therapie-aktiv.at](http://www.therapie-aktiv.at) abrufbaren Langfassung (sofern nicht bereits erfolgt)
    - Abklärung der Ein-/Ausschlusskriterien für Therapie Aktiv
    - Patienteninformation über die Teilnahme
    - Abwicklung der Patienteneinschreibung
    - Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten (Anlage e) ausfüllen (lassen) und elektronische Anmeldung zu Therapie Aktiv
    - Erstuntersuchung auf Begleit- und Folgeerkrankungen
      - i. Anamnese
      - ii. Monofilamenttest
      - iii. Check auf Neuropathie
      - iv. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung
      - v. Fußinspektion
    - Planung von Präventionsmaßnahmen
    - Festlegen und Dokumentieren einer Zielvereinbarung (Anlage f)
    - Ausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Diabetespässe, Therapie Aktiv-Broschüren, Folder, etc.)
    - Durchführung und elektronische Weiterleitung der Erstdokumentation (entspricht Anlage g)
    - Dokumentation im Patientenakt
  - b. Leistungen bei der Weiterbetreuung
    - Therapie Aktiv spezifische Untersuchungen auf Begleit- und Folgeerkrankungen so oft wie nötig, mind. 1x jährlich
      - i. Anamnese
      - ii. Monofilamenttest
      - iii. Check auf Neuropathie
      - iv. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung
      - v. Fußinspektion
    - Bewertung und gegebenenfalls Anpassung von Präventionsmaßnahmen, mind. 1x jährlich
    - Überprüfen, ev. Korrigieren der Zielvereinbarung, mind. 1x jährlich
    - Ausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Diabetespässe, Therapie Aktiv-Broschüren, Folder, etc.)
    - Durchführung und elektronische Weiterleitung der Folgedokumentation, mind. 1x jährlich
    - Dokumentation im Patientenakt
- (5) Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt entscheidet, wer als Patientin/Patient für Therapie Aktiv geeignet ist. Hierbei müssen folgende Einschreibekriterien kumulativ vorliegen:
- a. Gesicherte Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv (Anlage d)
  - b. Bereitschaft und Fähigkeit der Patientin/des Patienten zur aktiven Teilnahme am Programm;

- c. Fehlen von Ausschlusskriterien wie z.B. mentale Beeinträchtigung, Alkoholismus und Erkrankungen, die eine aktive Teilnahme der Patientin/des Patienten unmöglich machen.
- (6) Die Einschreibung der Patientin/des Patienten hat nach Feststellung der Diagnose und der Eignung sowie nach eingehender Information über das betreffende Programm und allfällige Risikofaktoren mittels Formular (Anlage e) zu erfolgen. Das Formular dient der Dokumentation der Einwilligung der Patientin/des Patienten. Die daraus resultierende Anmeldung zu Therapie Aktiv hat elektronisch zu erfolgen. Außerdem ist die Erstdokumentation mit der Patientin/dem Patienten auszufüllen und ebenfalls elektronisch zu übermitteln. Seitens der Administrationsstelle erfolgt am Quartalsende eine schriftliche Bestätigung über die Aufnahme der Patientin/des Patienten in das Therapie Aktiv-Programm an die Ärztin/den Arzt.
- (7) Eine Zielvereinbarung ist der Patientin/dem Patienten schriftlich mitzugeben (Formular Anlage f oder Diabetespass).
- (8) Jeder Therapie Aktiv-Patientin/jedem Therapie Aktiv-Patienten soll eine Diabetesschulung angeboten werden. Die Schulung der Patientinnen/Patienten erfolgt durch die Therapie Aktiv-Ärztin/ den Therapie Aktiv-Arzt bzw. in Kooperation mit einer Diabetesberaterin/einem Diabetesberater und/oder einer Diätologin/einem Diätologen. Die Schulung ist mittels einer Abrechnungsliste aller zu schulenden Patientinnen/Patienten bei der Administrationsstelle zu melden. Die Liste hat die Namen der Patientinnen/Patienten, deren Versicherungsnummer und den leistungszuständigen Versicherungsträger zu enthalten. Die Positionsnummer kann nach durchgeführter Schulung bei einer/einem teilnehmenden Versicherten stellvertretend für die gesamte Gruppe abgerechnet werden.
- (9) Die Administration der Behandlungen im Rahmen von Therapie Aktiv erfolgt über die Kasse.
- (10) Die Kosten für die Erhaltung der Strukturqualitätskriterien und jeglichen mit der Betreuung im Rahmen von Therapie Aktiv im Zusammenhang stehenden Verwaltungsaufwand sind mit dem tariflichen Honorar abgegolten. Eine Honorierung erfolgt nur dann, wenn die Therapie Aktiv-Betreuung vollständig durchgeführt (untrennbare Gesamtleistung) und der Dokumentationsbogen spätestens nach Ablauf von 5 Quartalen seit der letzten Übermittlung elektronisch übermittelt wird. Liegt dann keine gültige Dokumentation vor, so erfolgt so lange keine Honorierung der Weiterbetreuung, bis wieder eine gültige Dokumentation erfasst wurde. Wird der Dokumentationsbogen nicht elektronisch übermittelt, werden pro in Papierform übermittelten Bogen 3,00 Euro für die elektronische Erfassung einbehalten.
3. Ärztliche Koordinierungstätigkeit im Rahmen der hausärztlichen Betreuung sowie Ausstellung von Operationsfreigaben

Mit 1. Juli 2019 werden im Rahmen eines Pilotprojekts Verrechnungspositionen für die ärztliche Koordinationstätigkeit im Rahmen der hausärztlichen Betreuung sowie für die Ausstellung von Operationsfreigaben im Zuge der präoperativen Abklärung eingeführt. Die Verrechenbarkeit der im Folgenden angeführten Positionen ist mit dem 31. Dezember 2020 befristet. Sollte für das Jahr 2020 zudem keine Mitfinanzierungsvereinbarung mit der Stadt Wien getroffen werden können, in welcher diese sich zu einer Finanzierung der von den Verrechnungspositionen umfassten, koordinierenden bzw. spitalsentlastenden Maßnahmen bekennt, endet die Verrechenbarkeit bereits mit dem 31. Dezember 2019.

a) Geltung mit 1. Juli 2019

Mit 1. Juli 2019 werden die folgende Positionen als neue Sonderleistung in den Tarif für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin aufgenommen:

- „\*) **Pos. Ziff. 61** – *Ärztliche Koordinationstätigkeit im Rahmen der hausärztlichen Betreuung – 33 Punkte*

*Erläuterung: Verrechenbar bei intensivem ärztlichen Koordinationsbedarf mit Fondskrankenanstalten, Einrichtungen des Fonds Soziales Wien (FSW) sowie anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur optimalen Koordinierung von Pflegemaßnahmen, (Hauskrankenpflege und -betreuung, 24-Stunden-Pflegekräften, Mobiler Hilfsdienst, Case-Manager/innen im Sozialbereich, Hospiz und Palliativversorgung, davon ausgenommen sind Pflegeheime sowie Pflegestationen in Pensionisten- und Seniorenwohnheimen).*

*Die ärztliche Koordinationstätigkeit ist unter Angabe der zu koordinierenden Stellen/Stelle, der Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch oder sonstiges) sowie der Begründung für die erforderliche Koordination zu dokumentieren.“*

- „\*) **Pos. Ziff. 62** – *Ausstellung einer Operationsfreigabe im Zuge der präoperativen Abklärung – 33 Punkte*

*Erläuterung: Bei der Verrechnung dieser Position sind die anfordernde Krankenanstalt, die durchgeführten sowie veranlassten Untersuchungen sowie der Befundbericht zu dokumentieren.“*

*„\*) Die Pos. Ziff. 61 und Pos. Ziff. 62 können gemeinsam in maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechnet werden.“*

b) Geltung mit 1. Oktober 2020

Mit 1. Oktober 2020 wird das gemeinsame Limit der Pos. Ziff. 61 und Pos. Ziff. 62 angehoben wie folgt:

- „\*) Die Pos. Ziff. 61 und Pos. Ziff. 62 können gemeinsam in maximal 6 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechnet werden.“

4. Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel

Gemäß Punkt XI. Abs. 1 des X. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 wird mit Wirkung ab 1. Juli 2019 eine Abrechnungsmöglichkeit der Betreuung außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln und unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vorgesehen. Hierzu werden zu den Konsultationspositionen Pos. Ziff. 8c bis 8i jeweils korrelierende Pos. Ziff. 8ct bis 8it geschaffen, welche bei einer Konsultation anhand elektronischer Kommunikationsmittel statt der bisherigen Pos. Ziff. 8c bis 8i verrechnet werden sollen. Als Honorierung gebühren auch für die Pos. Ziff. 8ct bis 8it jeweils 10 Punkte. Darüber hinaus ist jede Konsultation zu kennzeichnen. Die genauen Durchführungsbestimmungen hierfür werden zwischen Kammer und Kasse in einer gesonderten Vereinbarung festgelegt.

Die Verrechnung dieser Positionen ist befristet bis 31. Dezember 2020 möglich.

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

a) Für den im X. Zusatzprotokoll unter Punkt II. B. 2 vereinbarten SVÖ-Bonus werden folgende ergänzende Bestimmungen festgelegt:

- (1) Der Einstieg in das Bonusmodell erfolgt jeweils zu Beginn eines Quartals, wobei die schriftliche Meldung für den Einstieg längstens bis zum Ablauf des zweitvorangegangenen Quartals im Weg über die Kammer bei der Kasse eingelangt sein muss.
- (2) Die Einstufung in die Bonusstufe gemäß X. Zusatzprotokoll Punkt II. B. 2 Abs. 5 und 6 erfolgt dabei auf Basis der Fallzahlen des dem Antrag vorangegangenen Kalenderjahres und gilt für ein Jahr. Als Fallzahlen berücksichtigt werden jene Fälle, bei denen eine Fallpauschale bzw. eine Vertretungsfallpauschale zur Auszahlung gelangten.
- (3) Die Ersteinstufung erfolgt mit 1. Juli 2019 und gilt für ein Jahr (4 Quartale). Per 1. Juli 2020 erfolgt eine etwaige Neueinstufung gemäß der Regelung von Abs. 2. Wurde die Mindestfallzahl von 1.200 im Kalenderjahr 2019 nicht erreicht, erlischt ab 1 Juli 2020 der Anspruch auf eine Bonuszahlung.
- (4) Die für das jeweilige Quartal gebührende Bonuszahlung ergibt sich aus der Anzahl der im betreffenden Quartal abgerechneten Fälle gemäß Abs. 2. Die Bonuszahlung wird jeweils mit der Endabrechnung eines Quartals überwiesen.

b) Festlegung eines Risikoausgleichs

- (1) Für die Auszahlung der Bonusbeträge der Stufe 1 (X. Zusatzprotokoll Punkt II. B. 2 Abs. 5) wurden zwischen Kammer und Kasse für den Zeitraum der Honorarregelungen für 2019 (X. Zusatzprotokoll Punkt II. B.) Finanzmittel in der Höhe von EUR 2.300.000,00 aus der im X. Zusatzprotokoll vereinbarten Tarifierhöhung budgetiert.
- (2) Sollten diese Mittel im Zeitraum der Quartale 3/2019 bis inklusive 2/2020 nicht ausgeschöpft werden, erfolgt rückwirkend eine tarifwirksame Umlegung der verbleibenden Mittel auf den Hausarztzuschlag (Pos. Ziff. 17).
- (3) Im Falle der Überschreitung der genannten Mittel im Beobachtungszeitraum erfolgt eine entsprechende tarifwirksame Kürzung des Hausarztzuschlages (Pos. Ziff. 17).

## 6. Weitere Sonderleistungsänderungen für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin

Die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Honorarkatalog der Vertragsfachärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin werden mit dem jeweils angeführten Datum geändert bzw. neu aufgenommen und lauten ab diesem Zeitpunkt wie folgt:

### a) Neue Positionen und Änderungen bestehender Positionen mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2019

- **„Pos. Ziff. 3 – Tagesvisite im häuslichen Bereich.** Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 49,00 Euro.

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.“

- **„Pos. Ziff. 9 – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde – 22,00 Euro**

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

- **„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 – 11,95 Euro“

- **„Pos. Ziff. 36 – Tagesvisite im Heimbereich** Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 49,00 Euro.

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

- „**Pos. Ziff. 58** – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde – 22,00 Euro.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 30 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.

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

- „\*) **Pos. Ziff. 665** – Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr – 12 Punkte

Erläuterungen: Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien, Reagenzien usw. sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.“

- „\*) **Pos. Ziff. 663** – CRP inkl. Blutabnahme, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 40 und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar – 16 Punkte“

„\*) Die Pos. Ziff. 663 und Pos. Ziff. 665 können gemeinsam in maximal 2 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechnet werden.“

b) Neue Positionen und Änderungen bestehender Positionen mit Wirksamkeit ab 1. Oktober 2020

- „**Pos. Ziff. 3** – Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 55,00 Euro.

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.“

- „**Pos. Ziff. 4** – Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung – 80,00 Euro“

- „**Pos. Ziff. 5** – Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19.00 und 7.00 Uhr – 90,00 Euro“

- „**Pos. Ziff. 6** – Zuschlag bei besonders aufwendiger Visite von
  - a) häuslich betreuten Pflegebedürftigen nach Spitalsaufenthalt oder
  - b) bei Patienten (mit oder ohne Pflegebedürftigkeit) mit schweren Erkrankungen, wie z.B. Pneumonie, Insult – Reinsult und diabetische Stoffwechsellage sowie Decubitus Stufe II und III, kardiale Insuffizienz, Niereninsuffizienz, etc. Maximal in 25 % der honorierten Pos. Ziff. 3, 9 und 58 je Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 30 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 7** – Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht – 14,00 Euro“
- „**Pos. Ziff. 9** – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde – 27,50 Euro

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

- „**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 – 14,37 Euro“
- „**Pos. Ziff. 24z** – Zuschlag für eine besonders zeitaufwendige Infusion bei Verabreichung eines der folgenden Medikamente:
  - a) Eisen
  - b) monoklonaler Antikörper, Immunglobuline
  - c) Thiocitacid
  - d) Diclofenac in Kombination mit Orphenadrin
  - e) vasoaktive Stoffe

Verrechenbar in 15 % der honorierten Pos. Ziff. 24 je Ärztin/Arzt und Quartal – 10 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 36** – Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 55,00 Euro.

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

- „**Pos. Ziff. 37** – Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde – 16,00 Euro.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebenden Patientinnen/Patienten im Rahmen ein und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patientinnen/Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patientinnen/Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt.

Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.“

- **„Pos. Ziff. 58** – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde – 27,50 Euro.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 30 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.

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

- **„Pos. Ziff. 90** – Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierender Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in maximal 23 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. – 20 Punkte
  - a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig.
  - b) Mit der "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese
  - c) Die Ärztin/der Arzt hat die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.
  - d) Die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.“
- **„Pos. Ziff. 65** – Heilmittelberatungsgespräch – 20 Punkte  
Die Position kann für folgende Leistungen verrechnet werden:
  - a) Durchforsten von Medikamentenlisten vorzugsweise z.B. mit Hilfe des Medikamentenpasses unter Berücksichtigung von Neben- und Wechselwirkungen etc. Aktualisierung der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverordnungen zu vermeiden und/oder
  - b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf kostengünstige Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars) und/oder

c) Empfehlung von heilmitteleretzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil).

Erläuterung: Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 – 10 Minuten zu dauern. Die Ärztin/der Arzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (a – c) beziehen und ist zumindest in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

Maximal einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. In 10 % der Fälle verrechenbar.“

- „**Pos. Ziff. 64** – Aderlass – 30 Punkte  
Einmal am Tag verrechenbar. Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.“

- „\*) **Pos. Ziff. 665** – Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr – 12 Punkte

Erläuterungen: Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien, Reagenzien usw. sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.“

- „\*) **Pos. Ziff. 663** – CRP inkl. Blutabnahme, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 40 und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar – 16 Punkte“

„\*) Die Pos. Ziff. 663 und Pos. Ziff. 665 können gemeinsam in maximal 4 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechnet werden.“

- „**Pos. Ziff. 819** – Orthopädische Manualtherapie, maximal 5 x pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 24 Punkte“

### **III. Regelungen für allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde)**

#### 1. DMP-Therapie Aktiv

Das DMP-Therapie Aktiv wird mit 1. Jänner 2019 als „Therapie Aktiv“ in die Regelversorgung übernommen. Hierzu werden die folgenden Positionen unter dem Punkt „II. Allgemeine Sonderleistungen“ in den Tarifikatalog für Allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde) aufgenommen. Beginnend mit dem Jahr 2019 werden die folgenden Tarife jährlich zum 1. Jänner unter Heranziehung des Jahresindex an die Inflation angepasst. Die in den Erläuterungen angeführten Anlagen a bis g werden dem Zusatzprotokoll als Anlage II beigelegt.

f) „**Pos. Ziff. 96** \*) – Erstbetreuung im Rahmen von Therapie Aktiv – 54,60 Euro  
Anmerkung: Wird einmalig bei Aufnahme einer Person in die Therapie Aktiv-Betreuung honoriert; als Leistungsdatum gilt das auf dem Dokumentationsbogen vermerkte Datum.“

g) „**Pos. Ziff. 97** \*) – Weiterbetreuung im Rahmen von Therapie Aktiv, nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Ziff. 96 oder Pos. Ziff. 97a verrechnet wird – 28,84 Euro

Anmerkung: Wird pro Person maximal einmal pro Folgequartal nach der Erstbetreuung honoriert; als Leistungsdatum gilt das Datum der Erstkonsultation im Rahmen von Therapie Aktiv im jeweiligen Quartal.“

h) „**Pos. Ziff. 97a** \*) – Feedback-Gespräch im Rahmen von Therapie Aktiv, nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Ziff. 96 oder Pos. Ziff. 97 verrechnet wird – 42,24 Euro

Anmerkung: einmal jährlich; verrechenbar grundsätzlich in jenem Quartal, in dem die Jahresuntersuchung (Folgedokumentation) erfolgt; ein Folgedokumentationsbogen ist zu übermitteln.“

i) „**Pos. Ziff. 98** \*) – Gruppenschulung für nicht insulinpflichtige Patientinnen/Patienten – 690,39 Euro

Anmerkung: Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 9 UE; mind. 6, max. 12 Patientinnen/Patienten.“

j) „**Pos. Ziff. 99** \*) – Gruppenschulung für insulinpflichtige Patientinnen/Patienten – 1.064,00 Euro

Anmerkung: Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 12 UE; mind. 3, max. 5 Patientinnen/Patienten.“

\*) Erläuterungen:

- (1) Das bisherige Projekt DMP-Therapie Aktiv wird mit 1. Jänner 2019 in den Honorartarif übernommen. Die folgenden Bedingungen müssen bei der Verrechnung der hierfür vorgesehenen Positionen beachtet werden.
- (2) An Therapie Aktiv teilnahmeberechtigt sind Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Innere Medizin, die über einen Ordinationssitz in Wien verfügen und die Strukturqualitätskriterien gemäß Anlage a erfüllen sowie die gemäß Abs. 3 notwendigen Schulungen absolviert haben. Die Voraussetzungen werden seitens der Kammer überprüft, welche die Beitrittserklärung der Ärztin/des Arztes gemäß Anlage b gemeinsam mit ihrer Stellungnahme an die Administrationsstelle der Wiener Gebietskrankenkasse weiterleitet. Die anschließende Aufnahme in die Liste der Therapie Aktiv-Ärztinnen/-Ärzte durch die Administrationsstelle, wird der Ärztin/dem Arzt schriftlich mitgeteilt. Die Liste ist im Internet ([www.therapie-aktiv.at](http://www.therapie-aktiv.at)) sowie im GIN-Intranet veröffentlicht.
- (3) Die Schulung der Therapie Aktiv-Ärztinnen/-Ärzte erfolgt unter der Verantwortung der Kammer im Rahmen von Basis- und Fortbildungsschulungen sowie Qualitätszirkeln. Voraussetzung für die Teilnahme an Therapie Aktiv ist die Absolvierung der in Anlage c vorgesehenen Schulungen und Übermittlung der Bestätigungen an die Administrationsstelle.
- (4) Die Therapie Aktiv-Betreuung hat dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zu entsprechen und sich dabei primär nach der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv zu richten. Sie umfasst insbesondere folgende Leistungen:

- a. Leistungen bei der Erstbetreuung
    1. Diagnosesicherung entsprechend der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv gemäß Anlage d bzw. der auf [www.therapie-aktiv.at](http://www.therapie-aktiv.at) abrufbaren Langfassung (sofern nicht bereits erfolgt)
    2. Abklärung der Ein-/Ausschlusskriterien für Therapie Aktiv
    3. Patienteninformation über die Teilnahme
    4. Abwicklung der Patienteneinschreibung
    5. Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten (Anlage e) ausfüllen (lassen) und elektronische Anmeldung zu Therapie Aktiv
    6. Erstuntersuchung auf Begleit- und Folgeerkrankungen
      - a. Anamnese
      - b. Monofilamenttest
      - c. Check auf Neuropathie
      - d. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung
      - e. Fußinspektion
    7. Planung von Präventionsmaßnahmen
    8. Festlegen und Dokumentieren einer Zielvereinbarung (Anlage f)
    9. Ausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Diabetespässe, Therapie Aktiv-Broschüren, Folder, etc.)
    10. Durchführung und elektronische Weiterleitung der Erstdokumentation (entspricht Anlage g)
    11. Dokumentation im Patientenakt
  - b. Leistungen bei der Weiterbetreuung
    1. Therapie Aktiv spezifische Untersuchungen auf Begleit- und Folgeerkrankungen so oft wie nötig, mind. 1x jährlich
      - a. Anamnese
      - b. Monofilamenttest
      - c. Check auf Neuropathie
      - d. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung
      - e. Fußinspektion
    2. Bewertung und gegebenenfalls Anpassung von Präventionsmaßnahmen, mind. 1x jährlich
    3. Überprüfen, ev. Korrigieren der Zielvereinbarung, mind. 1x jährlich
    4. Ausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Diabetespässe, Therapie Aktiv-Broschüren, Folder, etc.)
    5. Durchführung und elektronische Weiterleitung der Folgedokumentation, mind. 1x jährlich
    6. Dokumentation im Patientenakt
- (5) Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt entscheidet, wer als Patientin/Patient für Therapie Aktiv geeignet ist. Hierbei müssen folgende Einschreibekriterien kumulativ vorliegen:
- a. Gesicherte Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv (Anlage d)
  - b. Bereitschaft und Fähigkeit der Patientin/des Patienten zur aktiven Teilnahme am Programm;
  - c. Fehlen von Ausschlusskriterien wie z.B. mentale Beeinträchtigung, Alkoholismus und Erkrankungen, die eine aktive Teilnahme der Patientin/des Patienten unmöglich machen.

- (6) *Die Einschreibung der Patientin/des Patienten hat nach Feststellung der Diagnose und der Eignung sowie nach eingehender Information über das betreffende Programm und allfällige Risikofaktoren mittels Formular (Anlage e) zu erfolgen. Das Formular dient der Dokumentation der Einwilligung der Patientin/des Patienten. Die daraus resultierende Anmeldung zu Therapie Aktiv hat elektronisch zu erfolgen. Außerdem ist die Erstdokumentation mit der Patientin/dem Patienten auszufüllen und ebenfalls elektronisch zu übermitteln. Seitens der Administrationsstelle erfolgt am Quartalsende eine schriftliche Bestätigung über die Aufnahme der Patientin/des Patienten in das Therapie Aktiv-Programm an die Ärztin/den Arzt.*
- (7) *Eine Zielvereinbarung ist der Patientin/dem Patienten schriftlich mitzugeben (Formular Anlage f oder Diabetespass).*
- (8) *Jeder Therapie Aktiv-Patientin/jedem Therapie Aktiv-Patienten soll eine Diabetesschulung angeboten werden. Die Schulung der Patientinnen/Patienten erfolgt durch die Therapie Aktiv-Ärztin/ den Therapie Aktiv-Arzt bzw. in Kooperation mit einer Diabetesberaterin/einem Diabetesberater und/oder einer Diätologin/einem Diätologen. Die Schulung ist mittels einer Abrechnungsliste aller zu schulenden Patientinnen/Patienten bei der Administrationsstelle zu melden. Die Liste hat die Namen der Patientinnen/Patienten, deren Versicherungsnummer und den leistungszuständigen Versicherungsträger zu enthalten. Die Positionsnummer kann nach durchgeführter Schulung bei einer/einem teilnehmenden Versicherten stellvertretend für die gesamte Gruppe abgerechnet werden.*
- (9) *Die Administration der Behandlungen im Rahmen von Therapie Aktiv erfolgt über die Kasse.*
- (10) *Die Kosten für die Erhaltung der Strukturqualitätskriterien und jeglichen mit der Betreuung im Rahmen von Therapie Aktiv im Zusammenhang stehenden Verwaltungsaufwand sind mit dem tariflichen Honorar abgegolten. Eine Honorierung erfolgt nur dann, wenn die Therapie Aktiv-Betreuung vollständig durchgeführt (untrennbare Gesamtleistung) und der Dokumentationsbogen spätestens nach Ablauf von 5 Quartalen seit der letzten Übermittlung elektronisch übermittelt wird. Liegt dann keine gültige Dokumentation vor, so erfolgt so lange keine Honorierung der Weiterbetreuung, bis wieder eine gültige Dokumentation erfasst wurde. Wird der Dokumentationsbogen nicht elektronisch übermittelt, werden pro in Papierform übermittelten Bogen 3,00 Euro für die elektronische Erfassung einbehalten.*

## 2. Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel

Gemäß Punkt XI. Abs. 1 des X. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 soll für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Gynäkologie die Abrechnungsmöglichkeit der Betreuung außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln und unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vorgesehen werden. Die genauen Durchführungsbestimmungen hierfür werden zwischen Kammer und Kasse in einer gesonderten Vereinbarung festgelegt.

3. Sonderleistungsänderungen für Allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde)

- a) Der Tarif für Allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B zum Gesamtvertrag) wird mit Wirkung ab 1. Juli 2019 umbenannt und lautet ab diesem Zeitpunkt „Tarif für Allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde)“.
- b) Die im Folgenden aufgelisteten allgemeinen Sonderleistungen und Sonderleistungen aus dem Fachgebiet werden mit dem jeweils angegebenen Zeitpunkt geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

(1) Allgemeine Sonderleistungen mit Wirkung ab 1. Juli 2019

- **„Pos. Ziff. 3 – Tagesvisite im häuslichen Bereich.** Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 49,00 Euro.

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.“

- **„Pos. Ziff. 9 – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde – 22,00 Euro**

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

- **„Pos. Ziff. 36 – Tagesvisite im Heimbereich** Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 49,00 Euro.

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

- „**Pos. Ziff. 58** – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde – 22,00 Euro.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 30 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.

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

## (2) Allgemeine Sonderleistungen mit Wirkung ab 1. Oktober 2020

- „**Pos. Ziff. 3** – Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzelner in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 55,00 Euro.

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.“

- „**Pos. Ziff. 4** – Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung – 80,00 Euro“
- „**Pos. Ziff. 5** – Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19.00 und 7.00 Uhr – 90,00 Euro“
- „**Pos. Ziff. 7** – Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht – 14,00 Euro“
- „**Pos. Ziff. 9** – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde – 27,50 Euro

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

- **„Pos. Ziff. 36 – Tagesvisite im Heimbereich** Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 55,00 Euro.

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

- **„Pos. Ziff. 37 – Jede weitere Intervention im Heimbereich** (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde – 16,00 Euro.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebenden Patientinnen/Patienten im Rahmen ein und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patientinnen/Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patientinnen/Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt.

Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.“

- **„Pos. Ziff. 58 – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt,** die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde – 27,50 Euro.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 30 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.

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

(3) Fachgebiet Chirurgie mit Wirkung ab 1. Juli 2019

- „\* **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 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").*

*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/Vertragsfachärzte 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.“*

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

##### 1. Konkretisierungen zum X. Zusatzprotokoll

###### (1) **Punkt III. B. 1. Abs. 1 des X. Zusatzprotokolls**

Die Regelung der ergänzenden Einmalzahlung in der Höhe von insgesamt 6.200.000,00 Euro, die anteilig an alle allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen ausbezahlt wird, die per Jänner 2019 in einem Vertragsverhältnis mit der Wiener Gebietskrankenkasse stehen, ist auch für Vertragsärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde gültig. Diese Einmalzahlung wird gemeinsam mit der Endzahlung für das 1. Quartal 2019 anteilig an die betreffenden Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen (pro Gesellschafterin/Gesellschafter) ausbezahlt.

**(2) Punkt IV. A. Abs. 4 des X. Zusatzprotokolls**

Es wird klargestellt, dass die im Folgenden angeführten Positionen auch von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde verrechnet werden können, welche bereits vor Abschluss des X. Zusatzprotokolls über eine entsprechende Berechtigung verfügten:

- Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit dem Additivfach Kinderkardiologie können über Ansuchen im Einvernehmen von Kammer und Kasse die Verrechnungsberechtigung zu den für das Fachgebiet Innere Medizin jeweils gültigen Konditionen für folgende Sonderleistungspositionen erhalten:  
Pos. Ziff. 629, 633, 645, 646
- Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit dem Additivfach Neurologie können über Ansuchen im Einvernehmen von Kammer und Kasse 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, N4, N5, N6, N19. Pos. Ziff. N19 kann nicht im selben Quartal mit Pos. Ziff. 682 abgerechnet werden.

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

- (1) Mit Wirkung vom 1. Juli 2019 wird für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde ein Bonus für Sachleistungsversorgungswirksamkeit und Öffnungszeitenausdehnung („SVÖ-Bonus“) eingeführt.
- (2) Grundlegende Voraussetzung um einen Anspruch auf Bonuszahlungen zu erwerben, ist die Verpflichtung zu einer wöchentlichen Mindestordinationszeit von 25 Wochenstunden.
- (3) Anspruch auf Ausschüttung einer Bonuszahlung entsteht, wenn die Voraussetzung gemäß Punkt 2. erfüllt ist und in einem Quartal mindestens 700 Fälle abgerechnet werden.
- (4) Der Einstieg in das Bonusmodell erfolgt jeweils zu Beginn eines Quartals, wobei die schriftliche Meldung für den Einstieg längstens bis zum Ablauf des zweitvorangegangenen Quartals im Weg über die Kammer bei der Kasse eingelangt sein muss.
- (5) Die Einstufung in die Bonusstufe gemäß Abs. 7 erfolgt dabei auf Basis der Fallzahlen des dem Antrag vorangegangenen Kalenderjahres und gilt für ein Jahr. Als Fallzahlen berücksichtigt werden jene Fälle, bei denen eine Fallpauschale bzw. eine Vertretungsfallpauschale zur Auszahlung gelangten.
- (6) Die Ersteinstufung erfolgt mit 1. Juli 2019 und gilt für ein Jahr (4 Quartale). Per 1. Juli 2020 erfolgt eine etwaige Neueinstufung gemäß der Regelung von Abs. 5.

- (7) Die für das jeweilige Quartal gebührende Bonuszahlung ergibt sich aus der Anzahl der im betreffenden Quartal abgerechneten Fälle und dem für diese Anzahl an Fällen in der nachfolgenden Tabelle angegebenen Zuschlag pro Fall.

	bis 1.125 Fälle	bis 1.250 Fälle	bis 1.375 Fälle	bis 1.500 Fälle	bis 1.625 Fälle	bis 1.750 Fälle	bis 2.500 Fälle	über 2.500 Fälle
Zuschlag pro Fall in Euro	3,00	3,50	4,00	4,40	4,80	5,20	5,60	6,00

- (8) Die Bonuszahlung wird jeweils mit der Endabrechnung eines Quartals überwiesen.

### 3. Neues Honorierungsmodell

- (1) Mit Wirkung vom 30. Juni 2019 treten die das Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde betreffenden Regelungen aus dem Tarif für Allgemeine Vertragsfachärzte Anlage B zum Gesamtvertrag außer Kraft.
- (2) Mit Wirkung vom 1. Juli 2019 erfolgt die Abgeltung der Leistungen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde nach den Bestimmungen von Anlage III dieses Zusatzprotokolls.
- (3) Im Rahmen der Umstellung des Honorarkataloges kam es zur Aufnahme folgender neuer Leistungen:
- **„Pos. Ziff. 671 – Transkutane Bilirubinmessung bei Icterus neonatorum bei Neugeborenen**  
Verrechenbar entsprechend den Zulassungskriterien des verwendeten Gerätes, jedoch maximal bis zum 20. Lebensstag des Kindes, in maximal 3,5 % der Fälle der Altersgruppe bis zum vollendeten 1. Lebensjahr pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.  
Bei klinischer Relevanz ist eine Wiederholungsmessung in maximal 50 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 671 honoriert wird, verrechenbar.  
Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln – 15,00 Euro“
  - **„Pos. Ziff. 677 – Tympanometrie bei persistierendem Seromucotympanon je Sitzung in maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.**  
Mit dem Tarif ist, sofern erforderlich, die Untersuchung beider Ohren abgegolten – 36 Punkte“
  - **„Pos. Ziff. 675 – Endokrinologische Abklärung und Therapieeinleitung bei Diabetes, Wachstumsstörung, Störungen der Sexualentwicklung und Störungen der Genitaldifferenzierung, in maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 72 Punkte“**

- „**Pos. Ziff. 676** – *Detaillierte genormte diagnostische Entwicklungsuntersuchung mit standardisierten Erhebungsinstrumenten bei Kindern (z.B. Denver-Test, Münchner Funktioneller Entwicklungstest), in maximal 10 % der Fälle pro Arzt/Ärztin und Quartal verrechenbar – 109 Punkte*“

(4) Mit Wirkung vom 1. Juli 2019 sind die in der folgenden Tabelle aufgelisteten Sonderleistungen durch die mit ab diesem Zeitpunkt gültigen altersspezifischen Fallpauschalen abgegolten:

<b>Pos.Ziff.</b>	<b>Sonderleistungsbezeichnung</b>
21	Eigenblutinjektion (höchstens 10) inkl. Blutentnahme
22	Intraarterielle Injektion
23	Infusion s.c.
25	Leistungs- oder Infiltrationsanästhesie bei Operationen
26	Stellatum- oder Ganglienblockade
27	Plexus-, Lumbal- oder Sacralanästhesie
28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)
29	Injektion i.v.
30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk
31	Punktion einer kleinen oberflächlichen Höhle, eines oder mehrerer kleiner Gelenke, eines Seroms, eines kalten Abszesses, einer Bursa etc., intraarticul. Injektion in ein oder mehrere kleine Gelenke
35	Diagnostische Gelenkspunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocelenpunktion
44	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird  Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 45 verrechenbar.
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus  Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 44 verrechenbar.

46	Magenausheberung oder Spülung
47	Digitale rectale Untersuchung
50	Luxation; Einrichtung und erster Verband einer traumatischen Luxation (mit Ausnahme von Zehen und Fingern)
51	Luxation; Einrichtung und erster Verband bei Fingern und Zehen
52	Zinkleimverband
53	Gipsverband (Elastoplastverband und Tapeverbände ausgenommen) der Hand und des Unterarms, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenks
54	Gipsverband (Elastoplastverband und Tapeverbände ausgenommen) der Hand und des Unterarms und des Oberarms, des Fußes und des Unterschenkels und des Oberschenkels, der Clavicula, Halskrawatte
55	Anbringung eines Gehbügels
56	Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden
57	Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen
60	Rausch- oder i.v. Kurznaarkose
70	Implantation von Gewebeteilen oder Hormonkristallen mittels Troikart einschließlich Anästhesie
71	Operative Implantation von Gewebeteilen oder Hormonkristallen
72	Hühneraugen- oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar (ausgenommen Excision und Naht)  Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.
73	Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen etc.) pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar  Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.
74	Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl., pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar  Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.

75	<p>Incision von Panaritien aller Art.</p> <p>Erläuterungen: Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar.</p>
76	<p>Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar</p> <p>Erläuterungen: Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar. Die Regionen sind zwingend anzuführen.</p>
78	Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters
79	Zahnextraktion ohne Anästhesie
80	Beistand bei Geburt als Erste Hilfe
81	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie
82	<p>Nasentamponade</p> <p>Erläuterungen: bei mehrfacher Verrechnung ist die Notwendigkeit zu dokumentieren und entsprechend zu begründen.</p>
83	Politzer, je Seite
84	Zuschlag für Ordination oder Visite bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, einmal im Quartal verrechenbar
655	Granulombehandlung inkl. Abtragung eines gestielten Granuloms
659	Cerumenentfernung therapeutische Ohrspülung, je Seite, verrechenbar in 15 % der Fälle pro Quartal.
667	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie
668	Unblutige Reposition der Paraphimose
673	Lösung der Conglutation
680	<p>Erstmalige Anlage eines Somatogramms bei klinisch begründetem Verdacht auf Minder- oder Riesenwuchs, Untergewicht, Adipositas, Mikro- oder Macrocephalie.</p> <p>Verrechenbar in 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal.</p>

	Erläuterungen: Diese Leistung kann nur einmal pro Patientin/Patient und Ärztin/Arzt erfolgen. Das Somatogramm ist aufzubewahren und bei Folgebesuchen zu verwenden.
681	Fortführung eines Somatogramms, abrechenbar in 30 % der Fälle
682	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patientin/Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.
690	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient im Quartal verrechenbar
<u>RI</u>	<u>Regiezuschlag</u>

#### 4. Tariferhöhung mit 1. Oktober 2020

- (1) Bezüglich der mit Wirksamkeit ab 1. Oktober 2020 bereits beschlossenen weiteren 10%igen Tariferhöhung für die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde wird festgelegt, zur genaueren Regelung der Verwendung derselben die Erfahrungen aus der Umsetzung des neuen Modells abzuwarten.
- (2) Sollte bis zum 1. Oktober 2020 nichts Gegenteiliges vereinbart werden, wird diese Tariferhöhung abzüglich der auf die durch die Erhöhung der Visiten und der Pos. Ziff. 689 (Allergologische Exploration) entfallenden Honorarmittel dazu herangezogen, die mit 1. Juli 2019 eingeführten altersbezogenen Fallpauschalien per 1. Oktober 2020 linear zu erhöhen.

#### 5. Wochenend- und Feiertagsversorgung

- (1) Grundsätzlich wurde vereinbart, dass jeweils 3 Ordinationen pro Tag zum Dienst der Wochenend- und Feiertagsversorgung der Kinder- und Jugendheilkunde eingeteilt werden. Die Teilnahme der einzelnen Ordinationen basiert auf Freiwilligkeit.
- (2) Auf Grund saisonaler Gegebenheiten sollen für den Wochenenddienst der Kinder- und Jugendheilkunde in den folgenden Monaten weniger bzw. mehr Ordinationen (abweichend von 3 Ordinationen/Wochenend- bzw. Feiertag) festgelegt werden:
  - Juni, Juli und August: 2-fache Besetzung
  - Jänner, Februar und März: 4-fache Besetzung
- (3) Änderungen der Bestimmungen gemäß Abs. 2 können durch den IVA bis Ende Oktober fürs Folgejahr festgelegt werden. Es ist zu beachten, dass im Durchschnitt 3 Ordinationen/Wochenende bzw. Feiertag besetzt sind.

- (4) Die Organisation der Wochenend- und Feiertagsversorgung erfolgt über die Kammer.
- (5) Seitens der Kammer ist zu Beginn des Jahres ein Plan mit allen teilnehmenden Ordinationen je Wochenendtag bzw. Feiertag für das ganze Jahr zu erstellen, zu veröffentlichen und zu bewerben.

#### 6. Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel

Gemäß Punkt XI. Abs. 1 des X. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 wird mit Wirkung ab 1. Juli 2019 für alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde eine Abrechnungsmöglichkeit der Betreuung außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln und unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vorgesehen. Hierzu werden zu den Konsultationspositionen Pos. Ziff. 8d bis 8h jeweils korrelierende Pos. Ziff. 8dt bis 8ht geschaffen, welche bei einer Konsultation anhand elektronischer Kommunikationsmittel statt der bisherigen Pos. Ziff. 8d bis 8h verrechnet werden sollen. Als Honorierung gebühren auch für die Pos. Ziff. 8dt bis 8ht jeweils 5 Punkte. Darüber hinaus ist jede Konsultation zu kennzeichnen. Die genauen Durchführungsbestimmungen hierfür werden zwischen Kammer und Kasse in einer gesonderten Vereinbarung festgelegt.

Die Verrechnung dieser Positionen ist befristet bis 31. Dezember 2020 möglich.

### V. Regelungen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie

Mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2019 kommt es zu einer Zusammenfassung der Pos. Ziff. 113 und 114. Somit lauten die betreffenden Positionen ab diesem Zeitpunkt wie folgt:

- „**Pos. Ziff. 113** – *Ober- bzw. Unterkiefer, je Seite – 23,19 Euro*“
- **Pos. Ziff. 114** – wird gestrichen

### VI. Änderungen aus dem Gesamtvertrag

#### 1. Jobsharing

Die Vereinbarungen betreffend die Teilung von Vertragsarztstellen – Anlage 7/Modell A sowie Anlage 7/Modell B zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 – wird mit Wirkung vom 1. Jänner 2019 wie folgt ergänzt bzw. geändert:

### 1.1. Anlage 7/Modell A

#### a) **§ 5 – Rechtswirkungen der Teilung** – Ergänzung eines Abs. 7

*„(7) Die bisherige Einzelvertragsärztin/der bisherige Einzelvertragsarzt ist zu einer Arbeitsverrichtung im Ausmaß von zumindest 50 % der Ordinationsöffnungszeiten verpflichtet. Die Teilungspartnerin/der Teilungspartner kann die Vertragspartnerin/den Vertragspartner in begründeten Ausnahmefällen vertreten. Diese richten sich nach den in §§ 19 bis 22 des Gesamtvertrages geregelten Fällen.“*

#### b) **§ 7 – Beendigungsgründe** – wird in Abs. 1 um einen vierten Unterpunkt ergänzt wie folgt:

*„ - bei Eintritt eines Erlöschenstatbestandes gemäß § 343 Abs. 3 ASVG in Bezug auf eine/n der beiden Partnerinnen/Partner sowie bei Kündigung des Kassenvertrages gemäß § 343 Abs. 4 ASVG“*

#### c) **§ 9 – Honorierung** – Änderung des Abs. 2 sowie Einfügung eines neuen Ab. 5, die bisherigen Abs. 5 und 6 werden zu Abs. 6 und 7

*„(2) Auf Basis der Abrechnungen der letzten vier Quartale der bisherigen Einzelvertragsinhaberin/des bisherigen Einzelvertragsinhabers vor der Teilung des Vertrages wird für jeden geteilten Einzelvertrag ein individueller, für die Dauer des geteilten Vertrags geltender Honorarsummenmesspunkt ermittelt. Zur Berechnung des Honorarsummenmesspunkts werden ausschließlich kurative Leistungen herangezogen. Liegt der individuelle Honorarsummenmesspunkt unter dem von der Fachgruppe liegenden Durchschnitt des abgerechneten kurativen Honorars wird als individueller Honorarsummenmesspunkt der Fachgruppenschnittschnitt des abgerechneten kurativen Honorars festgelegt. Der individuelle Honorarsummenmesspunkt wird jährlich per 1. Juli entsprechend der Entwicklung des Fachgruppenschnittschnitts des abgerechneten kurativen Honorars des vergangenen Leistungsjahres 1. Jänner bis 31. Dezember wertgesichert, sobald mindestens vier Quartale abgerechnet wurden.*

*(5) Für die in den Abs. 3 und 4 festgelegte Kürzung gilt als Betrachtungszeitraum jeweils ein Jahr, wobei sich das Jahr aus den vier Quartalen ab Eintritt der Job-Sharing-Regelung mit der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner bildet. Innerhalb dieses Betrachtungszeitraums werden die abgerechneten kurativen Honorarsummen der Vertragspartnerin/des Vertragspartners addiert. In jenem Quartal des Betrachtungsjahrs in dem die Summe der abgerechneten Honorare den Jahreswert des Honorarsummenmesspunktes überschritten wird, wird die Degression wirksam und der entsprechende Abzug erfolgt.*

*(5) wird zu (6)*

*(6) wird zu (7)“*

### 1.2. Anlage 7/Modell B

#### a) **§ 5 - Rechtswirkungen der Teilung**– Ergänzung eines Abs. 7

*„(7) Die bisherige Einzelvertragsärztin/der bisherige Einzelvertragsarzt ist zu einer Arbeitsverrichtung im Ausmaß von zumindest 50 % der Ordinationsöffnungszeiten verpflichtet. Die Teilungspartnerin/der Teilungspartner kann die Vertragspartnerin/den Vertragspartner in begründeten Ausnahmefällen vertreten. Diese richten sich nach den in §§ 19 bis 22 des Gesamtvertrages geregelten Fällen.“*

- b) **§ 7 – Beendigungsgründe** – wird in Abs. 1 um einen vierten Unterpunkt ergänzt wie folgt:

*„ - bei Eintritt eines Erlöschenstatbestandes gemäß § 343 Abs. 3 ASVG in Bezug auf eine/n der beiden Partnerinnen/Partner sowie bei Kündigung des Kassenvertrages gemäß § 343 Abs. 4 ASVG“*

- c) **§ 9 – Honorierung** – wird geändert und lautet wie folgt:

*„(1) Die Honorierung der von den Vertragsinhaberinnen/Vertragsinhabern im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen erfolgt, soweit im Folgenden nichts anderes festgelegt wird, gemäß den Bestimmungen der für die jeweilige Fachgruppe geltenden Honorarordnung.*

*(2) Auf Basis der Abrechnungen der letzten vier Quartale der bisherigen Einzelvertragsinhaberin/des bisherigen Einzelvertragsinhabers vor der Teilung des Vertrags wird für jeden geteilten Einzelvertrag ein individueller, für die Dauer des geteilten Vertrags geltender Honorarsummenmesspunkt ermittelt. Zur Berechnung des Honorarsummenmesspunkts werden ausschließlich kurative Leistungen herangezogen. Liegt der Wert der Abrechnungssumme der letzten vier Quartal vor Eintritt der Vertragsteilung unter dem von der Fachgruppe liegenden Durchschnitt des abgerechneten kurativen Honorars des gleichen Zeitraumes, wird der um 50 % erhöhte Fachgruppenschnitt als individueller Honorarsummenmesspunkt festgelegt. Liegt der Wert der Abrechnungssumme der letzten vier Quartal vor Eintritt der Vertragsteilung über dem Fachgruppenschnitt, wird der um 50 % erhöhte Wert der Honorarsummen der letzten vier Quartal vor Eintritt der Vertragsteilung als individueller Honorarsummenmesspunkt herangezogen. Der individuelle Honorarsummenmesspunkt wird jährlich per 1. Juli entsprechend der Entwicklung des Fachgruppenschnitts des abgerechneten kurativen Honorars des vergangenen Leistungsjahres 1. Jänner bis 31. Dezember wertgesichert, sobald mindestens vier Quartale abgerechnet wurden.*

*(3) Übersteigt die abgerechnete kurative Honorarsumme eines Quartals den Honorarsummenmesspunkt um 15 %, wird der Überschreibungsbetrag, der über 15 % des Honorarsummenmesspunktes liegt, um 35 % gekürzt.*

*(4) Übersteigt die abgerechnete kurative Honorarsumme eines Quartals den Honorarsummenmesspunkt um 25 %, wird der Überschreibungsbetrag, der über 25 % des Honorarsummenmesspunktes liegt, um 65 % gekürzt. Jener Überschreibungsbetrag, der den Honorarsummenmesspunkt um 15 bis 25 % übersteigt, wird gemäß Abs. 3 um 35 % gekürzt*

*(5) Bei einer Überschreitung des Honorarsummenmesspunkts um weniger als 15 % erfolgt keine Kürzung des gemäß Abs. 2 errechneten Honorars.*

*(6) Für die in den Abs. 3 und 4 festgelegte Kürzung gilt als Betrachtungszeitraum jeweils ein Jahr, wobei sich das Jahr aus den vier Quartalen ab Eintritt der Job-sharing-Regelung mit der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner bildet. Innerhalb dieses Betrachtungszeitraums werden die abgerechneten kurativen Honorarsummen der Vertragspartnerin/des Vertragspartners addiert. In jenem Quartal des Betrachtungsjahrs in dem die Summe der abgerechneten Honorare den Jahreswert des Honorarsummenmesspunktes überschritten wird, wird die Degression wirksam*

*(7) Die Abzüge gemäß Abs. 3 und 4 werden im Zuge der Abrechnung des jeweiligen Überschreibungsquartals vorgenommen.“*

## 2. Änderungen der Urlaubsregelung

Der § 21 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 mit dem Titel „Urlaub/Kurzfristige Schließung“ wird mit Wirkung vom 1. Juli 2019 in den im Folgenden angeführten Absätzen ergänzt bzw. geändert wie folgt:

### a) **§ 21 Abs. 1** – Bekanntgabe der Vertretung

*„(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. Der Vertragsarzt hat den Urlaub der Kammer rechtzeitig zu melden.“*

### b) **§ 21 Abs. 2** – Vorsehen von Bezirksbündeln

*„(2) Die Urlaubseinteilung erfolgt durch die Kammer. Diese erstellt jeweils für ein Kalendervierteljahr im Vorhinein je eine Urlaubsliste für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und für die allgemeinen Vertragsfachärzte und übermittelt diese der Kasse jeweils zum 15. des letzten Quartalsmonates für das folgende Quartal in elektronischer Form. Bei der Urlaubsabwicklung wird die Kammer nicht nur auf die Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin in der gemäß Anlage 10 zum Gesamtvertrag festgelegten Bezirksbündeln, sondern allgemein auf die Bedürfnisse der Vertragskassen hinsichtlich einer klaglosen Versorgung der Anspruchsberechtigten Bedacht nehmen. Aus den Urlaubslisten muss der Beginn und das Ende desurlaubes der einzelnen namentlich angeführten Vertragsärzte datummäßig ersichtlich sein; die Urlaubsliste der Vertragsfachärzte wird zusätzlich nach Fachgruppen geordnet erstellt.“*

### c) **§ 21 Abs. 4** – Änderung betreffend die Nennung von Vertretungsordinationen

*„(4) Zur ärztlichen Versorgung der Patienten eines gemäß Urlaubsliste auf Urlaub befindlichen Vertragsarztes sind sämtliche Vertragsärzte derselben Fachsparte verpflichtet. Der Vertragsarzt wird auf einem Plakat an seiner Ordination zumindest eine/einen in angemessener Entfernung niedergelassenen Vertragsarzt bzw. Vertragsgruppenpraxis derselben Fachsparte im Einvernehmen mit diesen als Urlaubsvertreter angeben.“*

### d) **Anlage 9** – Aufnahme einer Anlage 9 in den Gesamtvertrag

Dem Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 wird eine neue Anlage 9 angefügt, in welcher die gemäß § 21 Abs. 2 neu vorgesehenen Bezirksbündel beschrieben werden (Anlage IV zu diesem Zusatzprotokoll).

## **VII. Redaktionelle Änderungen nach Abschluss des X. Zusatzprotokolls**

Bei den im Rahmen des X. Zusatzprotokolls getroffenen Regelungen werden folgende redaktionelle Änderungen vorgenommen:

### 1. Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin

#### **Pos. Ziff. 8i – Korrektur der Verrechnungsmöglichkeit**

Die Pos. Ziff. 8i dient der Verrechnung der 9. und jeder danach folgenden Konsultation, die im X. Zusatzprotokoll formulierte Verrechnungsbeschränkung „Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar“ hat daher zu entfallen.

## 2. Allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte

### (1) **Pos. Ziff. 231, 233, 234, 631, 620, 621–Verrechenbarkeit des RV**

Bei den Pos. Ziff. 231, 233, 234, 631, 620, 621 kann nach wie vor neben dem vorgesehenen Tarif auch der Regiezuschlag „RV“ verrechnet werden. Dies wird im Honorarkatalog entsprechend vermerkt.

### (2) **Pos. Ziff. 233 und 234 sowie 620 und 621 – Klarstellung im Rahmen des Verrechnungsausschlusses**

Bei den Pos. Ziff. 233, 234, 620 und 621 wird der Verrechnungsausschluss um den Passus „*am gleichen Tag*“ ergänzt.

### (3) **Pos. Ziff. 637 – Korrektur der Positionsverweise**

Bei der Pos. Ziff. 637 wird die Einschränkung der Verrechenbarkeit auf die korrekten Positionsziffern geändert und lautet somit wie folgt:

*„Nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 631, 620 oder 621 (auch mehrfach).“*

### (4) **Pos. Ziff. DDA und DDV – Ergänzung des Punktwerts**

Bei den Pos. Ziff. DDA und DDV erfolgt eine Ergänzung des fälschlicherweise nicht angeführten Punktwerts von jeweils 75 Punkten je Positionsziffer.

### (5) **Pos. Ziff. DDA – Ergänzung der Verrechnungsbedingungen**

Die Pos. Ziff. DDA wird um folgenden Passus zur Verrechnungsmöglichkeit ergänzt:

*„Verrechenbar für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Angiologie bzw. mit vor 01.04.2009 angiologisch tätigen Internistinnen/Internisten oder Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten mit Additivfach Kardiologie bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung.“*

### (6) **Pos. Ziff. P 13 – Korrektur des Limits**

Das in Pos. Ziff. P 13 mit Wirksamkeit ab 1. Oktober 2020 vorgesehene Prozentlimit wird berichtigt und lautet somit ab diesem Zeitpunkt wie folgt:

*„Ausführlicher psychiatrischer Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan) Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Ämter, Institutionen. Ausfolge im Einverständnis mit Osborneberechtigten und/oder Patientin/Patienten.*

*Pro Patientin/Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 15 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. P 15 verrechenbar. – 60 Punkte“*

3. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie

**Pos. Ziff. 113 und 114 – Beibehaltung der Positionen**

Die Pos. Ziff. 113 und 114 werden bis zur Einführung der entsprechenden Ersatzposition (siehe Punkt V. dieses Zusatzprotokolls) weiterhin im Honorarkatalog für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie beibehalten.

Wien,

Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Generaldirektor

Verbandsvorsitzender

Ärztchammer 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 I – eKOS-Vereinbarung

Anlage II – Therapie Aktiv

Anlage III – Tarifkatalog Kinder- und Jugendheilkunde

Anlage IV - Bezirksbündel