



## II. ZUSATZPROTOKOLL

zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011

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

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

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt) andererseits.

### I. Änderungen des Sonderleistungstarifs der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin

Die zum 31. Dezember 2011 gültige Honorarordnung für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin wird mit Wirkung vom 1. April 2012 geändert. Des Weiteren werden einzelnen Sonderleistungstarifen erläuternde Bestimmungen angefügt, deren Berücksichtigung seitens der Kasse und der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin als verbindlich festgelegt wird. Die in der Folge aufgelisteten allgemeinen Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten, verrechenbar von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin, werden mit Wirkung vom **1. April 2012** geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

#### Textänderungen sowie Anfügung der erläuternden Bestimmungen:

- **Pos. Ziff. 1:** „Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn der Patient die Vertragsgruppenpraxis außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert – 5,09 Euro“

- **Pos. Ziff. 2:** „Nachtordination (zwischen 19.00 Uhr und 7.00 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit – 13,08 Euro“
- **Pos. Ziff. 3:** „Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn ein einzelner in einem gesonderten Haushalt lebender Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 37,00 Euro“

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand 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 – 12,00 Euro“

Erläuterungen: Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung des zweiten Patienten für diesen und jeden weiteren Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten 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 ein einzelner in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebender Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 37,00 Euro“

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand 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 – 12,00 Euro“

Erläuterungen: Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein- und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebenden Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten 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 – 12,00 Euro“

Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 20 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung des zweiten Patienten für diesen und jeden weiteren im selben Haushalt sich befindenden Patienten in Rechnung gestellt werden der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird. Die Verrechnung von Pos Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.

- **Pos. Ziff. 5:** „Nachtvisite – Berufung und Beginn zwischen 19.00 Uhr und 7.00 Uhr – 52,32 Euro“

- **Pos. Ziff. S:** „Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19.00 Uhr und 7.00 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 Uhr und 19.00 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %. Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19.00 Uhr bis 7.00 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 Uhr und 19.00 Uhr, jedenfalls außerhalb der Ordinationszeit – 50 % des jeweiligen Tarifsatzes“

- **Pos. Ziff. 24:** „Infusion i. v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch den liegenden Venenzugang von Heilmitteln – 20 Punkte“

Erläuterungen: Das verabreichte Heilmittel und die Diagnose, welche die Notwendigkeit der Behandlung begründet, sind bei der ersten Infusion einer Serie anzugeben. Bei mehrfacher Verabreichung am gleichen Tag ist die genaue Uhrzeit der Infusionen anzugeben.

- **Pos. Ziff. 26:** „ Sympathicusblockade – 25 Punkte“

- **Pos. Ziff. 38:** „i. v. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr – 13 Punkte“

Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 40:** „Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr – 7 Punkte“

Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 41:** „Blutsenkung inkl. Blutentnahme, ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr – 9 Punkte“

Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 44:** „Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird – 7 Punkte“

Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 45 verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 45:** „Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus – 9 Punkte“

Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 44 verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 72:** „Hühneraugen- oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar (ausgenommen Excision und Naht) – 20 Punkte“

Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.

- **Pos. Ziff. 73:** „Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen ect.) pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar – 14 Punkte“

Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.

- **Pos. Ziff. 74:** „Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl., pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar – 20 Punkte“

Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.

- **Pos. Ziff. 75:** „Incision von Panaritien aller Art – 40 Punkte + RI“

Erläuterungen: Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 76:** „Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar– 30 Punkte“

Erläuterungen: Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar. Die Regionen sind zwingend anzuführen.

- **Pos. Ziff. 77:** „Reinigung/Wundtoilette einer größeren Wunde (ab 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar – 55 Punkte“

Erläuterungen: Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar. Die Regionen sind zwingend anzuführen.

- **Pos. Ziff. 82:** „ Nasentamponade – 8 Punkte“

Erläuterungen: Bei mehrfacher Verrechnung ist die Notwendigkeit zu dokumentieren und entsprechend zu begründen.

- **Pos. Ziff. 89:** „Naht- und/oder Klammerentfernung, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar – 4 Punkte“

Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.

- **Pos. Ziff. 90:** „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Gesellschafter der Gruppenpraxis und Patient als integrierender Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten – 12,54 Euro“

Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin in maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.

a) Bei zugewiesenen Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie bzw. Psychiatrie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist unzulässig.

b) Mit der „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.

- c) Der Gesellschafter hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) 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. 107:** „Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid – 40 Punkte“  
Erläuterungen: Xanthelasma ausgenommen.
- **Pos. Ziff. 204:** „Excision und Naht einer Wunde bis 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar) – 30 Punkte + R II“
- **Pos. Ziff. 205:** „Excision und Naht einer Wunde über 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar) – 50 Punkte + R II“
- **Pos. Ziff. 207:** „Operation von oberflächlichen Geschwulsten (z. B. Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region einmal verrechenbar – 70 Punkte + R II“  
Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.
- **Pos. Ziff. 320:** „Operative Behandlung von genitalen Abszessen, Furunkeln und Condylomen, pro Sitzung einmal verrechenbar – 45 Punkte + R I“
- **Pos. Ziff. 411:** „Chirurgische Entfernung von Fremdkörpern, Wucherungen und Polypen aus oberen Luft- und Speisewegen sowie von obturierenden Ohrpolypen und Ohrfremdkörpern, je Sitzung – 90 Punkte + R III“
- **Pos. Ziff. 414:** „Verätzung des Locus Kiesselbach je Seite – 5 Punkte“  
Erläuterungen: Bei mehrfacher Verrechnung ist die Angabe der Diagnose erforderlich.
- **Pos. Ziff. 610:** „Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli – 6,00 Euro“  
Erläuterungen: Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 610 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.

- **Pos. Ziff. 611:** „Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild – 6,00 Euro“

Erläuterungen: Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 611 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.

- **Pos. Ziff. 761:** „Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position ist nur von jenen Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin verrechenbar, deren Gesellschafter ihre besondere Qualifikation gemäß den Vorgaben des Ausbildungscurriculums für die praktischen Ärzte, die im Rahmen ihrer kurativen Tätigkeit die Pos. Ziff. 761 als Kassenleistung anbieten, ausreichend nachgewiesen haben und dazu von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich ermächtigt wurden – 40 Punkte“

Erläuterungen: Ist nicht im Fall einer ersten Hilfe Leistung verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 907:** „ Bakterioskop. Untersuchung des Harnes – 6 Punkte“

Erläuterungen: Einmal pro Patient und Tag verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 916:** „Legen eines Dauerkatheters – 13 Punkte“

#### Textänderung und neue Bewertung von Leistungen:

- **Pos. Ziff. 600:** „EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) – 33 Punkte“
- **Pos. Ziff. 603:** „EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) am Krankenbett – 58 Punkte“

#### Neue Bewertung von Leistungen, sowie Anfügung der erläuternden Bestimmungen:

- **Pos. Ziff. 39:** „Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr – 15 Punkte“

Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.

#### Ersatzlose Streichung von Leistungen:

- **Pos. Ziff. 22:** „Intraarterielle Injektion – 8 Punkte“
- **Pos. Ziff. 46:** „Magenausheberung oder Spülung – 15 Punkte“
- **Pos. Ziff. 55:** „Anbringung eines Gehbügels – 5 Punkte“
- **Pos. Ziff. 222:** „Bluttransfusion oder Blutinfusion i. v., einschl. Venensektio (wenn nötig, einschl. Blutgruppenbestimmung, Kreuzprobe) – 60 Punkte + R II“
- **Pos. Ziff. 601:** „je drei weitere Ableitungen – 6 Punkte“

Änderungen in den dem Sonderleistungstarif vorgestellten Erläuterungen:

Die Erläuterungen, gültig ab 1. April 2012, lauten nunmehr wie folgt:

Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name des berufenen Gesellschafters der Vertragsgruppenpraxis zu vermerken.

Behandlungen, die ausschließlich und eindeutig zu kosmetischen Zwecken durchgeführt werden, sind von der Verrechenbarkeit ausgeschlossen.

Ein Regiezuschlag kann bei jenen Sonderleistungen, welchen die Pos. Ziff. R I bis R IV beigesetzt sind, entsprechend diesen Pos. Ziff. verrechnet werden, wenn die Leistungen in der Ordination der Vertragsgruppenpraxis oder in der Wohnung des Patienten oder in Heimen aller Art erfolgen. Gilt daher nicht für Belegspitäler.

Werden in einer Sitzung mehrere Eingriffe durchgeführt, dann kann der Regiezuschlag nur einmal pro Region abgerechnet werden. Ist bei einer Sonderleistungsposition die Abrechnung pro Region angeführt, so sind darunter folgende Regionen zu verstehen:

Kopf  
Hals  
Linke Schulter plus Axilla  
Rechte Schulter plus Axilla  
Brust  
Rücken  
Lumboglutealbereich  
Abdomen  
Genitalregion  
Oberschenkel links  
Oberschenkel rechts  
Unterschenkel links  
Unterschenkel rechts  
Fuß links  
Fuß rechts  
Oberarm links  
Oberarm rechts  
Unterarm plus Hand links  
Unterarm plus Hand rechts

Definition für Erste-Hilfe: Unter Erster-Hilfe ist eine medizinisch dringende, notwendige und daher zeitlich unaufschiebbare Intervention zu verstehen, die bei Ausbleiben zu einer Verschlechterung und massiven gesundheitlichen Schädigung der Betroffenen führen kann. Bei entsprechender Notwendigkeit ist davon auszugehen, dass die Betroffenen vor den anderen wartenden Kranken betreut werden müssen.

1) Beispiele: Verdacht auf Herzinfarkt, akute Atemnot, stark blutende Wunden, starke Schmerzen oder ähnliche akut-medizinische Situationen

2) Der im Regelfall erhöhte Aufwand (u.a. Vorreihung der Betroffenen im regulären Ordinationsbetrieb) wird durch die Erste-Hilfe-Pauschale abgegolten. Sonderleistungen, die im Rahmen der Erste-Hilfe-Leistung erbracht wurden, können abgerechnet werden.

Wien, 31. Jänner 2012

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Dr. Christoph Klein  
Generaldirektor-Stellvertreter

Dr. Hans-Jörg Schelling  
Verbandsvorsitzender



Ärztelkammer für Wien

Die Vorsitzende der  
Sektion Fachärzte

Der Vorsitzende der  
Sektion Allgemeinmedizin

OMR<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Helga Azem

OMR Dr. Rolf Jens

Der Kurienobmann der  
niedergelassenen Ärzte

Der Präsident

VP Dr. Johannes Steinhart

MR Dr. Walter Dorner

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte

Die Obfrau

Ing. Mag. Erich Sulzbacher



Mag.<sup>a</sup> Ingrid Reischl

21 05