

XIX. ZUSATZPROTOKOLL

zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011

der 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 als Rechtsvorgängerin der Österreichischen Gesundheitskasse (im Folgenden kurz Kasse genannt) andererseits abgeschlossen wurde.

I. Präambel

Die letzte Tarifierhöhung des X. und XI. Zusatzprotokolls ist mit 1. Oktober 2020 in Kraft getreten und wirkt demnach mathematisch im Jahr 2021 nach. Im Jahr 2021 wird daher, neben der Zahlung betreffend den Strukturtopf, eine Einmalzahlung in der Höhe von insgesamt 4.400.000,00 Euro an die Vertragsärztinnen/-ärzte und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin und an die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte und allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen ausbezahlt. Der Betrag von 4.400.000,00 Euro entspricht 0,9 % der Honorarsumme der Vertragsärztinnen/-ärzte und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin und der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte und allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen aus dem Jahr 2019 bzw. 3,52 % des 4. Quartales 2019.

Im Jahr 2022 erfolgen tarifwirksame Erhöhungen für alle Fachgruppen mit Ausnahme der Fachgruppe medizinische und chemische Labordiagnostik und physikalische Medizin und Rehabilitation.

II. Regelungen für Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte

A. Regelungen für 2021

- (1) Die Honorierung der Leistungen der Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte erfolgt bis 31. Dezember 2021 nach den zum Stichtag 31. Dezember 2020 gültigen Tarifen bzw. für die DMP-Leistungen nach den Tarifen, die aufgrund der Valorisierung ab 1. Jänner 2021 gelten.

- (2) Im 4. Quartal 2021 erhalten die Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte eine Einmalzahlung in der Höhe von 0,9 % ihrer kurativen Jahreshonorarsumme 2019 (exklusive der Honorarsumme für Versicherte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe).
- (3) Diese Einmalzahlung wird gemeinsam mit der Restzahlung für das 3. Quartal 2021 anteilig an die Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte ausbezahlt. Anspruch auf die Einmalzahlung haben alle Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und alle allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte, die zum Stichtag 15. November 2021 über ein aktives kuratives Vertragsverhältnis mit der Kasse verfügen.
- (4) Die Höhe der Einmalzahlung beträgt 0,9 % des individuellen, von der Kasse honorierten kurativen Umsatzes des Jahres 2019 der/des jeweiligen Vertragsärztin/-arztes für Allgemeinmedizin bzw. der/des allgemeinen Vertragsfachärztin/-arztes (exklusive der Honorarsumme für Versicherte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe).
- (5) Für alle Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte, die ab dem 1. April 2019 in Vertrag genommen wurden, wird das durchschnittliche kurative Honorar des Fachgebietes des Jahres 2019 als Bemessungsgrundlage herangezogen. Nicht berücksichtigt werden Honorare für Versicherte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe sowie bei Vertragsärztinnen/-ärzten für Allgemeinmedizin die PVE-Sonderfallpauschalen.
- (6) Die Berechnung des Durchschnittshonorars erfolgt auf Basis des kurativen Honorars gemäß Abs. 5 und der Anzahl der im Jahr 2019 durchschnittlich tätigen Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin bzw. allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte, wobei Gruppenpraxen mit der Anzahl der Gesellschafterinnen/Gesellschafter in die Berechnung einfließen.
- (7) Wird die Summe gemäß Abs. 2 durch die Auszahlungen gemäß dem Berechnungsmodus nach Abs. 3 bis 6 unterschritten, wird die Differenz der Strukturtopfdotierung des Jahres 2021 hinzugezählt; erfolgt eine Überschreitung, wird der Strukturtopf des Jahres 2021 um den Überschreibungsbetrag gekürzt.

III. Regelungen für Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin

A. Regelungen für 2021

1. SVÖ Bonus

Für den im X. Zusatzprotokoll vom 14. Mai 2018 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 unter Punkt II. B. 2 und im XI. Zusatzprotokoll vom 13. Dezember 2018 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 unter Punkt II. 5 vereinbarten SVÖ-Bonus werden folgende ergänzende Bestimmungen festgelegt:

- a) Unter Berücksichtigung der besonderen Herausforderungen, die sich durch die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden teilweise rückläufigen Fallzahlen ergeben haben, werden bei der für das Kalenderjahr 2021 durchzuführenden Neueinstufung einer überdurchschnittlich versorgungswirksamen Ordination, entweder die Fallzahlen des Zeitraums 1. Jänner bis 31. Dezember 2019 oder jene des Zeitraums 1. Jänner 2020 bis 31. Dezember 2020 herangezogen. Ausschlaggebend ist jener Zeitraum, in dem die jeweils höheren Fallzahlen zur Abrechnung gelangen. Um einen Vergleich der Kalenderjahre 2019 und 2020 durchführen zu können, ist die Inanspruchnahme dieser „Best-of-Regelung“ nur für jene Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin möglich, welche über die gesamten Jahre 2019 und 2020 über einen Vertrag mit der Kasse verfügten.
- b) Erreicht eine/ein Vertragsärztin/-arzt für Allgemeinmedizin, die/der zum Zeitpunkt des Einstiegs in das Bonusmodell noch keine vier Quartale Vertragsdauer vorweisen kann und daher nur einen vorläufigen Anspruch nach Punkt II. B. 2 Abs. 3 des X. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 auf eine Bonuszahlung hat, bei der Neueinstufung gemäß Punkt II. 5. lit a) Abs. 3 des XI. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 nicht die erforderliche Mindestfallzahl, so wird der ausbezahlte SVÖ-Bonus bei der nächsten Endabrechnung in Abzug gebracht. Dieser Abzug erfolgt auch dann, wenn die Mindestöffnungszeit von 25 Wochenstunden erfüllt wurde. Dies gilt für alle Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin, die nach dem 1. Jänner 2022 in das Bonusmodell einsteigen.

Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des X. Zusatzprotokolls vom 14. Mai 2018 und des XI. Zusatzprotokolls vom 13. Dezember 2018 zum SVÖ-Bonus unverändert bestehen.

B. Regelungen für 2022

1. Honorierung

- (1) Mit Wirkung von 1. Jänner 2022 erhalten die Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 2,5 % ihrer kurativen Honorarsumme des Jahres 2020.
- (2) Das durch die Erhöhung gemäß Abs. 1 verfügbare Honorarvolumen wird gemäß Punkt 2. auf den entsprechenden Positionstarif umgelegt.

2. Änderung der Anlage A zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 – Tarif für Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin

Die im Folgenden aufgelistete Sonderleistung aus dem Honorarkatalog der Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin wird mit Wirkung von 1. Jänner 2022 geändert und lautet ab diesem Zeitpunkt wie folgt:

- *„Pos. Ziff. 17 – Hausarztzuschlag einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position wird automatisch mit der Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsfälle und Erste-Hilfe-Fälle – 15,86 Euro“*

IV. Regelungen für allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte ausgenommen Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

A. Regelungen für 2022

1. Allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte

- (1) Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 erhalten die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte (ausgenommen die Fachgruppen Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Orthopädie) eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 2,5 % ihrer kurativen Honorarsumme des Jahres 2020.
- (2) Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 erhalten die Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 4,0 % ihrer kurativen Honorarsumme des Jahres 2020.
- (3) Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 erhalten die Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 3,03 % ihrer kurativen Honorarsumme des Jahres 2020.
- (4) Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 erhalten die Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Orthopädie eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 2,0 % ihrer kurativen Honorarsumme des Jahres 2020.
- (5) Das durch die Erhöhung nach Abs. 1 bis 4 verfügbare Honorarvolumen wird gemäß Punkt 2. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

2. Änderungen der Anlage B zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 - Tarif für allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte ausgenommen Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

Jeweils mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 werden die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem jeweils angegebenen Fachgebiet geändert bzw. neu aufgenommen und lauten ab diesem Datum wie folgt:

2.1. Ordinationen und Visiten und allgemeine Sonderleistungen:

- **„Pos. Ziff. 8a** – Zur Kennzeichnung der 1. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 0 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 8b** – Zur Kennzeichnung der 2. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 0 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 8c** – Einmaliger Zuschlag für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar

*Der Tarif für die Pos. Ziff. 8c beträgt für die Fachgruppe Orthopädie – 5 Punkte“
Der Tarif für die Pos. Ziff. 8c beträgt für alle anderen Fachgruppen – 10 Punkte“*

- **„Pos. Ziff. 8d** – Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar

*Der Tarif für die Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppe Orthopädie – 5 Punkte“
Der Tarif für die Pos. Ziff. 8d beträgt für alle anderen Fachgruppen – 10 Punkte“*

- **„Pos. Ziff. 8e** – Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar

*Der Tarif für die Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe Orthopädie – 5 Punkte“
Der Tarif für die Pos. Ziff. 8e beträgt für alle anderen Fachgruppen – 10 Punkte“*

- **„Pos. Ziff. 8f** – Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar

*Der Tarif für die Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Orthopädie – 5 Punkte“
Der Tarif für die Pos. Ziff. 8f beträgt für alle anderen Fachgruppen – 10 Punkte“*

- **„Pos. Ziff. 8g** – Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar

*Der Tarif für die Pos. Ziff. 8g beträgt für die Fachgruppe Orthopädie – 5 Punkte“
Der Tarif für die Pos. Ziff. 8g beträgt für alle anderen Fachgruppen – 10 Punkte“*

- **„Pos. Ziff. 8h** – Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar

*Der Tarif für die Pos. Ziff. 8h beträgt für die Fachgruppe Orthopädie – 5 Punkte“
Der Tarif für die Pos. Ziff. 8h beträgt für alle anderen Fachgruppen – 10 Punkte“*

- **„Pos. Ziff. 8i – Einmaliger Zuschlag für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals –**

*Der Tarif für die Pos. Ziff. 8i beträgt für die Fachgruppe Orthopädie – 5 Punkte“
Der Tarif für die Pos. Ziff. 8i beträgt für alle anderen Fachgruppen – 10 Punkte“*

- **„Pos. Ziff. 90 – Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.**

Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Chirurgie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Urologie in maximal 18 % der Fälle pro Quartal, von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten in max. 12% der Fälle pro Quartal, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Hals-, Nasen, Ohrenkrankheiten in 13% ,und von den übrigen allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten in höchstens 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar

Bei Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin, die auf Grund ihrer Ausbildung von der Kasse und Kammer für die Verrechnung der Pos. Ziff. 635 ermächtigt wurden bzw. denen nach den Richtlinien der Österreichischen Diabetes Gesellschaft auf Grund ihrer Ausbildung die Ermächtigung erteilt worden wäre, erhöht sich das Verrechnungslimit auf 20 % der Fälle pro Quartal.

Pos. Ziff. 90 ist nicht am selben Tag mit folgenden Pos. Ziff. verrechenbar: P1, P2, P11, P12, P16, P17, N1, N3, N4, 332, 333, 614, 751, 755, 756, 758. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen.

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

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 diagnostische-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.

e) Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie und med. und chem. Labordiagnostik sind zur Verrechnung dieser Leistung nicht berechtigt.
– 20 Punkte“

2.2. Sonderleistungen aus den Fachgebieten

2.2.1. Fachgebiet Augenheilkunde und Optometrie

- „**Pos. Ziff. 103** – Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe) Nicht gemeinsam in einer Sitzung mit Pos. Ziff. 114 abrechenbar – 8 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 106** – Sondierung (einschl. ev. Spülung) oder Spülung der Tränenwege einseitig, in höchstens 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar (Ausnahmen nur mit besonderer medizinischer Begründung) – 21 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 112** – Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille – 13 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 113** – Fundus ohne medizinisch erweiterte Pupille. Die Verrechnung der Pos. Ziff. 112 schließt die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 113 am selben Tag im selben Fall aus. – 10 Punkte“

2.2.2. Fachgebiet Chirurgie

- „**Pos. Ziff. 208** – Operation von tiefer gelegenen Geschwülsten (z.B. Adenoma mammae, großes Lipom, Hygrom, Ganglion, Rectal-Polyp), operative Entfernung tiefer gelegener Fremdkörper, je Sitzung pro Region – 116 Punkte + R III“
- „**Pos. Ziff. 240** – Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 11 Punkte“

2.2.3. Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- „**Pos. Ziff. 325** – Ärztliche Beratung zur Krebsvorsorge und Früherkennung, insbesondere für Brust- und Eierstockkrebs. Dies inkludiert insbesondere die Ersteinschätzung des familiären Risikos und/oder die Beratung bezüglich Inanspruchnahme des Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes sowie im Bedarfsfall die Anleitung zur Selbstuntersuchung der Mammae. Maximal einmal pro Kalenderjahr und Frau in maximal 30 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 340** – Fachspezifischer Zuschlag für frauenärztliche Ordination, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 11 Punkte“

2.2.4. Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

- „**Pos. Ziff. 427** – Endoskopie der Nase – 14 Punkte + R I“
- „**Pos. Ziff. 405** - Otomikroskopie, In maximal 76 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 8 Punkte“

2.2.5 Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

- **„Pos. Ziff. 535 – Allergologische Exploration; in maximal 22 % der Fälle, pro Quartal verrechenbar. – 14 Punkte“**

2.2.6 Fachgebiet Innere Medizin

- **„Pos. Ziff. 615 – Internistisches Heilmittelberatungsgespräch**
Aktualisierung sowie Optimierung der gesamten internistischen Medikation
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. Doppelverrechnung zu vermeiden.
und/oder
b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf kostengünstigere Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars)
und/oder
c) Empfehlung von heilmitteleretzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil). Die Grundsätze der Heilmittelökonomie sind dabei zu berücksichtigen.

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 maximal 4 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. – 20 Punkte“*

- **„Pos. Ziff. 646 – Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:**
- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
- Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion
Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:
Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Vertragsfachärztinnen/ Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie mit maximal 42 %, für alle übrigen Vertragsfachärztinnen/ Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit maximal 24 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.
Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden.- EUR 80,00“

2.2.7 Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie

- **„Pos. Ziff. 851 – Eingehende kinder- und jugendpsychiatrische Folgeuntersuchung**
Umfasst Kinder- und jugendpsychiatrische Exploration, um Entstehung, Verlauf und Therapie regelmäßig zu evaluieren und letztere bei Bedarf zu adaptieren. Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Motivation der Patientin/des Patienten und dessen Umfeld sowie gegebenenfalls medikamentöse Intervention, Veranlassung weiterer Untersuchungen bzw. Behandlungen durch Überweisung, etc.
Richtzeit 30 Minuten, maximal dreimal pro Sitzung,
Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850, 860, 863, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar – 92 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 852 – Kinderjugendpsychiatrischer Status/ entwicklungspsychopathologische Diagnostik**
Psychopatholog. Status umfasst:
Noo- und Thymopsyche bei 0-18-jährigen,
Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS):
Achse 1 – klinisch-psychiatrisches Syndrom
Achse 3 – Intelligenzniveau
Achse 5 – assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände
Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 860, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar – 83 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 869 – Psychoedukation bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten**
Die Namen der Patientinnen/Patienten und das Verhältnis zueinander sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln.
Richtzeit 15 Minuten, maximal viermal pro Sitzung, allenfalls bei mehreren Personen maximal sechsmal pro Sitzung
Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850 verrechenbar – 47 Punkte“

2.2.8 Fachgebiet Lungenkrankheiten

- **„Pos. Ziff. 711 – Ambulante Polygraphie-Diagnostik entsprechend den gültigen Empfehlungen der Österreichisch Gesellschaft für Pneumologie, verrechenbar in maximal 8 % der Fälle pro Quartal, wobei Fälle, die ausschließlich zu Pos. Ziff. 711 über- oder zugewiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.**
Zu untersuchen sind jedenfalls Sauerstoffsättigung, Atemfluss, Atemexkursionen, Schnarchgeräusch, Körperlage und Pulsfrequenz (optional 1-Kanal-EKG):
Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten: Respiratory disturbance Index (RDI), Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung. Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungs Nächte), die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die Einschulung der Patientin/des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die von der Fachärztin/vom Facharzt durchgeführte Befundauswertung. Wird die Patientin/der Patient zur weiteren Abklärung an ein Schlaflabor weitergeleitet, so sind dem Schlaflabor auf Anfrage die Rohdaten zur Verfügung zu stellen.

Die Position kann nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten verrechnet werden, für die eine Meldung an die Kasse über die Verwendung eines entsprechenden Gerätes ergangen ist. – 96 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 713** – Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe.
Alle Untersuchungen zusammen können in maximal 31 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechnet werden. – 65 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 721** – Bodyplethysmographie - statische Lungenvolumina in maximal 39 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar
Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. – 33 Punkte“

2.2.9 Fachgebiet Neurologie

- **„Pos. Ziff. N5** – Erhebung des kompletten neurologischen Status:
Die Durchführung eines kompletten neurologischen Status umfasst die Prüfung der oberen und unteren Hirnnerven, Untersuchung der Hirnstammreflexe, Untersuchung der motorischen Eigenreflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, der gesamten Pyramidenbahn, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage.
Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. N6 verrechenbar – 43 Punkte“

2.2.10 Fachgebiet Orthopädie

- **„Pos. Ziff. 814** – Orthopädische Beratung und Turnanleitung, in maximal 21 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 12 Punkte“

2.2.11 Fachgebiet Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

- **„Pos. Ziff. P5** - Psychopathologischer Folgestatus.
Die Durchführung umfasst alle Beurteilungskriterien von Pos. Ziff. P3. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen.
Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag.
Nicht am selben Tag verrechenbar mit Pos. Ziff. P3, P11, P14, P16 und P17 – 14 Punkte“

2.2.12 Fachgebiet Urologie

- **„Pos. Ziff. 939** – Sonographiepauschale einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
Die Pauschale beinhaltet folgende Untersuchungsfelder:
a) Nieren und Retroperitoneum
b) Unterbauch (einschließlich Restharn und Prostata)
c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden)
Die Pauschale wird nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Urologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. – 38 Punkte“

V. Regelungen für Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

A. Regelungen ab 2021

1. SVÖ Bonus

Für den im X. Zusatzprotokoll vom 14. Mai 2018 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 unter Punkt II. B. 2 und im XI. Zusatzprotokoll vom 13. Dezember 2018 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 unter Punkt II. 5 vereinbarten SVÖ-Bonus werden folgende ergänzende Bestimmungen festgelegt:

- a) Unter Berücksichtigung der besonderen Herausforderungen, die sich durch die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden teilweise rückläufigen Fallzahlen ergeben haben, werden bei der für das Kalenderjahr 2021 durchzuführenden Neueinstufung einer überdurchschnittlich versorgungswirksamen Ordination, entweder die Fallzahlen des Zeitraums 1. Jänner bis 31. Dezember 2019 oder jene des Zeitraums 1. Jänner 2020 bis 31. Dezember 2020 herangezogen. Ausschlaggebend ist jener Zeitraum, in dem die jeweils höheren Fallzahlen zur Abrechnung gelangen. Um einen Vergleich der Kalenderjahre 2019 und 2020 durchführen zu können, ist die Inanspruchnahme dieser „Best-of-Regelung“ nur für jene Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde möglich, welche über die gesamten Jahre 2019 und 2020 über einen Vertrag mit der Kasse verfügten.
- b) Erreicht eine/ein Vertragsärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde, die/der zum Zeitpunkt des Einstiegs in das Bonusmodell noch keine vier Quartale Vertragsdauer vorweisen kann und daher nur einen vorläufigen Anspruch auf eine Bonuszahlung hat, bei der Neueinstufung gemäß Punkt IV. 2. Abs. 6 des XI. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 nicht die erforderliche Mindestfallzahl, so wird der ausbezahlte SVÖ-Bonus bei der nächsten Endabrechnung in Abzug gebracht. Dieser Abzug erfolgt auch dann, wenn die Mindestöffnungszeit von 25 Wochenstunden erfüllt wurde. Dies gilt für alle Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, die nach dem 1. Jänner 2022 in das Bonusmodell einsteigen.

Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des X. Zusatzprotokolls vom 14. Mai 2018 und des XI. Zusatzprotokolls vom 13. Dezember 2018 zum SVÖ-Bonus unverändert bestehen.

B. Regelungen für 2022

1. Honorierung

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 erhalten die Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 3,67 % ihrer kurativen Honorarsumme des Jahres 2020. Das durch die Erhöhung gemäß Abs. 1 verfügbare

Honorarvolumen wird gemäß Punkt 2. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

2. Änderungen der Anlage B1 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011- Tarif für Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

2.1. Ordinationen und Visiten

- „**Pos. Ziff. 8a** – Zur Kennzeichnung der 1. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 0 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 8b** – Zur Kennzeichnung der 2. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 0 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 8c** – Einmaliger Zuschlag für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 8d** – Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 8e** – Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 8f** – Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 8g** – Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 8h** – Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 8i** – Einmaliger Zuschlag für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals – 10 Punkte“

VI. Dotierung Strukturtopf ab 2020

Zusätzlich zu den Einmalzahlungen und Tarifierhöhungen gemäß der Punkte II. – V. werden zu dem zur Finanzierung der Investitionsablöse gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 eingerichteten Strukturtopf folgende Änderungen festgelegt:

- (1) Im Rahmen des Honorarabschlusses für die Jahre 2021 und 2022 wird im Jahr 2021 eine Einmalzahlung in der Höhe von 3.785.933,14 Euro bzw. 0,8 % der Honorarsumme 2020 der Vertragsärztinnen/-ärzte und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin und der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte und allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen zur Saldierung des Minussaldos auf Grund der bereits getätigten Zahlungen aus dem Strukturtopf im Jahr 2020 auf Basis von IVA-Beschlüssen ausgewiesen, womit der Strukturtopf per Ende 2020 ausgeglichen ist.

- (2) Der Strukturtopf wird im Jahr 2021 mit 2.600.000,00 Euro bzw. 0,55 % der Jahreshonorarsumme 2020 der Vertragsärztinnen/-ärzte und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin und der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte und allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen dotiert.
- (3) Ab dem Jahr 2022 wird der Strukturtopf dauerhaft jährlich mit 2.350.000,00 Euro (für Einzel- und Gruppenpraxen zusammen) dotiert.
- (4) Die Ablösezahlungen gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden von der Kasse ab 2021 auch dann getätigt, wenn sie von der jeweiligen Jahressumme im Strukturtopf nicht gedeckt sind. Ein durch erhöhte Ablösezahlungen allenfalls entstehender Negativsaldo im Strukturtopf wird bei der Aufteilung der für das Folgejahr vereinbarten Tarifierhebung in Abzug gebracht.

VII. Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel ab 2021

1. Verlängerung Pilotprojekt über die Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel für das Jahr 2021

(1) Regelungen für Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin:

In Abschnitt I Punkt 1 des XVIII. Zusatzprotokolls vom 20. April 2021 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 wurde die Befristung zur Verrechnung der Positionen für die Betreuung von Patientinnen/Patienten außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln und unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientinnen-/Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Pos. Ziff. 8ct bis 8it) bis 30. Juni 2021 verlängert. In Abänderung zu dieser Regelung wird die Befristung bis 31. Dezember 2021 verlängert.

(2) Regelungen für Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

In Abschnitt II Punkt 1 des XVIII. Zusatzprotokolls vom 20. April 2021 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 wurde die Befristung zur Verrechnung der Positionen für die Betreuung von Patientinnen/Patienten außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln und unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientinnen-/Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Pos. Ziff. 8dt bis 8ht) bis 30. Juni 2021 verlängert. In Abänderung zu dieser Regelung wird die Befristung bis 31. Dezember 2021 verlängert.

(3) Regelungen für Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Die Bestimmung in Abschnitt III Punkt 2 des XI. Zusatzprotokolls vom 13.12.2018 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 wird dahingehend ergänzt, dass die Abrechnungsmöglichkeit der Betreuung von Patientinnen/Patienten außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln und unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientinnen-/Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen bis 31. Dezember 2021 befristet wird.

2. Vereinbarung über die Erbringung telemedizinischer Leistungen ab 2022:

(1) Mit 1. Jänner 2022 (befristet bis 31. Dezember 2023) tritt die Vereinbarung über die Erbringung telemedizinischer Leistungen (Anlage B zu diesem Zusatzprotokoll) in Kraft. Diese ermöglicht die Erbringung von allen in den jeweiligen Tarifikatalogen für Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte vorgesehenen Konsultations- und Gesprächspositionen per Telefon oder Video. Zur Abrechnung telemedizinischer Behandlungen werden zu den bestehenden Konsultationspositionen Pos. Ziff. 8a bis 8i jeweils korrelierende Pos. Ziff. 8aT bis 8iT (für Konsultationen via Telefon) und Pos. Ziff. 8aV bis 8iV (für Konsultationen via Video) geschaffen, welche bei einer Konsultation anhand des jeweiligen elektronischen Kommunikationsmittels Telefon oder Video statt der Pos. Ziff. 8a bis 8i verrechnet werden müssen. Telemedizinische Leistungen werden nach dem jeweils zur Anwendung kommenden Tarifikatalog in gleicher Höhe honoriert, wie wenn die Leistung in der Ordination ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird.

(2) Zur Honorierung der Erbringung telemedizinischer Behandlungen außerhalb der Ordinationszeiten bzw. in der Nacht oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen wird mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 folgende neue Pos. Ziff. eingeführt:

- **„Pos. Ziff. ST – Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19.00 und 07.00 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 07.00 und 19.00 Uhr telemedizinisch erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (ST) von 10 %.**

Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III (sowie Abschnitt V in der Kinder- und Jugendheilkunde) während der Nacht (19.00 bis 07.00 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 07.00 und 19.00 Uhr, jedenfalls außerhalb der Ordinationszeit – 10 % des jeweiligen Tarifsatzes“

- (3) Der Gesamtrichtbetrag für den Zuschlag gemäß Abs. 2 für telemedizinisch erbrachte Leistungen (ST) aller Fachgruppen zusammen beträgt im Jahr 2022 maximal 30.000,00 Euro. Liegt am Ende des Jahres 2022 der ausgezahlte Betrag über dem Gesamtrichtbetrag, wird der %-Satz für den ST-Zuschlag für telemedizinisch erbrachte Leistungen für die Folgejahre so gekürzt, dass der Betrag von 30.000,00 Euro herauskommt.
- (4) Die Kammer sagt zu, die Kasse bestmöglich bei der Umsetzung und Anwendung der technischen Lösung für Telemedizin der Kasse („Visit-e“) zu unterstützen. Bezüglich der Auswertung und Speicherung von Daten wird auf § 7 Absatz 2 der Vereinbarung über die Erbringung telemedizinischer Leistungen (Anlage B dieses Zusatzprotokolls) verwiesen.

VIII. Honorare und Tarifregelungen sowie Strukturmaßnahmen für die Fachgruppe Radiologie

A. Regelungen für 2021

- (1) Die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Radiologie erfolgt bis 31. Dezember 2021 nach den zum 31. Dezember 2020 gültigen Tarifen.
- (2) Für das Jahr 2021 gelangt der Digitalisierungszuschlag an jene Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen gemäß IVA-Beschluss einmalig im Ausmaß von insgesamt 3.250.000,00 Euro mit der Endabrechnung des 4. Quartals 2021 zur Auszahlung.

B. Regelungen für 2022

- (1) Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 erhalten die Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Radiologie eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 2,00 % ihrer kurativen Honorarsumme 2020.
- (2) Das durch die Erhöhung gemäß Abs. 1 verfügbare Honorarvolumen wird auf die nachfolgenden Positionstarife umgelegt:
- a. Änderungen der Anlage D zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 – Tarif für Vertragsärztinnen/-ärzte für Radiologie
- „**Pos. Ziff. 200** - WS Ganzaufnahme stehend, ap und seitl. – 95,00 Euro“
 - „**Pos. Ziff. 201** - WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seitl. – 50,00 Euro“
 - „**Pos. Ziff. 380** - Untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap – 47,00 Euro“
 - „**Pos. Ziff. 967** - Sonographie eines großen Gelenkes (Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Hüftgelenk, Kniegelenk, Sprunggelenk) – 30,00 Euro“

- „**Pos. Ziff. 78** - Entzündungstherapie und jede andere konventionelle Strahlentherapie pro Organ und Serie – 65,00 Euro“

- (3) Der nach diesen Änderungen verbleibende Betrag wird zur Erhöhung aller Positionen des Tarifikatalogs (Tarif für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie) - ausgenommen aller unter Punkt D.– Ultraschalldiagnostik angeführten Leistungen, der bereits unter Abs. 2 angeführten Leistungen und der Position 810 Mammographie - verwendet. Dies entspricht einer Erhöhung von rund 1,38 % für diese Positionen.
- (4) Für das Jahr 2022 gelangt der Digitalisierungszuschlag an jene Vertragspartnerinnen/-partner gemäß IVA-Beschluss einmalig im Ausmaß von insgesamt 2.850.000,00 Euro mit der Endabrechnung des 4. Quartals 2022 zur Auszahlung.
- (5) Gemäß den Bestimmungen des I. Zusatzprotokolls vom 14. Dezember 2010 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 ist der Strukturtopf für Radiologie mit 31. Dezember 2020 mit der kurativen Honorarsumme zu saldieren. Einvernehmlich wird der Saldierungszeitpunkt auf 31. Dezember 2023 verschoben. Ein durch erhöhte Zahlungen allenfalls entstehender Negativsaldo im Strukturtopf wird bei der Aufteilung der für das Folgejahr vereinbarten Tarifierhebung in Abzug gebracht.

IX. Honorare und Tarifregelungen für Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) für die Jahre 2021 bis 2025

1. Honorierung

- (1) Die Honorarregelung für die Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2021 bis 31. Dezember 2025. Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) gemäß untenstehenden Regelungen ist der zum 31. Dezember 2020 gültige Laborkatalog mit den im Folgenden angeführten Änderungen.
- (2) Die Kasse verpflichtet sich gegenüber der Kammer für die Dauer dieser Honorarregelung bis Ende 2025, keine Verträge zur Sachleistungserbringung mit anderen Anbietern für Leistungen der Fachgruppe med. chem. Labordiagnostik (z.B. Ambulatorien, Krankenanstalten, etc.) abzuschließen. Die bestehenden Vertragsgruppenpraxen sind von dieser Regelung ausgenommen, sollte eine Umgründung behördlich notwendig werden.

- (3) Die Kammer und die Kasse bekennen sich dazu, bei einer eklatanten Tarifreduktion im Fachbereich medizinische und chemische Labordiagnostik der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau Gespräche aufzunehmen.
- (4) Sollte im Geltungszeitraum des folgenden Degressionsmodells die jährliche Inflationsrate im Durchschnitt 3 % übersteigen (beginnend mit der Inflationsrate 2021 gegenüber 2020), werden Kammer und Kasse im Jahr 2026 über einen fairen Ausgleich einer solchen überdurchschnittlichen Inflationsrate für den Zeitraum 2021 bis 2025 in Verhandlungen treten. Gegen Ende des Jahres 2024 soll eine erste Evaluierung stattfinden.

2. Degressionsmodell 2021 bis 2025

Für die Abgeltung der von Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) erbrachten Leistungen wird folgendes Degressionsmodell vereinbart:

- (1) Es werden für jedes Kalenderjahr jeweils drei Limesgrenzen festgelegt. Diese lauten wie folgt:

Limes 1: 2021: 53.000.000,00 Euro
 2022: 53.250.000,00 Euro
 2023: 53.500.000,00 Euro
 2024: 53.750.000,00 Euro
 2025: 54.000.000,00 Euro

Limes 2: 2021 – 2025: gleichbleibend jeweils 75.000.000,00 Euro

Limes 3: 2021: 83.300.000,00 Euro
 2022: 88.880.000,00 Euro
 2023: 94.840.000,00 Euro
 2024: 101.190.000,00 Euro
 2025: 107.970.000,00 Euro

- (2) Übersteigt das jährliche Honorarvolumen aller Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. der Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) eine der Limesgrenzen nach Absatz 1, werden die in den Absätzen 4 bis 6 genannten Abschläge in Abzug gebracht.
- (3) Bis zu einem jährlichen Honorarvolumen in Höhe des 1. Limes wird kein Abschlag in Abzug gebracht.
- (4) Vom jährlichen Honorarvolumen zwischen dem 1. und 2. Limes wird ein Abschlag in Höhe von 50 % in Abzug gebracht.

- (5) Vom jährlichen Honorarvolumen zwischen dem 2. und 3. Limes wird ein Abschlag in Höhe von 70 % in Abzug gebracht.
- (6) Vom jährlichen Honorarvolumen über dem 3. Limes wird ein Abschlag in Höhe von 90 % in Abzug gebracht.
- (7) Der daraus entstehende Kürzungsbetrag der gesamten Abrechnungssumme der Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) wird auf die einzelnen Vertragspartnerinnen/Vertragspartner entsprechend deren Honorarvolumen heruntergebrochen.

3. Auszahlungsmodalitäten

Um eine Kontinuität bezüglich der ausbezahlten Honorare zu gewährleisten, wird folgendes Prozedere vereinbart:

- a) Im Jahr 2021 erfolgt der Abzug der Kürzungsbeträge der/des jeweiligen Vertragspartnerin/Vertragspartners mit der Endabrechnung des 4. Quartal 2021.
- b) Ab dem Jahr 2022 bis zum Ende dieser Regelung erfolgt der Abzug der Kürzungsbeträge quartalsweise in vier Teilbeträgen.
- c) In den ersten drei Quartalen eines Abrechnungsjahres erfolgt ein vorläufiger Abzug des jeweiligen Kürzungsbetrages je Quartal auf Basis eines Viertels der jeweils für das Jahr anzuwendenden Limesgrenzen. Der daraus entstehende Kürzungsbetrag wird auf die einzelnen Vertragspartnerinnen/Vertragspartner entsprechend deren Honorarvolumen in diesem Quartal heruntergebrochen.
- d) Mit der Endabrechnung des 4. Quartals eines Jahres erfolgt eine endgültige Berechnung der Degression über das Gesamtjahr und der Ausgleich zu den vorläufigen Kürzungen der/des einzelnen Vertragspartnerin/Vertragspartners.

4. Änderungen der Anlage E zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 – Tarif für Vertragsärztinnen/-ärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten für Hygiene und Mikrobiologie)

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 werden folgende Laborparameter neu im Honorarkatalog aufgenommen:

- **Pos. Ziff. 11.45 - IGRA (TB Elispot, Quantiferon)**
Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung IGRA
 - *Ausschluss einer latenten Tuberkulose vor Behandlungsbeginn mit Medikamenten, für die dies laut Fachinformation erforderlich ist (z.B. Biologica)*
 - *Patientinnen/Patienten mit einer HI-Virus Infektion nur vor einer Therapieentscheidung einer behandlungsbedürftigen Infektion mit Mycobacterium-tuberculosis-complex (außer BCG).*

- Vor Einleitung einer Dialysebehandlung bei chronischer Niereninsuffizienz.
- Vor Durchführung einer Organtransplantation (Niere, Herz, Lunge, Leber, Pankreas).
- Bei positivem Tuberkulin-Hauttest zum Ausschluss einer Kreuzreaktion mit BCG
- Bei negativem Tuberkulin-Hauttest und Verdacht auf eine Tuberkuloseinfektion bei Anergie (klinischer oder radiologischer Tuberkulose-Verdacht)
- Schwangeren, wenn eine kurz zurückliegende Infektion oder eine definierte Immunsuppression, vor allem eine HIV-Infektion vorliegt

Zuweisung nur von Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin,
max. 1x pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar - 60,00 Euro

➤ **Pos. Ziff. 07.42** - BNP oder NT-proBNP (N-terminales pro brain natriuretic peptide)

Verrechenbar bei

- Diagnostik und Verlaufskontrolle einer Herzinsuffizienz
- Differenzierung zwischen kardialer und pulmonaler Dyspnoe

Zuweisung nur von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin und Fachärztinnen/-ärzte für Lungenheilkunde.

Max. 1x pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar - 18,80 Euro

➤ **Pos. Ziff. 07.55** - S100 Tumormarker

Verrechenbar im Rahmen der Ausbreitungsdiagnostik und Verlaufskontrolle bei gesichertem malignen Melanom (ab Stadium IB)

Nur bei Zuweisung von Fachärztinnen/-ärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Max. 1x pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar - 16,08 Euro

➤ **Pos. Ziff. 15.08** – Calprotectin im Stuhl

Verrechenbar bei

- Differenzierung zwischen entzündlichen und funktionellen Darmerkrankungen bei Verdacht auf eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung
- Verlaufskontrolle/Aktivitätskontrolle bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

Nur bei Zuweisung von Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin und Chirurgie.
1x pro Tag und höchstens 3x pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar - 19,00 Euro

➤ **Pos. Ziff. 18.02** – hrHPV PCR

Verrechenbar

- Bei entsprechend auffälligem Zellbild bei PAP III oder PAP IIID oder PAP IIIG (oder ab Gruppe II-p, II-g oder IIID1 nach Münchner Nomenklatur III)
- nach erfolgter Konisation entsprechend aktuellen Guidelines
- In sonstigen medizinisch begründbaren Einzelfällen entsprechend aktuellen Guidelines
- Nicht verrechenbar für Primärscreening

Max. 1x pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar

*Nur bei Zuweisung von Fachärztinnen/-ärzten für Gynäkologie und Urologie;
Zuweisung von Fachärztinnen/-ärzten für Pathologie nur dann, wenn Abstrich
durch die/den Fachärztin/-arzt für Gynäkologie oder Urologie erfolgt ist;
in max. 0,5 % der Fälle verrechenbar - 37,50 Euro*

5. Änderungen von Leistungen im Honorarkatalog

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 wird folgende Pos. Ziff. des Honorarkatalogs geändert und lautet ab diesem Datum wie folgt:

- **Pos. Ziff. 07.35 25-Hydroxy-Cholecalciferol (25-OH Vitamin D3) bei Verdacht auf Vitamin D3 Mangel – 6,60 Euro**

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

- (1) Die Regelungen betreffend die Honorierung der von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation verrechenbaren Leistungen, gültig bis zum 31. Dezember 2021, werden bis zum 31. Dezember 2026 verlängert. Die im V. bzw. im X. und XV. Zusatzprotokoll zum G(ruppenpraxeng)esamtvertrag vom 1. Jänner 2011 vereinbarten Honorarregelungen für Vertragsfachärztinnen/-ärzten für physikalische Medizin gelten, sofern in der Folge nichts Anderes vereinbart wird, unberührt weiter.
- (2) Die von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation im Zeitraum 1. Jänner 2022 bis 31. Dezember 2026 für Anspruchsberechtigte des Versicherungsträgers gemäß Tarif Anlage I erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Honorarsumme auf der Basis der Summe 2021 von 12.496.881,90 Euro zuzüglich des VPI des jeweiligen Vorjahres (also VPI 2021 für das Jahr 2022 usw.) abgegolten.
- (3) Basis für die Festlegung der im Zeitraum 1. Jänner 2022 bis 31. Dezember 2026 für jede Vertragsfachärztin/-facharzt für physikalische Medizin gültigen individuellen Jahresrichtsummen ist die zum Stichtag 31. Dezember 2021 gültige Jahresrichtsumme.
- (4) Diese individuelle Jahresrichtsumme wird für die Jahre 2022 bis 2026 per 1. Jänner gegenüber der Vorjahresrichtsumme im selben Ausmaß angehoben, wie die gemäß Absatz 2 für alle Vertragsfachärztinnen/-fachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen garantierte maximale Jahressumme gegenüber dem Vorjahr erhöht wird.
- (5) Die im X. Zusatzprotokoll zum G(ruppenpraxeng)esamtvertrag vom 1. Jänner 2011 unter Ziffer IX der Anlage B geregelte Durchrechnung etwaiger Über- oder Unterschreitungsbeiträge sowie der daraus resultierende Ausgleich erfolgt für den Zeitraum 2022 bis 2026 mit der Abrechnung des 4. Quartals 2026.

- (6) Grundlage der Honorierung der von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erbrachten Leistungen vom 1. Jänner 2022 bis 31. Dezember 2026 ist der zum 31. Dezember 2021 gültige Tarifkatalog. Zu- und Abschläge gelten für diesen Zeitraum gemäß den bereits beschlossenen Bestimmungen der Zusatzprotokolle zum G(ruppenpraxeng)esamtvertrag vom 1. Jänner 2011, die Valorisierung der in Euro ausgewiesenen Beträge erfolgt um den VPI des jeweiligen Vorjahres.
- (7) Die Kasse erklärt ihre Absicht, eine gleichlautende Vereinbarung zur Honorierung für Institute für Physikalische Medizin und Rehabilitation abzuschließen.
- (8) Mit Verweis auf die Regelungen der Bewegungstherapie, V. der Anlage B des X. Zusatzprotokolls zum G(ruppenpraxeng)esamtvertrag vom 1. Jänner 2011, wird – unter Beibehaltung der diesbezüglich verankerten Bestimmungen - Folgendes geregelt:
Der Mindestanteil an Bewegungstherapie in Prozent an allen erbrachten Therapieleistungen des Leistungskataloges beträgt im Betrachtungszeitraum der Jahre 2022 bis 2026 weiterhin 23 % pro Jahr.
In Ergänzung zu den Regelungen des XV. ZP zum G(ruppenpraxeng)esamtvertrag vom 1. Jänner 2011 kommt es bei Unterschreiten des in diesen Regelungen festgehaltenen Mindestanteiles im Jahr 2020 im Hinblick auf die pandemiebedingten Auswirkungen allerdings zu keinem Abschlag bei der jährlichen Abrechnungssumme. Eine Korrektur der Auszahlungssumme des Jahres 2020 ist nicht erforderlich, da diese mit der Auszahlung der individuellen Honorarsumme an die Vertragspartnerinnen/Vertragspartner obsolet ist.
- (9) Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, die das mit der Kasse bestehende Einzelvertragsverhältnis spätestens bis zum 31. Dezember 2026 beenden, haben Anspruch auf eine Einmalzahlung gemäß den Regelungen nach Punkt VI. des XIV. Zusatzprotokolls zum G(ruppenpraxeng)esamtvertrag vom 1. Jänner 2011.

XI. Fachgruppe Pathologie

A. Regelungen für 2021

Die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Pathologie erfolgt bis zum 31. Dezember 2021 nach den für diese Fachgruppe zum 31. Dezember 2020 gültigen Tarifen.

B. Regelungen für 2022

1. Honorierung

- (1) Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 erhalten die Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Pathologie eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 2,5 % ihrer Honorarsumme des Jahres 2020.
- (2) Das durch die Erhöhung gemäß Abs. 1 verfügbare Honorarvolumen wird gemäß Punkt 2. auf die nachfolgenden Positionstarife umgelegt.

2. Änderungen der Anlage F zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 – Tarif für Vertragsärztinnen/-ärzten für Pathologie

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2022 werden die im Folgenden aufgelisteten Einzelleistungen geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

- **„Pos. Ziff. 54.01 – Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten, die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden) maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unabhängig der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar – EUR 29,70“**
- **„Pos. Ziff. 54.02 – Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unabhängig der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar – EUR 29,70“**
- **„Pos. Ziff. 52.01 - Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 52.02 verrechenbar. – EUR 13,50“**
- **„Pos. Ziff. 52.02 - Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 52.01 verrechenbar – EUR 16,70“**

XII. Änderungen zum Gesamtvertrag ab 1. Oktober 2021

a) Vereinbarung über die Zurverfügungstellung des Ordinationsbedarfs

- a) Entgegen der Bestimmung des XVII. Zusatzprotokolls vom 16. März 2021 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 wird das Inkrafttreten des XIII. Zusatzprotokolls vom 25. September 2019 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011, mit Ausnahme der Regelung für den Ärztefunkdienst, einvernehmlich auf unbestimmte Zeit verschoben. Eine Aufhebung dieser Vereinbarung durch die Kammer ist mit einer Vorlaufzeit von einhalb Jahren bekanntzugeben.

b) Eine Aufhebung der Vereinbarung der Verschiebung des Inkrafttretens des XIII. Zusatzprotokolls vom 25. September 2019 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 zur Ordinationsbedarfsauslagerung durch die Kasse ist unter folgenden Bedingungen möglich: Sollten bestehende Verträge zwischenzeitlich von den Vertragspartnern für die Versorgung mit Ordinationsbedarf gekündigt werden, sind sofort bei Einlangen der Kündigung Gespräche über die weitere Vorgehensweise zwischen den Vertragsparteien aufzunehmen. Bei erfolglosem Verlauf dieser Gespräche würde die aufgeschobene Vereinbarung über die Zurverfügungstellung des Ordinationsbedarfs mit der Wirksamkeit der Kündigung des Ordinationsbedarfs durch den Vertragspartner in Kraft treten und somit ab diesem Zeitpunkt die Ablöse des Sachbezugs in eine Geldleistung wirksam werden.

b) Zusatzvereinbarung über die Erbringung telemedizinischer Leistungen

a) § 26 Absatz 1 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 wird mit 1. Jänner 2022 wie folgt geändert:

„§ 26 Behandlung in der Ordination

(1) Gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die die/den Vertragsärztin/-arzt aufsuchen, besteht grundsätzlich Behandlungspflicht in der Ordination. Ausgenommen davon ist eine Behandlung unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln gemäß Anlage 13 für die Dauer der Gültigkeit der Vereinbarung.“

b) Die Vereinbarung über die Erbringung telemedizinischer Leistungen gemäß Anlage B dieses Zusatzprotokolls wird mit 1. Jänner 2022 als Anlage 13 dem Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 angefügt.

c) Barrierefreiheit

a) Zur Gleichstellung, Vereinheitlichung und Aktualisierung der Regelungen zur Barrierefreiheit von niedergelassenen Ordinationen, wird für Einzelpraxen Folgendes festgelegt:

„§ 13 Behindertengerechte Ordination

„(1) Seit dem Inkrafttreten des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes besteht die Verpflichtung, "die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung zu beseitigen oder zu verhindern“. Das Gesetz findet auch auf ärztliche Ordinationen Anwendung, sodass die vorgesehenen Regelungen seit 1. Jänner 2016 berücksichtigt sein müssen.

(2) Alle ab dem 1. Jänner 2022 erfolgenden Neuinvertragnahmen sowie alle Vertragsärztinnen/-ärzte, welche während einer aufrechten Vertragspartnerschaft einen Standortwechsel durchführen, haben jedenfalls die Bestimmungen des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes zu erfüllen und gemäß dem entsprechenden Gesetz barrierefrei zugänglich zu sein.“

b) Anlage 4 des Gesamtvertrags für Einzelpraxen wird einvernehmlich entfernt.

d) Stellenplan

- a) Mit Wirkung vom 1. Oktober 2021 tritt ein neuer Stellenplan in Kraft. Hierfür wird dem Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 eine neue Anlage 14 (Anlage A zu diesem Zusatzprotokoll) angefügt, in welcher die Anzahl der Vertrags(fach)ärztinnen/(fach)ärzte, deren Verteilung auf die einzelnen Versorgungsregionen und weitere Grundsätze zur Stellenplanung festgelegt werden.
- b) Mit Inkrafttreten des neuen Stellenplans wird die in § 9 Abs. 3 der Anlage 11 zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 festgesetzte Zahl von Vertragsfachärztinnen/-ärzten für Radiologie auf 73 abgeändert. Die sonstigen Bestimmungen von § 9 Abs. 3 der Anlage 11 bleiben unverändert bestehen.
- c) § 4 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 wird wie folgt geändert:

„§ 4 Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsärztinnen/-ärzte

(1) Die Zahl der Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin (inklusive Gruppenpraxen, Anstellungen gemäß § 2 der Anlage 11, Primärversorgungseinheiten und sonstiger anzurechnender Stellen gemäß der Anlage 14) beträgt 800. Davon entfallen 126 Vertragsarztstellen auf die 36 im ambulanten regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) vorgesehenen Primärversorgungseinheiten, deren sukzessive Ausschreibung bis 2025 zwischen Kammer und Kasse vereinbart wurde. Die Aufteilung auf die einzelnen Versorgungsregionen erfolgt gemäß Anlage 14.

(2) Die Zahl der Vertragsfachärztinnen/-ärzte (inklusive Gruppenpraxen, Anstellungen gemäß § 2 der Anlage 11 und sonstiger anzurechnender Stellen gemäß der Anlage 14, ausgenommen Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Zahnärztinnen/-ärzte) einschließlich der Vertragsfachärztinnen/-ärzte der technischen Fächer (medizinische und chemische Labordiagnostik, Radiologie, Physikalische Medizin und medizinische Rehabilitation, Pathologie und Nuklearmedizin) beträgt 1000. Die Aufteilung der Gesamtzahl auf die einzelnen Fachgebiete erfolgt gemäß Anlage 14.

(3) Wird die vertragsärztliche Tätigkeit in der Form einer Vertragsgruppenpraxis oder als Primärversorgungseinheit ausgeübt, so verringert sich die Anzahl der Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärztinnen/-ärzte jeweils um die Anzahl der Gesellschafterinnen/Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen.

(4) Die Anzahl der Vertragsärztinnen/-ärzte, mit denen die Kasse Einzelverträge gemäß den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages abgeschlossen hat, die Anzahl der Gesellschafterinnen/Gesellschafter aller Vertragsgruppenpraxen, mit denen die Kasse Gruppenpraxiseinzelverträge gemäß den Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 abgeschlossen hat sowie Primärversorgungseinheiten gemäß Primärversorgungsgesamtvertrag, die Anzahl der angestellten Ärztinnen/Ärzte gemäß Anlage 11 dieses Gesamtvertrages sowie Anlage 9 des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 und sonstiger gemäß der

Anlage 14 anzurechnender Stellen darf insgesamt die in Abs. 1 und 2 genannten Kopfzahlen nicht übersteigen.

(5) Die örtliche Verteilung der Vertragsfachärztinnen/-ärzte erfolgt grundsätzlich nach Anlage 14. Diese Aufteilung dient bei den Vertragsfachärztinnen/-ärzten zur Orientierung für eine regional ausgewogene örtliche Verteilung. Entscheidungen über Verschiebungen innerhalb eines Fachgebietes zwischen den Versorgungsregionen und Entscheidungen über Verschiebungen zwischen den Fachgebieten können im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse getroffen werden.

(6) Dabei ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärztinnen/-ärzte (bzw. Vertragsgruppenpraxen) freigestellt sein.

(7) Wird ein Einvernehmen über die örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen/-ärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen sowie über die beantragte Abänderung der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.

(8) Beabsichtigt die Kasse zusätzliche Verträge mit sonstigen Einrichtungen abzuschließen, die Leistungen von Vertragsärztinnen/-ärzten anbieten, so hat sie die Kammer im Vorhinein zu informieren.“

e) Strukturtopf

§ 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 wird wie folgt geändert:

„§ 5 Strukturentwicklung

(1) Wird eine Stelle ab 1. Oktober 2015

I) am Standort nicht nachbesetzt und entweder

a) für die Gründung einer neuen oder Erweiterung einer bestehenden Gruppenpraxis oder

b) als Einzelordination in einem anderen Fachgebiet verwendet oder

c) als Einzelordination in gleichem Fachgebiet so verwendet, dass der bisherige Versorgungsstandort regional nicht mehr umfasst wird oder

II) am bisherigen Standort nachbesetzt und übernimmt der

Kassenplanstellennachfolger nicht die Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers oder

III) mangels versorgungspolitischer Notwendigkeit nicht nachbesetzt erhält der bisherige Inhaber des Einzelvertrags, der die Absicht seine vertragsärztliche Tätigkeit zu beenden schriftlich mitgeteilt hat, oder dessen Erben, eine Investitionsablöse gemäß der in Absatz 2 festgelegten Höhe und Zahlungsmodalitäten.

(2) Die Investitionsablöse ist von der Kündigung des Einzelvertrages durch die/den Vertragsärztin/-arzt oder seinem Tod abhängig. Sie wird auf Basis von einem Drittel des nachgewiesenen, durchschnittlichen Jahresumsatzes der letzten drei Kalenderjahre die vor der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit liegen ermittelt und wird mit der Restzahlung des letzten Quartals des aufrechten Einzelvertrages fällig und mit dieser ausbezahlt.

(3) Ab dem Jahr 2022 erfolgt eine dauerhafte jährliche Dotierung des Strukturtopfes in Höhe von 2.350.000,00 Euro.

(4) Die Zahlungen gemäß dieser Bestimmung werden von der Kasse ab 2021 auch dann getätigt, wenn sie von der jeweiligen Jahressumme im Strukturtopf nicht gedeckt sind. Ein durch erhöhte Ablösezahlungen allenfalls entstehender Negativsaldo im Strukturtopf wird bei der Aufteilung der für das Folgejahr vereinbarten Tarifierhebung in Abzug gebracht.

(5) Die Regelungen über die Investitionsablöse gelten nicht für Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Radiologie, medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie und Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation und Nuklearmedizin.

(6) Im Sinne einer Strukturbereinigung kann die Nachbesetzung von Ordinationsstandorten von Vertragsfachärztinnen/-ärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik nur unter der Voraussetzung der gleichzeitigen Gründung einer Gruppenpraxis gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen erfolgen.

(7) Einzelordinationen von Vertragsfachärztinnen/-ärzten für Radiologie werden im Sinne einer Strukturreform nicht mehr nachbesetzt. Fusionen von einzelnen Vertragsfachärztinnen/-ärzten für Radiologie zu Gruppenpraxen sowie Anschlüsse an bestehende Vertragsgruppenpraxen bedürfen der vorherigen ausdrücklichen Zustimmung des Invertragnahmeausschusses.

(8) Mit Beschluss des Invertragnahmeausschusses können die Gesamtvertragsparteien bestimmen, dass die Nachbesetzung von Ordinationsstandorten für Vertragsärztinnen/-ärzte anderer Fachrichtungen als den in Abs. 6 und 7 genannten – allenfalls auch für einen befristeten Zeitraum – nur unter der Voraussetzung der gleichzeitigen Gründung einer Gruppenpraxis gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen erfolgen kann.

(9) Im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien können in speziellen Situationen Vertragsärztegruppen zur Verbesserung der Versorgung der Anspruchsberechtigten finanziell gefördert werden. Die genauen Modalitäten der Förderung sind zwischen den Vertragsparteien festzulegen.

(10) Die Kasse wird die Kammer im Rahmen des Invertragnahmeausschusses regelmäßig über die erfolgten Zahlungen sowie die Höhe der erfolgten Zahlungen und den aktuellen Saldo des Strukturtopfes informieren.

c) Änderungen sonstiger gesamtvertraglicher Bestimmungen

a) In sämtlichen Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden jeweils die Bezeichnungen „Versicherungsträger“, „in § 2 genannte Versicherungsträger“ und „Wiener Gebietskrankenkasse“ durch „Österreichische Gesundheitskasse“ ersetzt.

b) Weiters wird in sämtlichen Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 die Bezeichnung „Hauptverband (der österreichischen Sozialversicherungsträger)“ durch „Dachverband (der Sozialversicherungsträger)“ ersetzt.

c) § 1 Abs. 3 sowie § 3 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden gestrichen.

d) Änderungen Anlage 3 (Muster-Einzelvertrag)

Die Anlage 3 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 wird durch eine neue Anlage 3 (aktualisierter Muster-Einzelvertrag; Anlage C zu diesem Zusatzprotokoll) ersetzt.

e) Änderungen der Anlage 12 (Geschäftsordnung für den Invertragnahmeausschuss)

§ 6 Abs. 3 und 4 der Anlage 12 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden wie folgt geändert:

„(3) In folgenden Angelegenheiten kann die Beschlussfassung auch mittels Umlaufbeschluss erfolgen:

- a) Anträge auf Standortverlegungen*
- b) Anträge auf Zahlung aus dem Strukturfonds*
- c) Reihung von Bewerberinnen/Bewerbern*
- d) Anträge auf Job-Sharing*
- e) Anträge auf Anstellungen zur gemeinsamen Abdeckung einer Kassenplanstelle*
- f) Ausschreibungen von Kassenplanstellen*
- g) Anträge auf Verlängerung der vertragsärztlichen Tätigkeit über das 70. Lebensjahr hinaus*
- h) Auszahlung Digitalisierungszuschlag*
- i) Antrag auf SVÖ-Bonus*

(4) Ein Umlaufbeschluss nach Absatz 3 ist als Beilage in das Protokoll der nächstfolgenden Sitzung des IVA aufzunehmen. Die jeweilige Angelegenheit bedarf jedoch keiner zusätzlichen Beschlussfassung in der Sitzung.“

f) Änderungen Gesamtvertragliche Vereinbarung gemäß § 342b Abs 4 und 5 ASVG

“Regionaler Primärversorgungsvertrag Wien”

In § 6 der Gesamtvertraglichen Vereinbarung gemäß § 342b Abs 4 und 5 ASVG “Regionaler Primärversorgungsvertrag Wien“ wird nach Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Primärversorgungsnetzwerke können die Honorarabrechnung ohne Abzüge bis zum 15. des zweiten auf das Quartalsende folgenden Monats übermitteln. Für danach übermittelte Abrechnungen erfolgt ein Abzug in der Höhe von 2 % des im betreffenden Abrechnungsquartal gebührenden Bruttohonorars. Diese Möglichkeit besteht für ein Jahr ab dem Zeitpunkt der Invertragnahme. Nach Ablauf dieses Jahres gelten wieder die allgemeinen in Abs. 2 genannten Regelungen betreffend die Übermittlungsfristen der Abrechnung.“

XIII. Gemeinsame allgemeine Zielsetzungen

- (1) Die Kasse möchte zeitnah eine elektronische Zuweisungsmöglichkeit umsetzen. Die Kammer steht einer technischen Lösung für eine elektronische Zuweisung grundsätzlich positiv gegenüber, hält aber das bestehende eKOS der Sozialversicherung für nicht

umsetz- bzw. anwendbar. Die Kammer wird im Laufe der Jahre 2021/2022 mit Vorschlägen für eine technische Lösung einer elektronischen Zuweisung auf die Kasse zukommen und hält fest, dass jegliche weitere dahingehende Entwicklungen ausschließlich unter Einbindung der Kammer stattfinden sollen.

Wien, am 25. Jänner 2022

Für die Ärztekammer für Wien

VP MR Dr. Johannes Steinhart
Obmann der Kurie der
niedergelassenen Ärzte

ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, PhD
Präsident

Für die Österreichische Gesundheitskasse

Für den leitenden Angestellten

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stellvertreter

KommR Matthias Krenn

Anlagen:

Anlage A – Zusatzvereinbarung betreffend die Stellenplanung im Bundesland Wien

Anlage B – Zusatzvereinbarung über die Erbringung telemedizinischer Leistungen

Anlage C – aktualisierter Muster-Einzelvertrag

Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte (Kammer), einerseits und der Österreichischen Gesundheitskasse (Kasse) andererseits zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 betreffend die Stellenplanung im Bundesland Wien.

Präambel

Mit dem XIV. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 haben Kammer und Kasse die Absicht formuliert, den Stellenplan schrittweise an den regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) anzupassen. Mit dieser Vereinbarung wird diese Anpassung an den RSG mit Planungshorizont 2025 dem Grunde nach festgelegt.

§ 1

Allgemeinmedizinische Versorgung

- (1) Die regionale Verteilung der PVE erfolgt grundsätzlich nach den Festlegungen im RSG bzw. individuellen LZK-Beschlüssen sowie der einvernehmlichen Festlegung zwischen Kammer und Kasse. Die regionale Verteilung der Vertragsarztstellen für Allgemeinmedizin erfolgt folgendermaßen:

Versorgungsregionen	Kassenplanstellen
VR 91	344
VR 92	304
VR 93	152
Summe	800

- (2) Die 126 Stellen für Allgemeinmedizin, die auf die im RSG 2025 vorgesehenen 36 Primärversorgungseinheiten entfallen, sind in der Gesamtzahl gemäß Abs. 1 enthalten und werden einvernehmlich für Primärversorgungseinheiten herangezogen.

§ 2

Fachärztliche Versorgung

- (1) Die Kassenplanstellen für Vertragsfachärztinnen/-ärzte verteilen sich auf die einzelnen Fachgebiete wie folgt:

Fachgebiet	Kassenplanstellen
Augenheilkunde und Optometrie	97
Chirurgie	44
Haut- und Geschlechtskrankheiten	77
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	102
Innere Medizin	114
Kinder- und Jugendheilkunde	90
Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde	69
(Innere Medizin und) Lungenkrankheiten	44
Neurologie	39
Orthopädie und Traumatologie	97
Urologie	50
Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin	39
Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin	15
Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation	14
Radiologie	73
medizinische und chemische Labordiagnostik	23
Pathologie	11
Nuklearmedizin	2
Summe	1.000

- (2) Um dem Gedanken best-point-of-service Rechnung zu tragen, wird das Fachgebiet Nuklearmedizin in die Stellenplanung neu aufgenommen. Die dem Fachgebiet Nuklearmedizin zugeordneten Kassenplanstellen werden nur bei vollständiger und dauerhafter Finanzierungssicherheit für die Kasse („Geld folgt Leistung“) umgesetzt werden.
- (3) Die regionale Verteilung der Vertragsfachärztinnen/-ärzte inkl. Vertragsgruppenpraxen wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur unter Bedachtnahme auf den von der Wiener Landeszielsteuerungskommission beschlossenen, ambulanten regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in § 5 abgebildet und dient zur Orientierung für eine regional ausgewogene örtliche Verteilung. Entscheidungen über Verschiebungen innerhalb eines Fachgebietes zwischen den Versorgungsregionen und zwischen den Fachgebieten erfolgen einvernehmlich zwischen Kammer und Kasse im Rahmen des Invertragnahmeausschusses.
- (4) Die Anhebung der Anzahl der Kassenplanstellen im Bereich der Vertragsfachärztinnen/-ärzte von bisher 970 auf 1.000 ist insbesondere auch deswegen notwendig, um auf die von den Vertragsfachärztinnen/-ärzten beobachteten ständig steigenden Auslagerungen aus dem intramuralen in den extramuralen Bereich zu reagieren und so steigende Wartezeiten zum Wohle der Versicherten hintanzuhalten.

- (5) Bei Auslagerungsprojekten, die zwischen der Stadt Wien, der Kasse und der Kammer im fachärztlichen Bereich vereinbart werden, sind die Finanzierung und die allfällige Anrechnung auf den Stellenplan vorweg zu vereinbaren.

§ 3

Weitere Grundsätze

- (1) Kammer und Kasse kommen überein, dass die unter § 1 und 2 angeführten Kassenplanstellen, die mit Stichtag 1. Juli 2021 noch nicht besetzt sind, stufenweise bis 2025 ausgeschrieben werden. Auch werden jene im gegenständlichen Stellenplan enthaltenen Stellen, die frei werden, grundsätzlich nachbesetzt. Die Entscheidung über die Ausschreibungen (neue und nachzubesetzende Stellen) erfolgt im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse im Rahmen des Invertragnahmeausschusses.
- (2) Kammer und Kasse kommen überein, dass die aktuellen Festlegungen von Anzahl und örtlicher Verteilung von Kassenplanstellen auch dazu genutzt werden, um eine Bereinigung und administrative Vereinfachung in diesem Bereich umzusetzen. Dies beinhaltet:
- a. korrekte und vollständige Abbildung von bestehenden Vertrags- und Anstellungsverhältnissen mit Aufstockung um eine Stelle im Stellenplan („jede/jeder Vertragsärztin/-arzt hat eine KPS“)
 - b. Abschaffen des Führens einer Strukturentwicklungsreserve gemäß § 5 Abs. 3 und 4 des Gesamtvertrages und des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 und sonstiger bisher geführter Listen (z.B. Depotliste)
 - c. Rückführung von vor dem Jahr 2019 im IVA zugesprochenen aber bis zum 30. Juni 2021 nicht genutzten oder erfolglos ausgeschriebenen Kassenplanstellen durch die/den Stelleninhaberin/Stelleninhaber nach Aufforderung zur Verwendung oder Rücklegung und gemeinsamen Beschluss im IVA
- (3) Hinsichtlich der Anrechnung von Versorgungsformen außerhalb des Vertragsarztregimes auf den Stellenplan wird im Einvernehmen von Kammer und Kasse folgende Vorgehensweise festgelegt:

- a. Anrechnung der in den Kindermedizinischen Zentren (vorerst Kindermedizinische Zentren der Kindermedizinisches Zentrum Augarten GmbH und der Dr. Yildirim GmbH) tätigen Ärztinnen/Ärzte entsprechend deren Fachrichtung.
- b. Anrechnung von spitalsentlastenden Versorgungsformen, wie Erstversorgungsambulanzen (EVA), Kindernotdienstordinationen (KIND), Allgemeinmedizinische Akutordination (AMA), MVA etc., die gleichzeitig ein mit dem niedergelassenen Bereich vergleichbares Leistungsspektrum haben und deren Einsatzzeiten wochentags zwischen 7 und 19 Uhr liegen. Die Anrechnung erfolgt im Ausmaß der ärztlichen Vollzeitäquivalente (VZÄ), die zu den definierten Einsatzzeiten in diesen Versorgungsformen tätig sind, wobei ein VZÄ als eine Planstelle gerechnet wird (z.B. die Summe der geöffneten Stunden im Monat, abzüglich jener Stunden am Wochenende und am Feiertag und nachts zwischen 19 und 7 Uhr, geteilt durch 40).
- c. Anrechnung von durch die Kammer oder ihrer Gesellschaften betriebenen Versorgungsformen, wie z.B. Checkboxes, Ärztefunkdienstprojekte etc. sofern hier ein mit dem niedergelassenen Bereich vergleichbares fachliches und zeitliches vertragsärztliches Leistungsspektrum erbracht wird.
- d. Job Sharing Modelle gemäß Anlage 7 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden als eine Stelle im Stellenplan gezählt.

§ 5

Regionale Verteilung der Vertragsfachärztinnen/-ärzte

Fachgebiet	Wien gesamt	VR 91 Wien-Mitte- Südost*	VR 92 Wien-West*	VR 93 Wien-Nordost*
AU	97	47	35	15
CH	44	16	19	9
DER	77	35	31	11
GGH	102	45	39	18
IM	114	56	39	19
KI	90	36	35	19
HNO	69	33	25	11
PUL	44	20	18	6
NEU	39	19	14	6
ORTR	97	43	33	21
URO	50	24	16	10
PSY	39	15	15	9
KJP	15	7	6	2
NUK-M	2	-	-	-
RAD	73	36	23	14
PHYSIKO	14	6	6	2
LABOR	23	-	-	-
PATHO	11	-	-	-
Summe	1000	462	355	183

**) Die Zahlen dienen lediglich zu einer Orientierung für eine regional ausgewogene Versorgung (§ 2 Abs. 3)*

§ 6

Wirksamkeit

Die Regelungen zum neuen Stellenplan gemäß dieser Vereinbarung treten mit 1. Oktober 2021 in Kraft.

Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte (Kammer) einerseits, und der Österreichischen Gesundheitskasse (Kasse) andererseits zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 betreffend die Erbringung telemedizinischer Leistungen.

§ 1 Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt für die Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte (mit Ausnahme der Fachbereiche Radiologie, Physikalische Medizin, medizinische und chemische Labordiagnostik, Pathologie und Nuklearmedizin).

§ 2 Definition der Telemedizin

In dieser Vereinbarung wird als Telemedizin die Bereitstellung von ärztlichen Leistungen durch Vertragsärztinnen/-ärzten mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (Telefon und Video) für den Fall verstanden, dass die/der Patientin/Patient oder die/der Angehörige des Gesundheitsberufs (bzw. zusammenwirkende Angehörige eines Gesundheitsberufs) nicht am selben Ort sind.

§ 3 Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen auf Kassenkosten ist zulässig, wenn diese ärztlich vertretbar, berufsrechtlich zulässig, zweckmäßig und genauso erfolgsversprechend wie eine persönliche Leistungserbringung ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt eingehalten wird. Darüber hinaus sind die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie die Datenschutzgrundverordnung einzuhalten. Die/der Vertragsärztin/-arzt ist aber nicht verpflichtet, telemedizinische Leistungen anzubieten.

§ 4 Honorierung telemedizinischer Leistungen

(1) Telemedizinische Leistungen werden nach der jeweils geltenden Honorarordnung in gleicher Höhe honoriert, wie wenn die Leistung in der Ordination ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird. Das Verlangen und die Entgegennahme einer Zuzahlung zum Kassenhonorar für die telemedizinische Leistungserbringung ist unzulässig.

- (2) Telemedizinisch verrechenbar sind nur jene Leistungen, deren Dauer und Inhalt vergleichbar mit einer persönlichen Leistungserbringung in der Ordination sind. Terminvereinbarungen und schriftliche Korrespondenz mit Patientinnen/Patienten per E-Mail oder SMS gelten jedenfalls nicht als Telekonsultationen.
- (3) Zieht die/der Vertragsärztin/-arzt im Rahmen einer telemedizinischen Fallkonferenz bzw. eines telemedizinischen Konsiliums eine/einen andere/anderen im selben Bundesland niedergelassene/niedergelassenen Vertragsärztin/-arzt bei, kann die/der beigezogene Vertragsärztin/-arzt die in der Honorarordnung vorgesehene Grundleistung (Fallpauschale, fachspez. Zuschläge, Konsultation) sowie bei Vorliegen der Voraussetzungen auch weitere (Sonder-)Leistungen verrechnen, wobei allerdings die zusätzliche Verrechenbarkeit einer in der Honorarordnung vorgesehenen Position für ein Konsilium nicht in Frage kommt.
- (4) Wird die telemedizinische Leistung abgebrochen – z.B. wegen technischer Probleme – kann die Leistung nur verrechnet werden, wenn die bis zur Unterbrechung erbrachte Leistung zweckmäßig durchgeführt werden konnte und damit von medizinischem Nutzen ist.
- (5) Wird die O-Card bereits bei der Terminabstimmung zur Prüfung des Leistungsanspruchs verwendet, muss die/der Vertragsärztin/-arzt für eine Stornierung sorgen, wenn die telemedizinische Leistung dann nicht erbracht wird.
- (6) Telemedizinisch verrechenbar sind alle von den jeweiligen Honorarordnungen vorgesehenen Konsultations- und Gesprächspositionen.
- (7) Zum Zwecke der Kennzeichnung der telemedizinischen Krankenbehandlung werden in den Honorarordnungen, welche für die von der gegenständlichen Vereinbarung umfassten Fachbereiche zur Anwendung kommen, mit 1. Jänner 2022 folgende Positionen zur Kennzeichnung der persönlichen und telemedizinischen Behandlung aufgenommen:

Behandlung in der Ordination	Behandlung mittels Telefon	Behandlung mittels Video	
<i>Pos. Ziff.</i>	<i>Pos. Ziff.</i>	<i>Pos. Ziff.</i>	
8a	8aT	8aV	für die 1. Konsultation innerhalb eines Quartals
8b	8bT	8bV	für die 2. Konsultation innerhalb eines Quartals
8c	8cT	8cV	für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals
8d	8dT	8dV	für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals

8e	8eT	8eV	für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals
8f	8fT	8fV	für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals
8g	8gT	8gV	für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals
8h	8hT	8hV	für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals
8i	8iT	8iV	für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals

- (8) Eine gleichzeitige Verrechnung unterschiedlicher Konsultationsarten (Ordination, Telefon und/oder Video) für ein und dieselbe Konsultation ist ausgeschlossen.
- (9) Eine gleichzeitige Verrechnung einer telemedizinischen Behandlung und einer persönlichen Behandlung in der Ordination sowie eine Verrechnung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag ist nur mit medizinischer Begründung möglich.
- (10) Die telemedizinischen Leistungen sind nur verrechenbar, wenn sämtliche Bedingungen dieser Vereinbarung erfüllt sind.

§ 5 Voraussetzungen auf Seiten der Patientinnen/Patienten

- (1) Eine telemedizinische Leistung darf nur mit ausdrücklicher Einwilligung der/des Patientin/Patienten erbracht werden. Der/dem in Behandlung übernommenen Patientin/Patienten muss immer auch die Möglichkeit freigestellt sein, die/den Vertragsärztin/-arzt anstelle einer telemedizinischen Behandlung persönlich aufzusuchen.
- (2) Telemedizinische Behandlungen sind nur bei bekannten Patientinnen/Patienten, also bei Patientinnen/Patienten zulässig, die bei der/dem Vertragsärztin/-arzt bzw. bei der Vertragsgruppenpraxis bereits persönlich in Behandlung waren. Ausgenommen von einer vorangegangenen persönlichen Behandlung ist die telemedizinische Leistungserbringung durch eine/einen Vertreterin/Vertreter in der Ordination bzw. durch eine/einen angestellte/angestellten Ärztin/Arzt.
- (3) Telemedizinische Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn bei Patientinnen/Patienten die Voraussetzungen – einschließlich infrastruktureller Voraussetzungen – für eine telemedizinische Behandlung erfüllt sind und die/der Patientin/Patient geistig und körperlich in der Lage ist, an der telemedizinischen Versorgung mitzuwirken.

§ 6 Infrastrukturelle Voraussetzungen

- (1) Die Erbringung telemedizinischer Leistungen setzt voraus, dass die nötige Vertraulichkeit und Datensicherheit gewahrt bleibt, insbesondere ist bei Videokonsultationen zu gewährleisten, dass diese während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt sind. Die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie der Datenschutzgrundverordnung sind einzuhalten.
- (2) Die/der Vertragsärztin/-arzt hat sich bei Einsatz telemedizinischer Methoden im Rahmen seiner technischen Möglichkeiten von der Identität der/des Patientin/Patienten zu überzeugen.

§ 7 Kosten des Einsatzes telemedizinischer Technologien

- (1) Soweit nicht in der Honorarordnung anders vereinbart, trägt die/der Vertragsärztin/-arzt die Kosten für den Einsatz der von ihm benutzten telemedizinischen Technologien, nicht aber die bei der/dem Patientin/Patienten für den Einsatz der Technologie entstehenden Kosten.
- (2) Die Kasse wird der/dem Vertragsärztin/-arzt auf ihre Kosten ein System zur Videokonsultation zur freien Verfügung (für alle Patientinnen/Patienten, unabhängig von der Versicherungszugehörigkeit) stellen. Dieses System wird keinerlei Daten an die Kasse übertragen bzw. solche nur mit Zustimmung der/des Vertragsärztin/-arztes oder nur dann speichern, wenn sie für die Funktionsfähigkeit des Systems notwendig sind. Nicht gespeichert werden insbesondere der Zeitpunkt und die Dauer von Videokonsultationen. Die Kasse wird über Aufforderung der Kammer binnen 2 Wochen eine Bestätigung des mit der Programmentwicklung betrauten Unternehmens (ITSV GmbH) beibringen, dass die in Satz 2 und 3 genannten Bedingungen erfüllt sind und weiter erfüllt werden. Die/der Vertragsärztin/-arzt ist nicht verpflichtet, dieses System in Anspruch zu nehmen. Nimmt er allerdings andere Systeme in Anspruch, haben diese ebenfalls der Anforderung zu entsprechen, dass die Datenübertragung auf sicherem Weg erfolgt und die Vorgaben des § 5 Abs. 1 erfüllt sind. Außerdem trägt die/der Vertragsärztin/-arzt dann selbst die Anschaffungskosten.

§ 8 Sonstige Bedingungen beim Einsatz von telemedizinischen Methoden

- (1) Beim Einsatz telemedizinischer Methoden muss Vertraulichkeit und eine störungsfreie Abwicklung der Behandlung gewährleistet sein.
- (2) Telemedizinische Behandlungen dürfen – sofern nicht einvernehmlich anderes vereinbart wurde – weder von Patientinnen/Patienten noch von Vertragsärztinnen/-ärzten aufgezeichnet werden.

- (3) Telemedizinische Behandlungen – insbesondere Videokonsultationen – müssen frei von Werbung sein.
- (4) Um eine größtmögliche Benutzerfreundlichkeit für die/den Patientin/Patienten zu gewährleisten, ist ein System zu wählen, welches auch für mobile Geräte (z.B. Smartphone) anwendbar ist. Bei der Wahl des Systems muss die Benutzerfreundlichkeit ein wesentliches Kriterium sein.
- (5) Abbrüche von telemedizinischen Behandlungen bzw. sonstige relevante Funktionseinschränkungen werden im Probebetrieb von den daran teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten dokumentiert.

§ 9 Folgehandlungen

- (1) Eine Verweisung an Krankenanstalten oder Fachärztinnen/-ärzte infolge der telemedizinischen Behandlung ist nur möglich, wenn dringend geboten oder absehbar ist, dass ein Ordinations- oder Krankenbesuch nicht zielführend ist.
- (2) Für die Verordnung von Medikamenten ist die e-Medikation (und sobald implementiert das e-Rezept) zu verwenden, sofern diese für die entsprechende Medikation zur Verfügung steht.
- (3) Über-/Zuweisungen sowie Verordnungen von Heilbehelfen und Hilfsmitteln sollen, wenn möglich, auch ohne direkten Kontakt mit den Patientinnen/Patienten in der Ordination datenschutzrechtlich einwandfrei übermittelt werden. Kammer und Kasse bemühen sich, so rasch als möglich ein elektronisches System zu entwickeln, das dann verwendet werden soll.

§ 10 Befristung der Vereinbarung und Evaluierung

- (1) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung beginnt mit 1. Jänner 2022 zu laufen und ist vorläufig bis 31. Dezember 2023 befristet.
- (2) Der Nutzen der Vereinbarung wird bis spätestens 30. Juni 2023 evaluiert; und zwar mit Blick auf folgende Ergebnisse:
 - Anteil der telemedizinischen Behandlungen (getrennt nach Telefon und Video) an der Gesamtanzahl der Behandlungen
 - Funktionstauglichkeit des Systems (z.B. Anzahl der Abbrüche oder sonstige Mängel)
 - Parallelität von persönlicher und telemedizinischer Behandlung am selben Tag

- Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme und der Durchführung telemedizinischer Behandlungen

(3) Sollte keine der Vertragsparteien bis spätestens 30. September 2023 mit eingeschriebenen Schreiben der Fortführung der Regelung widersprechen, verlängert sich diese auf unbefristete Zeit, wobei jede der Vertragsparteien die Vereinbarung jeweils zum 31. Dezember eines Kalenderjahres mit 6-monatiger Kündigungsfrist gesondert von anderen Gesamtverträgen aufkündigen kann.

Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen Frau/Herrn

Dr.

(im Folgenden Vertragsärztin/Vertragsarzt genannt) und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als ausgeübt.

Berufssitz W I E N

Ordinationsstätte

Ordinationszeiten

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der vertragsärztlichen Tätigkeit wird im Einvernehmen mit der Kammer besonders vereinbart:

	-

	-

	-

	-

	-

	-

§ 4

Die Rechten und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem Gesamtvertrag samt den geltenden Zusatzvereinbarungen, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus dem Einzelvertrag.

§ 5

(1) Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages ihr/sein Einverständnis, dass die von der Kammer beschlossenen und dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Abzüge von ihrem/seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine etwaige Vorentscheidung eines durchgeführten Schlichtungsausschusses als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem .

Wien,

Für die Österreichische Gesundheitskasse

Unterschrift der Vertragsärztin/des Vertragsarztes