

VM1-W-Mag.Eg/Mag.Bra/Hö

Juli 2024

Honorarregelung von 1. Jänner 2023 bis 31. Dezember 2024

Sehr geehrte Frau Doktorin, sehr geehrter Herr Doktor,

mit dem Rundschreiben von Jänner 2024 haben wir über die Vereinbarung einer Honorarregelung für die Jahre 2023 und 2024 mit der Ärztekammer für Wien, Kurie niedergelassene Ärzte, informiert. Nach Beschlussfassung der entsprechenden gesamtvertraglichen Vereinbarungen im zuständigen Gremium möchten wir mit diesem Rundschreiben nun die Ihren Fachbereich betreffenden wesentlichen Änderungen bzw. Neuerungen im Detail erläutern.

1) Honorarsummenzuschlag für 2023

Die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen erhielten für das Jahr 2023 einen Honorarsummenzuschlag in der Höhe von 7,1% ihrer individuellen kurativen Jahreshonorarsumme 2023. Der Honorarsummenzuschlag für das kurative Honorar des 1., 2. und 3. Quartals 2023 wurde im Februar 2024 zur Auszahlung gebracht. Die Auszahlung des Honorarsummenzuschlags für das kurative Honorar des 4. Quartals 2023 erfolgte im Zuge der Endabrechnung des 4. Quartals 2023.

2) Erhöhung der Tarife mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2024

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 erhalten die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 10%; das heißt: Sämtliche zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen kurativen Tarife werden linear um 10% erhöht. Dies erfolgt durch eine Erhöhung des Punktwertes von 0,67 auf 0,737. Die erhöhten Tarife werden erstmals für das 2. Quartal 2024 zur Auszahlung gebracht. Für das 1. Quartal 2024

erfolgt im Juli 2024 eine Nachzahlung in der Höhe der Differenz zwischen den bereits ausbezahlten Tarifen und den erhöhten Tarifen.

3) Umrechnung Punkte

Der Wert der im Folgenden aus dem Honorarkatalog für allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen aufgelisteten Sonderleistungen wird mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 von Eurobeträgen in Punktwerte (Punktwert inkl. Tarifierhöhung = € 0,737) umgerechnet, sodass diese lauten wie folgt:

- **Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal - 27,97 Punkte**
- **„Pos. Ziff. 1 - Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert – 13,433 Punkte“**
- **„Pos. Ziff. 2 - Nachtordination (zwischen 19.00 und 7.00 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit - 29,851 Punkte“**
- **„Pos. Ziff. 3 - Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.**

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren. - 82,09 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 4 - Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung - 119,403 Punkte“**
- **„Pos. Ziff. 5 - Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19.00 und 7.00 Uhr - 134,328 Punkte“**
- **„Pos. Ziff. 9 - Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde.**

Erläuterungen: Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei dieser Patientin/diesem Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren. - 41,045 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 36 - Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem**

Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren. - 82,090 Punkte“

- „**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.

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

Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren. - 23,881 Punkte“

- „**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

Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 20 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.

Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren. - 41,045 Punkte

- „**Pos. Ziff. 120** - Laserchirurgie;
Die Pos. Ziff. ist pro Patientin/Patient, Auge und Kalenderjahr bei folgenden Indikationen verrechenbar (Ausnahmen s. u.):

- 1) Einfache retinale Laserchirurgie
 - a) Peripherer Netzhautdefekt
 - b) Chorioretinopathia centralis serosa
 - c) fokales diabetisches Makulaödem
- 2) Chronisches Offenwinkelglaukom
- 3) Mehrmalige retinale Laserkoagulation
 - a) proliferative diabetische Retinopathie
 - b) präproliferative diabetische Retinopathie
 - c) diffuses diabetisches Makulaödem
 - d) Makulaödem nach retinalem Venenverschluss

- e) Vasoproliferation nach retinalem Venenverschluss
- f) subretinale Neovaskularisation bei altersbedingter Makuladegeneration
- g) subretinale Neovaskularisation bei Myopie
- h) idiopathische subretinale Neovaskularisation
- i) seltene Indikationen (z.B. Periphlebitis retinae)

Bei Vorliegen folgender Indikationen

- a) proliferative diabetische Retinopathie
- b) präproliferative diabetische Retinopathie
- c) diffuses diabetisches Makulaödem
- d) Vasoproliferation nach retinalem Venenverschluss

ist die Verrechnung der Leistung viermal pro Patientin/Patient, Auge und Kalenderjahr möglich.

Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 120 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen. – 515,224 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 121 – Fluoreszenzangiographie**
Die Verrechnung ist grundsätzlich mit zwei Untersuchungen pro Patientin/Patient und Kalenderjahr limitiert, darüber hinaus nur in besonders medizinisch begründeten Fällen zulässig.
Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 121 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen. - 143,179 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 123 – YAG Laser**
Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 123 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen. 515,224 Punkte“
- **„Pos. Ziff. N17 - Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation.**
Die Pos. Ziff. N17 ist in maximal 20 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden. - 88,657 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 829 - Kurative Sonographie der Säuglingshüften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation.**
Die kurative Sonographie der Säuglingshüften wird nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. - 43,388 Punkte“

4) Sonstige Änderungen des Honorarkatalogs

Die im Folgenden aus dem Honorarkatalog für allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen aufgelisteten Sonderleistungen werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 geändert, sodass diese lauten wie folgt:

- **„Pos. Ziff. 7 – Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht**

Erläuterungen:

Bei einem Konsilium handelt es sich um ein patientenbezogenes ärztliches Gespräch zwischen zwei Vertrags(fach)ärztinnen/Vertrags(fach)ärzten bzw. einer Vertrags(fach)ärztin/einem Vertrags(fach)arzt und einer Gesellschafterin/einem Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis mit dem Ziel der gleichberechtigten Beratung, Diagnosestellung und Festlegung einer Therapie ohne Notwendigkeit einer ärztlichen Weiterbehandlung durch den Berufenen im konkreten Krankheitsfall; bloße kollegiale Gespräche, ein Erfahrungsaustausch, Koordinationstätigkeiten, Befundbesprechungen und Ähnliches stellen kein Konsilium im Sinne dieser Pos. Ziff. dar. Das Konsilium ist nur verrechenbar wenn die Vertrags(fach)ärztinnen/Vertrags(fach)ärzte bzw. Gesellschafterinnen/Gesellschafter nicht für die gleiche Institution oder Ordination tätig sind. Die Verrechenbarkeit ist ausgeschlossen, wenn unternehmerische Beteiligungsformen zwischen den Ordinationen/Institutionen oder ihrer Gesellschafterinnen/Gesellschafter bestehen. Die Konsiliarpartnerin/Der Konsiliarpartner ist im Zuge der Abrechnung anzugeben. Die Konsiliartätigkeit ist zu dokumentieren. – 20,896 Punkte“

- **„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“

Die Pos. Ziff. 8a-8i werden nur honoriert, wenn sie vollständig und in richtiger Reihenfolge zur Abrechnung gelangen. Persönliche und telemedizinische Konsultationen sind hinsichtlich der Reihenfolge nicht getrennt zu betrachten. Trotz der fehlenden tariflichen Bewertung sind auch die Pos. Ziff. 8a und 8b bei den entsprechenden Konsultationen abzurechnen. Bei Nichtverrechnung der Pos. Ziff. 8a und 8b können auch die Konsultationspositionen Pos. Ziff. 8c-8i nicht honoriert werden.

- **„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, von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten und Vertragsfachärztinnen/fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe 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 Durchführung der „Ausführlich diagnostisch-therapeutischen 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 bzw. unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Radiologie und med. und chem. Labordiagnostik sind zur Verrechnung dieser Leistung nicht berechtigt.

– 20 Punkte“

5) Änderungen des Gesamtvertrages bzw. des Gruppenpraxengesamtvertrages

Die im Folgenden aufgelisteten Paragraphen bzw. Absätze bestimmter Paragraphen des Gesamtvertrages bzw. des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

a) Strukturtopf

Zur Regelung einer allfälligen Übernahme von Standorten, für die eine Zahlung aus dem Strukturfonds geleistet wurde, wird in § 5 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 folgender Abs. 4a eingefügt:

„(4a) Erfolgt die Zahlung einer Investitionsablöse gemäß Abs. 1 Ziffer II. so wird hinsichtlich der Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers Folgendes festgelegt:

aa. Eine Übernahme der Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers durch den Kassenplanstellennachfolger ist zu keinem Zeitpunkt möglich.

bb. Eine Übernahme der Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers durch einen anderen Vertragsarzt derselben Fachrichtung (nicht durch den Kassenplanstellennachfolger) ist frühestens nach dem Ablauf von 18 Monaten gerechnet ab dem Zeitpunkt der Auszahlung der Investitionsablöse an den Kassenplanstellenvorgänger zulässig.

cc. Eine Übernahme der Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers durch einen Vertragsarzt einer anderen Fachrichtung ist nach Zustimmung von Kammer und Kasse zulässig.“

b) Verrechnungsberechtigung für Sonderleistungen

Zur Ausweitung der Erteilung von Verrechnungsberechtigungen auf Vertragsärztinnen/-ärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen, bei denen nur die angestellte Ärztin/der angestellte Arzt über die entsprechende Qualifikation zur Erbringung einer Sonderleistung verfügt, wird Artikel II., II. Abschnitt, Artikel 1 der Anlage 1 zum Gesamtvertrag bzw. zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 in Abs. 7 wie folgt abgeändert:

„(7) Sind im Sonderleistungstarif für die Verrechenbarkeit zusätzlich besondere Voraussetzungen (zB. ausdrückliche Ermächtigung, Nachweis besonderer Ausbildung u. Ä.) festgelegt, werden die Leistungen nur jenen Vertrags(fach)ärzten honoriert, die diese Voraussetzungen persönlich erfüllen bzw. deren angestellter Arzt (unter der Bedingung, dass ein entsprechender Antrag und eine Bewilligung für die Anstellung des Arztes gemäß den Bestimmungen nach Anlage 11 vorliegt) diese Voraussetzungen erfüllt.“

c) Frist zur Erweiterung/Neugründung einer Gruppenpraxis bzw. für Gesellschafterinnen-/Gesellschafterwechsel

Zur Vereinheitlichung des Prozesses der Besetzung von Kassenplanstellen wird für sämtliche Formen der Besetzung im Rahmen von Gruppenpraxen eine Umsetzungsfrist von 18 Monaten gesamtvertraglich verankert. Die entsprechenden Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages werden daher wie folgt abgeändert:

1) § 7 Abs. 3 wird wie folgt abgeändert:

„(3) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 3, 4 und 6.“

2) § 8 Abs. 5 wird wie folgt abgeändert:

„(5) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 4 bis 6. Die Invertragnahme der originären Vertragsgruppenpraxis hat binnen einer Frist von 18 Monaten (gerechnet ab dem Datum der Verständigung über die Erstreichung; ausgenommen ist die Wartezeit zwischen Bekanntgabe eines Standorts und Standortzusage bzw. -absage) zu erfolgen. Das erstgereichte Bewerberteam kann einen einmaligen Antrag auf Verlängerung um drei Monate stellen, wenn ein Schreiben eines vertretungsbefugten Anwalts vorliegt, das belegt, dass die Invertragnahme innerhalb dieser Frist umsetzbar ist. Diese Nachfrist kann auf Antrag des erstgereichten Bewerberteams mit neuerlicher Vorlage eines Schreibens eines vertretungsbefugten Anwalts, das die Gründe für das Erfordernis einer weiteren Fristverlängerung erläutert, in begründeten Fällen im Einvernehmen von Kammer und Kasse verlängert werden. Wird die Frist bzw. die etwaig gesetzte Nachfrist nicht eingehalten, kommt das nächstgereichte Bewerberteam zum Zug.“

3) § 11 Abs. 3 wird wie folgt abgeändert:

„(3) Sofern der Wechsel befürwortet wird, ist der Gruppenpraxenanteil binnen einer Frist von 18 Monaten (gerechnet ab dem Datum der Sitzung des Invertragnahmeausschusses) zu besetzen. Sollte bis zu diesem Zeitpunkt der Gruppenpraxenanteil nicht besetzt sein, fällt die Stelle an die Fachgruppe zurück. Die Vertragsgruppenpraxis kann einen einmaligen Antrag auf Verlängerung um drei Monate stellen, wenn nach der Ausschreibung ein Bewerber namhaft gemacht wird und ein Schreiben eines vertretungsbefugten Anwalts vorliegt, das belegt, dass die Aufnahme des Bewerbers in die Vertragsgruppenpraxis innerhalb dieser Frist umsetzbar ist. Diese Nachfrist kann auf Antrag der Vertragsgruppenpraxis mit neuerlicher Vorlage eines Schreibens eines

vertretungsbefugten Anwalts, das die Gründe für das Erfordernis einer weiteren Fristverlängerung erläutert, in begründeten Fällen im Einvernehmen von Kammer und Kasse verlängert werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Österreichische Gesundheitskasse

Mag.^a Karin Eger
Abteilungsleiterin

Ing. Martin Heimhilcher
Vorsitzender des Landesstellenausschusses Wien