

XXII. ZUSATZPROTOKOLL

zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011

der zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie niedergelassene 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

Durch dieses Zusatzprotokoll sollen die Honorierungsbestimmungen für die Vertrags(facharzt)gruppenpraxen für die Kalenderjahre 2023 und 2024 gesamtvertraglich verankert werden. Für das Kalenderjahr 2023 wurde die Zahlung eines Honorarsummenzuschlages für die Vertrags(facharzt)gruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie medizinische und chemische Labordiagnostik) in der Höhe von 7,1% der jeweiligen individuellen Jahreshonorarsumme des Kalenderjahres 2023 vereinbart. Der Honorarsummenzuschlag von 7,1% wird auch für jene vorsorgemedizinischen Leistungen gewährt, deren Tarifierung an die jeweils entsprechende kurative Sonderleistungsposition angeglichen ist. Die dadurch bedingten Mehraufwendungen von rund € 700.000,- werden auf die Tarifierhebung für das Kalenderjahr 2025 angerechnet, sofern es zu keiner anderen Vereinbarung kommt. Im Kalenderjahr 2024 werden die zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen Tarife für die Vertrags(facharzt)gruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie medizinische und chemische Labordiagnostik) linear um 10% erhöht. Zudem werden zusätzliche Regelungen für die Mangelfächer Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Kinder- und Jugendheilkunde getroffen.

II. Regelungen für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin

A. Regelungen für 2023

(1) Die Honorierung der Leistungen der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin erfolgt von 1. Jänner 2023 bis 31. Dezember 2023 nach den zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen Tarifen

bzw. für die DMP-Leistungen nach den Tarifen, die aufgrund der Valorisierung gemäß dem XI. Zusatzprotokoll zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 ab 1. Jänner 2023 gelten.

- (2) Die Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin erhalten im Kalenderjahr 2023 einen Honorarsummenzuschlag in der Höhe von 7,1% ihrer individuellen kurativen Jahreshonorarsumme 2023 (ausgenommen der DMP-Leistungen).
- (3) Der Honorarsummenzuschlag für das 1., 2. und 3. Quartal 2023 wird im Februar 2024 an die Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin ausbezahlt. Die Auszahlung des Honorarsummenzuschlages für das 4. Quartal 2023 erfolgt im Zuge der Endabrechnung des 4. Quartals 2023.

B. Regelungen für 2024

1. Honorierung

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 erhalten die Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 10%: Sämtliche zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen kurativen Tarife (ausgenommen DMP-Leistungen) gemäß der Anlage A zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 werden jeweils um 10% erhöht. Die Honorierung der DMP-Leistungen erfolgt mit den aufgrund der Valorisierung gemäß dem XI. Zusatzprotokoll zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 ab 1. Jänner 2024 geltenden Tarifen.

2. Änderung der Anlage A zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 – Tarif für Vertragsarztgruppenpraxen für Allgemeinmedizin

a) Die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Honorarkatalog der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 geändert und lauten ab diesem Zeitpunkt 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 – 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“

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 Gesellschafterin/Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin in maximal 25% der Fälle pro Quartal verrechenbar.

a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig.

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

c) Die Gesellschafterin/der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis 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.
– 20 Punkte“

- b) Der Wert der im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Honorarkatalog für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin wird mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 von Eurobeträgen in Punktwerte umgerechnet, sodass diese lauten wie folgt:

Der Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen beträgt 0,737 EUR

- **Fallpauschale** pro Anspruchsberechtigten und Quartal - 27,97 Punkte
- „**Pos. Ziff. 1** - Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Vertragsgruppenpraxis 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 30 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.

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

- „**Pos. Ziff. 17** - Hausarztzuschlag einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position wird automatisch mit der Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle - 23,672 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 88** - Antikoagulantienkontrolle (PTZ, TT, INR) inkl. ärztlicher Therapieeinstellung sowie inklusive venöser oder kapillärer Blutabnahme.

Voraussetzung für die Verrechnung von Pos. Ziff. 88 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Den Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen. - 14,925 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 610** - Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli

Erläuterungen: Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 610 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen. 8,955 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 611** - Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild

Erläuterungen: Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 611 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen. 8,955 Punkte“

C. Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken

a) Die Berechtigung zur Verrechnung der „Pos. Ziff. 761 – Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken“ wird an die Qualifikation zur Substitutionsbehandlung gemäß der Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution gebunden. Für die Berechtigung zur Verrechnung der Pos. Ziff. 761 ist die Basisweiterbildung, die regelmäßige vertiefende Weiterbildung sowie die entsprechende Eintragung in die Liste der zur Durchführung der Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte gemäß § 2 der Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution erforderlich.

b) Für die erstmalige Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist eine Bestätigung über die Absolvierung der Basisweiterbildung gemäß § 3 der Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution vorzulegen. Zum Zeitpunkt des Erlöschens der Berechtigung ist der Kasse ein Nachweis über die Absolvierung der entsprechenden Weiterbildung, mit der eine Verlängerung der Berechtigung zur Durchführung der Substitutionsbehandlung verbunden ist, vorzulegen. Als Nachweis ist ein Auszug aus der Liste der substituionsberechtigten Ärzte (<https://lisa-public.ehealth.gv.at>), einer Online-Datenbank des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, heranzuziehen. Dieser ist der Kasse zumindest ein Monat vor Erlöschen der Berechtigung von der Kammer zu übermitteln.

c) Die Pos. Ziff. 761 des Tarifs für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin wird wie folgt abgeändert:

- **„Pos. Ziff. 761 – Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.**

Die Position ist nur von jenen Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin verrechenbar, deren Gesellschafterinnen/deren Gesellschafter ihre besondere Qualifikation gemäß der Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution nachgewiesen haben und die gemäß dieser Verordnung vorgesehenen regelmäßigen Weiterbildungsveranstaltungen absolvieren.

Erläuterungen: Ist nicht im Fall einer ersten Hilfe Leistung verrechenbar. – 40 Punkte“

d) Für die Erlangung bzw. Verlängerung der Verrechnungsberechtigung der *Pos. Ziff. 761* in den Kalenderjahren 2021 bis 2023 ist als Nachweis der besonderen Qualifikation die Vorlage von Teilnahmebestätigungen an mindestens zwei Drogenqualitätszirkeln pro Kalenderjahr ausreichend. Ab dem 1. Jänner 2024 kommen jedenfalls die Bestimmungen gemäß lit. a) bis c) zur Anwendung. Vertragsgruppenpraxen, die neu in Vertrag genommen werden bzw. erstmals die Verrechnungsberechtigung für die *Pos. Ziff. 761* erlangen wollen, haben gemäß lit. b) eine Bestätigung über die Absolvierung der Basisweiterbildung gemäß § 3 der Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution vorzulegen. Vertragsgruppenpraxen, die in den vergangenen Kalenderjahren durch die Vorlage von Teilnahmebestätigungen an Drogenqualitätszirkeln bereits zur Verrechnung der *Pos. Ziff. 761* berechtigt waren, behalten vorerst ihre Verrechnungsberechtigung. Für den Nachweis der Absolvierung der gemäß der Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution erforderlichen Weiterbildung gilt lit. b) sinngemäß.

III. Regelungen für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde

A. Regelungen für 2023

1. Honorierung aller allgemeiner Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde)

- (1) Die Honorierung der Leistungen der allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen erfolgt von 1. Jänner 2023 bis 31. Dezember 2023 nach den zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen Tarifen bzw. für die DMP-Leistungen nach den Tarifen, die aufgrund der Valorisierung gemäß dem XI. Zusatzprotokoll zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 ab 1. Jänner 2023 gelten.
- (2) Die allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen erhalten im Kalenderjahr 2023 einen Honorarsummenzuschlag in der Höhe von 7,1% ihrer individuellen kurativen Jahreshonorarsumme 2023 (inklusive der *Pos. Ziff. 12, 16, 16A, 16S* und *18*, ausgenommen der DMP-Leistungen).
- (3) Der Honorarsummenzuschlag für das 1., 2. und 3. Quartal 2023 wird im Februar 2024 an die allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen ausbezahlt. Die Auszahlung des Honorarsummenzuschlages für das 4. Quartal 2023 erfolgt im Zuge der Endabrechnung des 4. Quartals 2023.

2. Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Zusätzlich zu der unter Abs. 1 vereinbarten Honorierung für das Jahr 2023 erhalten die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe eine Nachzahlung für die im Zeitraum von 1. Juli 2023 bis 31. Dezember 2023 erbrachten *Pos. Ziff. 259 – Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramms*, *Pos. Ziff. 266 - Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramms* und *Pos. Ziff. 267 - Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramms* in Höhe der Differenz zu dem in diesem Zeitraum gültigen Tarif für die *Pos. Ziff. 316 – Gynäkologischer Ultraschall*.

B. Regelungen für 2024

1. Honorierung

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 erhalten die allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 10%: Sämtliche zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen kurativen Tarife (ausgenommen der DMP-Leistungen) gemäß der Anlage B zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 werden jeweils um 10% erhöht. Die Honorierung der DMP-Leistungen erfolgt mit den aufgrund der Valorisierung gemäß dem XI. Zusatzprotokoll zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 ab 1. Jänner 2024 geltenden Tarifen.

2. Änderung der Anlage B zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 – Tarif für allgemeine fachgleiche Vertragsfacharztgruppenpraxen ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde

Jeweils mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 werden die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem jeweils angegebenen Fachgebiet geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

2.1 Ordinationen und Visiten und allgemeine Sonderleistungen:

➤ „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 Gesellschafterin/Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.**

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

Bei Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „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 Gesellschafter/der Gesellschafter hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Durchführung der „Ausführlichen 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) Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die sonographischen Untersuchungen der Schwangeren im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden ab 1. Jänner 2024 dauerhaft und unbefristet an den Tarif der „Pos. Ziff. 316 – Gynäkologischer Ultraschall“ gekoppelt und lauten somit wie folgt:

- „**Pos. Ziff. 259** – Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes – 40 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 266** – Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes – 40 Punkte“
- „**Pos. Ziff. 267** – Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes – 40 Punkte“

2.3. Umrechnung Eurobeträge in Punktwerte

Der Wert der im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Honorarkatalog für allgemeine fachgleiche Vertragsfacharztgruppenpraxen ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde wird mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 von Eurobeträgen in Punktwerte umgerechnet, sodass diese lauten wie folgt:

Der Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen beträgt 0,737 EUR

- **Fallpauschale** pro Anspruchsberechtigten und Quartal - 27,97 Punkte
- „**Pos. Ziff. 1** - Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Vertragsfacharztgruppenpraxis 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen 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. 610 - Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli**
Erläuterungen: Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 610 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsfacharztgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen. - 8,955 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 611 - Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild**
Erläuterungen: Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 611 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der

Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsfacharztgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen. - 8,955 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 636 - Schilddrüsensonographie und Nebenschilddrüse.**
Einschließlich Befunderstellung und Dokumentation, pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar.
Die Verrechenbarkeit der Leistung ist mit 10 % der Fälle pro Quartal, bei Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Additivfach Endokrinologie mit 12 % der Fälle pro Quartal limitiert.
Die Schilddrüsensonographie wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter 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 - 35,254 Punkte
- **„Pos. Ziff. 643 - Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation.**
Die Pos. Ziff. 643 kann nur von angiologisch tätigen Gesellschafterinnen/Gesellschaftern der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Innere Medizin mit Ausbildungsnachweis (künftig nur Verrechnungsberechtigung für angiologisch ausgebildete Internisten [Additivfach Angiologie]) verrechnet werden. Die Position ist in maximal 22 % der Fälle pro Vertragsfacharztgruppenpraxis und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. - 86,776 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 645 - Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inkl. TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) - 51,478 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen, mit maximal 42 %, für alle übrigen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin mit maximal 24 % der Fälle pro Vertragsfacharztgruppenpraxis 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. - 119,403 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 Vertragsfacharztgruppenpraxis 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter 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“*

IV. Regelungen für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde

A. Regelungen für 2023

- (1) Die Honorierung der Leistungen der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgt von 1. Jänner 2023 bis 31. Dezember 2023 nach den zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen Tarifen.
- (2) Die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde erhalten im Kalenderjahr 2023 einen Honorarsummenzuschlag in der Höhe von 7,1% ihrer individuellen kurativen Jahreshonorarsumme 2023.
- (3) Der Honorarsummenzuschlag für das 1., 2. und 3. Quartal 2023 wird im Februar 2024 an die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde ausbezahlt. Die Auszahlung des Honorarsummenzuschlags für das 4. Quartal 2023 erfolgt im Zuge der Endabrechnung des 4. Quartals 2023.

B. Regelungen für 2024

1. Honorierung

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 erhalten die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 10%: Sämtliche zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen kurativen Tarife gemäß der Anlage B1 zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 werden jeweils um 10% erhöht.

2. Änderungen der Anlage B1 zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011- Tarif für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde

a) Die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Honorarkatalog der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 geändert und lauten ab diesem Zeitpunkt 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. Gesellschafterin/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 – 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“

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 Gesellschafterin/Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 28% der Fälle pro Quartal verrechenbar.**
Pos. Ziff. 90 ist nicht am selben Tag mit folgenden Pos. Ziff. Verrechenbar: N1, N4.
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“ 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 Gesellschafterin/der Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis 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.
 – 20 Punkte“

b) Der Wert der im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Honorarkatalog für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde wird mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 von Eurobeträgen in Punktwerte umgerechnet, sodass diese lauten wie folgt:

Der Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen beträgt 0,737 EUR

- **Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal**
 Bis zum vollendeten 1. Lebensjahr - 85,821 Punkte
 Ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 2. Lebensjahr - 67,701 Punkte
 Ab dem vollendeten 2. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr - 65,896 Punkte
 Ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr – 65,731 Punkte
 Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr - 54,582 Punkte

Im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22 des Gesamtvertrags vom 1. Jänner 2011 pro Anspruchsberechtigten und Quartal
 Bis zum vollendeten 6. Lebensjahr - 37,970 Punkte
 Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr- 27,970 Punkte

- **„Pos. Ziff. 1 - Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Vertragsfacharztgruppenpraxis 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. 686** - Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie - 55,955 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 687** - Sonographie des kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie.

Die Pos. Ziff. 686 und 687 werden nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter 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.

Die Pos. Ziff. 686 und 687 sind zusammen in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie bzw. kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.- 40,284 Punkte“

- „**Pos. Ziff. 688** - Kurative Sonographie der Säuglingshöften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation.

Die kurative Sonographie der Säuglingshöften wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheil-kunde honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter 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

- „**Pos. Ziff. 692** - Ärztliche fachspezifische Koordinierungstätigkeit durch die behandlungsführende Ärztin/den behandlungsführenden Arzt.

Verrechenbar nur für jene Fälle, die einer intensiven persönlichen Kontaktaufnahme mit anderen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen/sonstigen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern aus dem Gesundheits- oder Fürsorgebereich (wie z.B. dem Gesundheitsamt, der Fürsorge, Schule, Kindergarten) bedürfen, wobei hier allgemein ärztliche administrative Ordinationstätigkeiten (z.B. Ausstellen von Überweisungen, Rezepten, das Übertragen von Befunden in die Krankenkartei usw.) nicht darunter zu verstehen sind. Ebenso kann das Einholen einer

ärztlichen Meinung bzw. die (fach-)ärztliche Beratung oder Befundbesprechung mit anderen Ärztinnen/Ärzten nicht mit der Position abgerechnet werden.
In maximal 5 % der Fälle pro Vertragsfacharztgruppenpraxis verrechenbar

Erläuterungen: Die Leistung ist mit jenem Leistungsdatum zu verrechnen, an dem die Konsultation mit der Patientin/dem Patienten stattfand und die Notwendigkeit für die Koordinierungstätigkeit festgestellt wurde. - 18,716 Punkte“

- **„Pos. Ziff. 671 - Transkutane Bilirubinmessung bei Icterus neonatorum bei Neugeborenen**
Verrechenbar entsprechend den Zulassungskriterien des verwendeten Gerätes, jedoch maximal bis zum 20. Lebenstag des Kindes, in maximal 3,5 % der Fälle der Altersgruppe bis zum vollendeten 1. Lebensjahr pro Vertragsfacharztgruppenpraxis und Quartal.
Bei klinischer Relevanz ist eine Wiederholungsmessung in maximal 50 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 671 honoriert wird, verrechenbar.
Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln. - 22,388 Punkte“
- **„Pos. Ziff. 645 - Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inkl. TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) - 51,478 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 mit maximal 23 % der Fälle pro Vertragsfacharztgruppenpraxis 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. - 119,403 Punkte

V. Dotierung Strukturtopf

- (1) Zum Stichtag 31. Dezember 2023 weist der Strukturtopf gemäß § 14a des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 einen Negativsaldo von rund € 2.800.000,- auf. Dieser Betrag sowie eine weitere allfällige Überzahlung der Kasse im Jahr 2024 wird durch einen verbindlichen Abzug einer Einmalzahlung in der Höhe des zum gegebenen Zeitpunkt vorliegenden Negativsaldos von der Honorarsumme des Jahres 2025 ausgeglichen.
- (2) Hinsichtlich der Zukunft des Strukturtopfes werden zwischen Kammer und Kasse Gespräche geführt.

VI. Honorare und Tarifregelungen sowie Strukturmaßnahmen für die Fachgruppe Radiologie

A. Regelungen für 2023

1. Honorierung

- (1) Die Honorierung der Leistungen der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie erfolgt von 1. Jänner 2023 bis 31. Dezember 2023 nach den zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen Tarifen.
- (2) Die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie erhalten im Kalenderjahr 2023 einen Honorarsummenzuschlag in der Höhe von 7,1% ihrer individuellen kurativen Jahreshonorarsumme 2023.
- (3) Der Honorarsummenzuschlag für das 1., 2. und 3. Quartal 2023 wird im Februar 2024 an die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie ausbezahlt. Die Auszahlung des Honorarsummenzuschlages für das 4. Quartal 2023 erfolgt im Zuge der Endabrechnung des 4. Quartals 2023.
- (4) Für das Jahr 2023 gelangt der Digitalisierungszuschlag an jene Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie gemäß IVA-Beschluss letztmalig im Ausmaß von insgesamt € 2.850.000,00 mit der Endabrechnung des 4. Quartals 2023 zur Auszahlung. Anspruch auf den Digitalisierungszuschlag haben alle Vertragsfacharztgruppenpraxen, welche die Kriterien nach dem I. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 14. Dezember 2010 erfüllen und zum Stichtag 31. Dezember 2023 über mindestens drei Gesellschafterinnen/Gesellschafter verfügen.
- (5) Zum Stichtag 31. Dezember 2023 weist der Strukturtopf für Radiologie einen Minussaldo in der Höhe von € 304.438,- auf. Dieser Minussaldo wird durch eine Zahlung der Kammer an die Kasse in der Höhe von € 144.438,- auf € 160.000,- reduziert. Die Überweisung erfolgt bis zum 31. Dezember 2024 auf eine gesondert von der Kasse bekannt zu gebende Kontoverbindung. Der verbleibende Betrag von € 160.000,- wird bei den Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie vom Honorarsummenzuschlag 2023 nach Abs. 2 abgezogen. Damit erfolgt die vollständige Endsaldierung des Strukturtopfes für Radiologie.

2. Änderungen der Anlage D zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011- Tarif für fachgleiche Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie

Die im Folgenden aufgelistete Sonderleistung aus dem Honorarkatalog der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie wird mit Wirkung vom 1. Jänner 2023 geändert und lautet ab diesem Zeitpunkt wie folgt:

- **„Pos. Ziff. 810 – Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten
Nur gemäß den in Punkt C) – Leistungsvoraussetzungen für Abrechnung der Pos. Ziff.
810 – festgelegten Voraussetzungen verrechenbar – EUR 101,28“**

B. Regelungen ab 2024

1. Honorierung

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 erhalten die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 13%: Sämtliche zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen kurativen Tarife gemäß der Anlage D zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 – mit Ausnahme der „*Pos. Ziff. 810 – Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten*“ - werden jeweils um 13% erhöht.

2. Änderungen der Anlage D zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011- Tarif für fachgleiche Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie

a) Die sonographischen Untersuchungen der Schwangeren im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden ab 1. Jänner 2024 dauerhaft an den Tarif der „*Pos. Ziff. 316 – Gynäkologischer Ultraschall*“ gekoppelt und lauten somit wie folgt:

- *„Pos. Ziff. 259 – Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes – 40 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 266 – Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes – 40 Punkte“*
- *„Pos. Ziff. 267 – Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes – 40 Punkte“*

b) Die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus dem Honorarkatalog der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie werden mit Wirkung vom jeweils angeführten Kalenderjahr geändert und lauten ab dem jeweiligen Zeitpunkt wie folgt:

- *„Pos. Ziff. 810 – Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten
Nur gemäß den in Punkt C) – Leistungsvoraussetzungen für Abrechnung der Pos. Ziff. 810 – festgelegten Voraussetzungen verrechenbar –
EUR 103,63“ (ab 1. Jänner 2024)
EUR 105,98“ (ab 1. Jänner 2025)
EUR 108,33“ (ab 1. Jänner 2026)
EUR 110,68“ (ab 1. Jänner 2027)
EUR 113,03“ (ab 1. Jänner 2028)
EUR 115,38“ (ab 1. Jänner 2029)*

VII. Fachgruppe Pathologie

A. Regelungen für 2023

(1) Die Honorierung der Leistungen der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie erfolgt von 1. Jänner 2023 bis 31. Dezember 2023 nach den zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen Tarifen.

- (2) Die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie erhalten im Kalenderjahr 2023 einen Honorarsummenzuschlag in der Höhe von 7,1% ihrer individuellen kurativen Jahreshonorarsumme 2023 (inklusive der *Pos. Ziff. 50.01*).
- (3) Der Honorarsummenzuschlag für das 1., 2. und 3. Quartal 2023 wird im Februar 2024 an die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie ausbezahlt. Die Auszahlung des Honorarsummenzuschlags für das 4. Quartal 2023 erfolgt im Zuge der Endabrechnung des 4. Quartals 2023.

B. Regelungen für 2024

1. Honorierung

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2024 erhalten die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie eine tarifwirksame Erhöhung im Ausmaß von 10%: Sämtliche zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen kurativen Tarife gemäß der Anlage F zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 werden jeweils um 10% erhöht.

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

1. Honorierung

- (1) Die im XIX. Zusatzprotokoll zum G(ruppenpraxeng)esamtvertrag vom 1. Jänner 2011 vereinbarte Honorarregelung bleibt unverändert bestehen. Die zum Stichtag 31. Dezember 2022 gültigen Tarife bleiben unverändert in Kraft.
- (2) Kammer und Kasse kommen überein, bis zum 30. Juni 2024 Gespräche über eine langfristige bzw. unbefristete Honorarregelung für die Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) zu führen.
- (3) Sollten sich aktuelle Anbieter im Fachbereich medizinische und chemische Labordiagnostik aus der Versorgung zurückziehen und es dadurch zu Umsatzverlagerungen zu den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/-ärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) kommen, sind die Limesgrenzen des Degressionsmodells gemäß Punkt IX. 2. Abs. 1 des XIX. Zusatzprotokolls zum G(ruppenpraxeng)esamtvertrag vom 1. Jänner 2011 anzupassen, wobei die Höhe der Anpassung zwischen Kammer und Kasse zu verhandeln ist.

IX. Honorare und Tarifregelungen für Vertragsfachärztinnen/-ärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation

Die im XIX. Zusatzprotokoll zum G(ruppenpraxeng)esamtvertrag vom 1. Jänner 2011 unter Punkt X. vereinbarten Regelungen bleiben unverändert in Kraft.

X. Änderungen zum Gruppenpraxengesamtvertrag ab 1. Jänner 2024

a) Frist zur Erweiterung/Neugründung einer Gruppenpraxis bzw. für Gesellschafterinnenwechsel/Gesellschafterwechsel

a) § 7 Abs. 3 des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 wird wie folgt abgeändert:

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

b) § 8 Abs. 5 des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 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 Erstreihung; 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.“

c) § 11 Abs. 3 des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 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.“

b) Zurverfügungstellung von Kontaktdaten

In § 50 des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 wird folgender Abs. 7 eingefügt:

„(7) Die Vertragsgruppenpraxis ist verpflichtet, der Kasse bei Invertragnahme aktuelle Kontaktdaten (inklusive E-Mail-Adresse) bekanntzugeben, um eine rasche elektronische Kommunikation zwischen Vertragsgruppenpraxis und Kasse zu ermöglichen. Auch über Änderungen der Kontaktdaten ist die Kasse unverzüglich in Kenntnis zu setzen.“

c) Verrechnungsberechtigung für Sonderleistungen

Anlage 1, Artikel II., II. Abschnitt, Artikel 1 der Anlage 1 zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 wird 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 Vertragsgruppenpraxen honoriert, deren Gesellschafter 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 9 vorliegt) diese Voraussetzungen erfüllt.“

XI. Gemeinsame allgemeine Zielsetzungen

1. Umsetzung der ASVG-Novelle im Zuge des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes (Finanzausgleich)

Die Kasse sagt zu, vor einer einseitigen Entscheidung

- a) zur Ausschreibung einer Kassenplanstelle (Einzelordination, originäre Gruppenpraxis) in Wien oder
- b) zur Gründung bzw. Invertragnahme einer eigenen Einrichtung oder eines selbständigen Ambulatoriums zur Erbringung von Leistungen, die auch von niedergelassenen Vertrags(fach)ärztinnen/-ärzten oder Vertrags(facharzt)gruppenpraxen bzw. Primärversorgungseinheiten in Wien erbracht werden (könnten), oder
- c) zur einzelvertraglichen Vereinbarung von Regelungen, die von den gesamtvertraglichen Bestimmungen abweichen bzw. diese ergänzen,

die Kammer über ihre Absicht zu informieren und die Thematik zeitnahe und zügig mit der Kammer zu besprechen, sodass diese ihre Argumente, insbesondere für eine Priorisierung des niedergelassenen Bereichs und einer bedarfsgerechten Versorgung unverzüglich darlegen kann. Hinsichtlich einer Strukturierung dieser Gespräche werden noch Überlegungen zwischen Kammer und Kasse angestellt. Eine Einschränkung der gesetzlich der Kasse bzw. der Sozialversicherung eingeräumten Entscheidungsbefugnisse ist damit nicht verbunden. Im Zuge der Gespräche des künftigen Honorarabschlusses soll gemeinsam evaluiert werden, wie sich die neue Rechtslage auf die Arbeit des Invertragnahmeausschusses ausgewirkt hat.

2. Weitere gemeinsame Zielsetzungen

- a) Die Kasse erklärt sich zu einer Erörterung der Thematik Leistungsharmonisierung („ELK“) mit der Kammer, allenfalls unter Zuziehung weiterer Ärztekammern (insbesondere Steiermark) bereit.
- b) Kammer und Kasse kommen überein, die Tarifierhebungen ab dem Kalenderjahr 2025 jährlich so zu gewichten, dass gemeinsam definierte Mangelfächer (insbesondere Allgemeinmedizin und Frauenheilkunde und Geburtshilfe) aus der gesamten Tarifierhebungssumme prozentuell höhere Tarifierhebungen erhalten, als andere Fächer. Dies soll eine Attraktivierung der Mangelfächer bewirken.

- c) Kammer und Kasse kommen überein, einen FOKO-Dialog zu schaffen, in dem in regelmäßigen Abständen die Entwicklungen der Ausgaben in den Bereichen der Folgekosten (insbesondere Heilmittel, Heilbehelfe/Hilfsmittel, Transportkosten und Krankengeld) zwischen Kammer und Kasse analysiert und kostendämpfende Maßnahmen vereinbart werden sollen.
- d) Kammer und Kasse kommen überein, über den Modus der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung bzw. der Unverhältnismäßigkeitsklausel für WAH-Online und der e-card für Wahlärztinnen/-ärzte Gespräche zu führen.
- e) Kammer und Kasse vereinbaren, gemeinsam Maßnahmen zur signifikanten Erhöhung der Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeits-Quote zu setzen. Diesbezüglich sollen zeitnahe gemeinsame Gespräche geführt werden.
- f) Kammer und Kasse vereinbaren, die Regelungen zur Akontierung gemäß Anlage 1 3. Abschnitt des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 entsprechend der bundesweit geplanten Vereinheitlichung der gesamtvertraglichen Akontierungsregelungen zu adaptieren.
- g) Kammer und Kasse kommen überein, den Mehraufwand (rund € 700.000,-) für den entgegen der Regelungen in der Punktation des Verhandlungsergebnisses vom 19. Dezember 2023 für die *Pos. Ziff. 12, 16, 16A, 16S, 18* und *50.01* gewährten Honorarsummenzuschlag auf die Tarifierhebung für das Kalenderjahr 2025 anzurechnen, sofern es zu keiner anderen diesbezüglichen Vereinbarung kommt.

Wien, am 9. Juli 2024

Für die Ärztekammer für Wien



Dr.ⁱⁿ Naghme Kamaleyan-Schmied
Kurienobfrau niedergelassene Ärzte



OMR Dr. Johannes Steinhart
Präsident

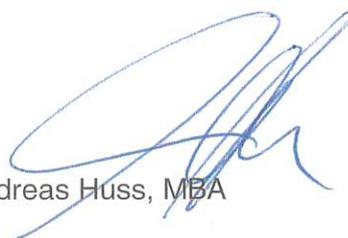
Für die Österreichische Gesundheitskasse

Für den leitenden Angestellten

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates



Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stellvertreter



Andreas Huss, MBA