

Anlage B – Honorarregelung Fachgebiet Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation

Präambel

Die im XIII. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004 sowie im V. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 vereinbarten Bestimmungen gelten auch für die Laufzeit dieser Regelung, sofern in der Folge nichts anderes vereinbart wird.

Die Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erklären sich bereit, den Anteil an Bewegungstherapie in der Gruppe zu steigern, um mit Hilfe von gruppenspezifischen Effekten die Motivation zur Bewegung zu erhöhen und gleichzeitig eine Verkürzung der Wartezeiten auf Bewegungstherapie zu erwirken.

I.

Laufdauer

Die Regelung betreffend die Honorierung der von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation verrechenbaren Leistungen gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2018 bis 31. Dezember 2020.

II.

Jahressummen

(1) Die von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für physikalische Medizin und medizinische Rehabilitation im Zeitraum 01.01.2018 bis 31.12.2018 für Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger gemäß Tarif Anlage I erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Jahreshonorarsumme von 12.438.364,00 Euro abgegolten. Auf Grund einer im Jahr 2017 im Rahmen der zum Zeitpunkt der Fusion geltenden gesamtvertraglichen Regelungen vereinbarten Standortfusion eines Vertragsfacharztes mit einem Vertragsinstitut, wurde mit Wirksamkeit per 01.01.2018 die individuelle Jahresrichtsumme dieses Vertragsfacharztes der individuellen Jahresrichtsumme des Vertragsinstituts zugeteilt. Die garantierte maximale Jahreshonorarsumme der Facharztgruppe wird daher mit Wirksamkeit per 01.01.2018 um den Betrag von gerundet 561.267,00 Euro plus vereinbarter Erhöhung dauerhaft reduziert, sodass die garantierte maximale Jahreshonorarsumme 11.828.649,00 Euro für den Zeitraum 01.01.2018 bis 31.12.2018 beträgt.

(2) Die von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für physikalische Medizin und medizinische Rehabilitation im Zeitraum 01.01.2019 bis 31.12.2019 für Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger gemäß Tarif Anlage I erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Jahreshonorarsumme von 12.088.879,00 Euro abgegolten.

(3) Die von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten und Vertragsfachgruppenpraxen für physikalische Medizin und medizinische Rehabilitation im Zeitraum 01.01.2020 bis 31.12.2020 für Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger gemäß Tarif Anlage I erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Jahreshonorarsumme von 12.354.834,00 Euro abgegolten.

III.

Tarifierung

(1) Grundlage der Honorierung der von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erbrachten Leistungen ab 1. Jänner 2018 sind die Tarife laut Anlage I – Leistungskatalog Teil 1 aufgelisteten Leistungen. Die an einem Tag für eine Patientin/einen Patienten erbrachte physikalische Therapie gemäß Anlage I – Leistungskatalog Teil 2 - wird pauschal honoriert (Tagsatzpauschale). Erfolgt die Verabreichung der als an einem Tag zu erbringenden Leistung aufgesplittet auf mehrere Termine, ist nur ein Tagsatz verrechenbar.

(2) Die Einstufung der einzelnen Vertragsfachärztinnen/-fachärzte in die jeweilige Tagsatzkategorie basiert auf der per 31. Dezember 2017 erreichten Tagsatzpauschale.

(3) Für die im Tarif Anlage I unter Leistungskatalog Teil 1 – Untersuchungen – aufgelisteten Leistungen gilt für die gesamte Laufdauer der Regelung Folgendes:

- Der Tarif für Positionsziffer 73 wird jeweils per 1. Jänner eines Jahres um den VPI des jeweiligen Vorjahres angehoben.
- Die Tarifierung der Positionsziffern P20, 21, 23, P24, 25, P28, P30, P31, 34, 90 sowie A15, A30, A45, A60 und MT1 erfolgt gemäß den jeweils für die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-fachärzte gültigen Bewertungen.

(4) Die ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen gemäß Anlage I – Leistungskatalog Teil 1 werden zusätzlich zur Tagsatzpauschale, aber innerhalb der individuellen Jahresrichtsumme honoriert.

(5) Der Tarif der Tagsatzpauschale wird jeweils per 1. Jänner eines Jahres um den VPI des jeweiligen Vorjahres angehoben.

(6) Die Tagsatzpauschalen und ärztlichen Leistungen werden per Leistungsdatum verrechnet. Bei Behandlungsserien, die sich über mehr als einen Abrechnungszeitraum erstrecken, werden die Leistungen in jenem Abrechnungszeitraum abgerechnet, in dem sie erbracht wurden. Die Leistungen aus dem Leistungskatalog Teil 2 sind zusätzlich zur Position Tagsatzpauschale zu übermitteln, da widrigenfalls die Honorierung der Tagsatzpauschale nicht erfolgen kann.

IV.

Bewilligungspflicht

(1) Für alle während der Laufzeit dieser Honorarregelung von einer Vertragsfachärztin/einem Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erbrachten Behandlungen ist weiterhin keine vorherige Bewilligung durch den Medizinischen Dienst der Wiener Gebietskrankenkasse erforderlich.

(2) Es wird vereinbart, dass bei derselben Diagnose jeweils maximal zehn plus sechs Sitzungen pro Patientin/Patient und Kalenderhalbjahr durchgeführt werden können. Bei geänderter oder neuer Diagnose (anderes Gelenk, Operation, andere Funktionsregion an der Wirbelsäule, etc.) kann bei derselben Patientin/beim selben Patienten – ohne Berücksichtigung des zeitlichen Abstandes – eine weitere Serie von maximal zehn plus sechs Sitzungen durchgeführt werden. Benötigt eine Patientin/ein Patient bei derselben Diagnose mehr als 16 Sitzungen im Kalenderhalbjahr, ist dies von der Vertragsfachärztin/vom Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation medizinisch zu begründen und in der Patientenakte zu dokumentieren.

V.

Bewegungstherapie

(1) Die Anzahl der abgerechneten Positionen für Bewegungstherapie (also die in Gruppe 2 der Anlage I – Leistungskatalog Teil 2 enthaltenen Leistungen) muss den jährlich festgelegten Anteil (Richtwert) an der Gesamtanzahl der in Anlage I – Leistungskatalog Teil 2 beschriebenen Leistungen – betragen, die von einer Vertragsfachärztin/einem Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation jeweils im Betrachtungszeitraum erbracht werden. Der Betrachtungszeitraum wird jeweils für den Zeitraum zwischen 1. Jänner bis zum 31. Dezember festgelegt.

(2) Beträgt jeweils für einen Betrachtungszeitraum der Anteil der Positionen, der auf Bewegungstherapie entfällt, weniger als der Richtwert der Gesamtanzahl der auf Anlage I – Leistungskatalog Teil 2 – entfallenden Leistungen – erfolgt ein gemäß Abs. 6 und Abs. 7 festgelegter Abschlag von der Jahreshonorarsumme.

(3) Beträgt jeweils für einen Betrachtungszeitraum der Anteil der Positionen, der auf Bewegungstherapie entfällt, mehr als den festgelegten Richtwert der Positionen der Anlage I – Leistungskatalog Teil 2 – erhöht sich die abgerechnete Jahreshonorarsumme für Therapien gemäß Anlage I – Leistungskatalog Teil 2, Gruppe 2 um den jeweiligen Überschreitungsprozentsatz.

(4) Auswirkungen auf die Honorierung in Form von Zu- bzw. Abschlägen gemäß Abs. 2 bzw. 3 haben nur Über- oder Unterschreitungen um mehr als ein Prozent. Eine Rundung nach ganzen Prozentzahlen (kaufmännische Rundung) erfolgt nur bei Überschreitungen ab 1 %.

(5) Die für alle Vertragsfachärztinnen/-fachärzte gemäß Punkt II. jeweils festgelegte individuelle maximale Jahreshonorarsumme verändert sich durch gemäß Abs. 2 bis 4 vorzunehmende Kürzungen und Zuschläge nicht.

(6) Der Mindestanteil an Bewegungstherapie in Prozent an allen erbrachten Therapieleistungen der Anlage I – Leistungskatalog Teil 2 beträgt im Betrachtungszeitraum des Jahres 2018 18 %, des Jahres 2019 22 % und des Jahres 2020 23 %. Ein Unterschreiten dieses Mindestanteils führt zu einem Abschlag der jährlichen Abrechnungssumme, wobei dieser für die Jahre 2018 und 2019 erst bei einem Anteil von 18 % und im Jahr 2020 bei 19 % zum Tragen kommt. Ab 1 % Unterschreitung beträgt der Abschlag 7,5 %, ab 2 %: 15 %, ab 3 %: 22,5 % und wenn die Unterschreitung mehr als 4 % beträgt, erfolgt ein Abschlag von 30 % der abgerechneten Jahreshonorarsumme. Ein Zuschlag gemäß Ziff. 2 erfolgt im Jahr 2018 bei einer Überschreitung von 18 %, im Jahr 2019 ab 22 % und im Jahr 2020 ab 23 %.

(7) Die Qualitätszuschläge gemäß Anlage III werden gegebenenfalls bei den laufenden Abrechnungen berücksichtigt. Die Zu- und Abschläge für Bewegungstherapie werden im Rahmen der Jahresendabrechnung berücksichtigt.

VI.

Allgemeine Qualitätskriterien

(1) Die in der Anlage II aufgelisteten allgemeinen Qualitätskriterien gelten in Anlehnung an die Bestimmungen des V. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 für die Vertragsfachärztinnen/-fachärzte Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation weiterhin.

(2) Die Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sind verpflichtet, gemäß Anlage II die allgemeinen Qualitätskriterien I. bis IV. dauerhaft umzusetzen bzw. einzuhalten; wobei im Falle der unter II. genannten Qualitätskriterien mindestens fünf Punkte erfüllt sein müssen.

(3) Werden der Kammer der Wegfall oder das Hinzukommen von allgemeinen Qualitätskriterien gemeldet bzw. besteht die begründete Annahme, dass die Einhaltung der allgemeinen Qualitätskriterien nicht zu Gänze vorliegt, erfolgt die Überprüfung durch Qualitätsbeauftragte (Verifikatoren) der Kammer. Die Kosten für den Besuch der Qualitätsbeauftragten trägt die betreffende Vertragsfachärztin/der betreffende Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation. Die Wiener Gebietskrankenkasse ist vom Termin der Prüfung zeitgerecht vorab in Kenntnis zu setzen und kann von ihr zu bestimmende Personen zum Termin entsenden.

Die Wiener Gebietskrankenkasse ist jedenfalls schriftlich über das Ergebnis der Prüfung zu informieren.

(4) Nach Abschluss der Prüfung wird im Einvernehmen von Kammer und Wiener Gebietskrankenkasse festgestellt, ob die gesamten allgemeinen Qualitätskriterien gemäß Anlage II von einer Vertragsfachärztin von einem Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erfüllt worden sind oder ob dies nicht der Fall ist. Bestehen gegen das Ergebnis der Prüfung Einwendungen, können sowohl Kammer als auch Wiener Gebietskrankenkasse sowie die betroffene Vertragsfachärztin/der betroffene Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation die vorgesehenen Schiedsinstanzen anrufen.

(5) Unter denselben Voraussetzungen wie unter Abs. 3 und 4 beschrieben sind auch stichprobenartige Kontrollen hinsichtlich des dauerhaften Einhaltens der allgemeinen Qualitätskriterien I., III. und IV. sowie der geforderten 5 Punkte bei II. möglich.

(6) Wird einvernehmlich oder durch rechtskräftige Erkenntnis einer Schiedsinstanz festgestellt, dass die allgemeinen Qualitätskriterien von einer Vertragsfachärztin/einem Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation nicht erfüllt werden oder ergibt sich anlässlich einer Kontrolle eine nachträgliche Verletzung der (zuvor erfüllten) Qualitätskriterien I., III. und IV. bzw. das Absinken der unter II. genannten Qualitätskriterien auf unter 5 Punkte, kommt bis zur Wiederherstellung des vertragskonformen Zustandes folgende Reduktion des Quartalshonorars zur Anwendung:

- Jeweils 10 % Kürzung bei Verstößen oder Nichterfüllen eines Punktes der unter I. genannten Qualitätskriterien
- Jeweils 5 % Kürzung bei Verstößen oder Nichterfüllen eines Punktes der unter II. bis IV. genannten Qualitätskriterien.

(7) Die prozentuelle Kürzung des Quartalshonorars erfolgt in allen Quartalen, in denen der den Qualitätskriterien widersprechende Zustand insgesamt zumindest zwei Wochen lang bestanden hat.

(8) Eine ungekürzte Überweisung des Quartalshonorars erfolgt erst mit jenem Quartal, in welchem ab Quartalsbeginn (Stichtag ist der erste Werktag im Quartal) der den Qualitätskriterien entsprechende Zustand nachweislich wiederhergestellt ist.

VII.

Besondere Qualitätskriterien

(1) Die Erfüllung der besonderen Qualitätskriterien gemäß Anlage III durch die Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erfolgt auf freiwilliger Basis.

(2) Die Vertragsfachärztin/der Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation hat der Wiener Gebietskrankenkasse jeweils bis Jahresende auf dem Weg über die Kammer schriftlich mitzuteilen, sofern die besonderen Qualitätskriterien im betreffenden Jahr von ihr/ihm umgesetzt worden sind.

(3) Die Überprüfung der besonderen Qualitätskriterien erfolgt durch Qualitätsbeauftragte (Verifikatoren) der Kammer. Die Kosten für den Besuch der/des Qualitätsbeauftragten trägt die betreffende Vertragsfachärztin/der betreffende Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation. Die Wiener Gebietskrankenkasse ist vom Termin der Prüfung zeitgerecht vorab in Kenntnis zu setzen und kann von ihr zu bestimmende Personen zum Termin entsenden. Die Wiener Gebietskrankenkasse ist jedenfalls schriftlich über das Ergebnis der Prüfung zu informieren.

(4) Nach Abschluss der Prüfung wird im Einvernehmen von Kammer und Wiener Gebietskrankenkasse festgestellt, ob die für den Anspruch auf die in Anlage III definierten Zuschläge erforderlichen besonderen Qualitätskriterien von einer Vertragsfachärztin/einem Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erfüllt worden sind oder ob dies nicht der Fall ist. Bestehen gegen das Ergebnis der Prüfung Einwendungen, können sowohl Kammer als auch Wiener Gebietskrankenkasse sowie die betroffene Vertragsfachärztin/der betroffene Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation die vertraglich vorgesehenen Schiedsinstanzen anrufen.

(5) Unter denselben Voraussetzungen wie unter Abs. 3 und 4 beschrieben sind auch stichprobenartige Kontrollen hinsichtlich des dauerhaften Einhaltens der besonderen Qualitätskriterien möglich.

(6) Wird einvernehmlich oder durch rechtskräftige Erkenntnis einer Schiedsinstanz festgestellt, dass die besonderen Qualitätskriterien von einer Vertragsfachärztin/einem Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation nicht erfüllt werden, gebührt kein Qualitätszuschlag.

(7) Wird anlässlich einer Kontrolle einvernehmlich oder durch rechtskräftige Erkenntnis einer Schiedsinstanz ein nachträgliches Absinken der Zahl der (zuvor erfüllten) für den jeweiligen Qualitätszuschlag erforderlichen Punkte der besonderen Qualitätskriterien festgestellt, entfällt der Qualitätszuschlag ab dem Quartal, in dem die Voraussetzungen für den Anspruch auf Qualitätszuschlag nicht mehr erfüllt waren.

VIII.

Einmalzahlung

(1) Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, die das mit der Wiener Gebietskrankenkasse bestehende Einzelvertragsverhältnis (§-2-Vertrag) spätestens bis zum 31. Dezember 2020 beenden, haben Anspruch auf eine Einmalzahlung im Ausmaß der an sie in dem der Vertragsbeendigung vorangegangenen Kalenderjahr ausbezahlten Honorarsumme. Die Einmalzahlung wird von der Wiener Gebietskrankenkasse nach Beendigung des Vertragsverhältnisses überwiesen.

(2) Erfolgt die Vertragsbeendigung während eines Kalenderjahres, gebührt eine Einmalzahlung, die anteilig nach der Vertragsdauer während des betreffenden Jahres von der in der in Abs. 1 festgelegten Summe errechnet und ausbezahlt wird.

(3) Die Beendigung von Vertragsverhältnissen gemäß Abs. 1. bzw. 2. führt nicht zu einer Verminderung der gemäß Punkt II. vereinbarten Jahreshonorarsummen. Durch Beendigungen von Vertragsverhältnissen im Folgejahr bzw. in den Folgejahren freiwerdende individuelle Richtsummen (bei unterjähriger Schließung entsprechende Teile derselben) werden zur Erhöhung der individuellen Richtsummen aller verbleibenden Vertragsfachärztinnen/-fachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation verwendet. Die Verteilung erfolgt in der Regel in aliquoter Aufteilung entsprechend den für sie bis zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Richtsummen.

(4) Im begründeten Einzelfall kann bei der Festlegung der individuellen Richtsummen gemäß Abs. 3 im Einvernehmen von Kammer und Wiener Gebietskrankenkasse ausnahmsweise die individuelle Richtsumme einer einzelnen Vertragsfachärztin/eines einzelnen Vertragsfacharztes für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation überproportional angehoben werden; die Richtsummen aller anderen Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation werden in diesem Fall im aliquoten Verhältnis entsprechend geringer erhöht.

IX.

Jahresrichtsummen

(1) Für jede Vertragsfachärztin/jeden Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation wird jeweils eine für den Abrechnungszeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember gültige individuelle Jahresrichtsumme festgelegt.

(2) Basis für die Festlegung der im Zeitraum 1. Jänner 2018 bis 31. Dezember 2020 für jede Vertragsfachärztin/jeden Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation gültigen individuellen Jahresrichtsumme ist die jeweils zum Stichtag 31. Dezember 2017 gültige individuelle Jahresrichtsumme, es sei denn es wurde im Zuge einer schriftlich festgelegten Fusion von Standorten ausdrücklich etwas anderes schriftlich vereinbart.

(3) Diese individuelle Jahresrichtsumme wird im Zeitraum 1. Jänner bis 31.°Dezember der Jahre 2018 bis 2020 jeweils analog zur prozentuellen Erhöhung der für das betreffende Jahr gemäß Punkt II. vereinbarten garantierten maximalen Honorarsumme erhöht.

(4) Die gemäß Abs. 2 festgelegte individuelle Jahresrichtsumme kann durch die infolge von Rücklegungen von Verträgen freiwerdenden individuellen Richtsummen erhöht werden.

(5) Die gemäß Abs. 2 und 3 von der Kammer für jede Vertragsfachärztin/jeden Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation für den Zeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember der Jahre 2019 und 2020 festgelegte individuelle Jahresrichtsumme wird der Wiener Gebietskrankenkasse jeweils bis Ende Mai für das jeweilige Abrechnungsjahr bekannt gegeben, im Jahr 2018 bis Ende Juni.

(6) Jede Vertragsfachärztin/jeder Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erhält für das jeweilige Abrechnungsjahr vorerst die der Wiener Gebietskrankenkasse gemäß Abs. 5 bekanntgegebene individuelle Jahresrichtsumme ausbezahlt. Etwaige Über- bzw. Unterschreibungsbeträge werden für alle Vertragsfachärztinnen/-fachärzte bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation bei der Abrechnung des 4. Quartals 2020 ausgeglichen.

(7) Sollten nach erfolgtem Ausgleich noch restliche Honorarvolumina zur Verfügung stehen, sind diese von der Wiener Gebietskrankenkasse gemäß den Vorgaben der Kammer zu verwenden. Festgelegt wird, dass allfällige restliche Honorarvolumina primär zur aliquoten Honorierung von Vertragsfachärztinnen/-fachärzten bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation verwendet werden, die ihre individuellen Jahresrichtsummen im Durchrechnungszeitraum (2018 bis 2020) überschritten hatten. Allfällige darüber hinaus noch zur Verfügung stehende Restbeträge werden gemäß den Beschlüssen der Kammer aufgeteilt.

X.

Datenabgleich

(1) Die Wiener Gebietskrankenkasse wird der Kammer für die Fachgruppe für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation für jedes Quartal eine Liste der von jeder Vertragsfachärztin/jedem Vertragsfacharzt sowie Vertragsfacharztgruppenpraxis für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation abgerechneten Einzelleistungspositionen und ausbezahlten Honorarsummen übermitteln.

(2) Die Übermittlung an die Kammer erfolgt in einem gängigen EDV-Format zeitgleich mit der Übermittlung dieser Daten der jeweiligen Vertragsfachärztin/des jeweiligen Vertragsfacharztes sowie Vertragsfacharztgruppenpraxis für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation.

XI.**Zusammenlegungen von Ordinationen untereinander bzw. mit Instituten oder
Instituten mit Ordinationen**

Die im Punkt IX des V. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 vorgesehene Regelung zur Zusammenlegung von Ordinationen mit Instituten bzw. Instituten mit Ordinationen wird mit Wirksamkeit per 1. Jänner 2018 nicht weitergeführt. Über zuvor gestellte Anträge kann im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für Wien, Wirtschaftskammer Wien und Wiener Gebietskrankenkasse auf Basis der bis 31. Dezember 2017 gültigen Regelungen entschieden werden. Zusammenlegungen innerhalb einer der beiden Gruppen bleiben davon unberührt.

XII.**Sonstiges**

- (1) Es herrscht Einvernehmen, während der Laufzeit dieser Vereinbarung die Qualitätskriterien, Anlage II, und Anlage III mit der Wirtschaftskammer Wien gemeinsam zu evaluieren und gegebenenfalls zu adaptieren.
- (2) Es herrscht weiters Einvernehmen, dass bei maßgeblichen Änderungen des Versichertenkreises, etwa durch Fusion einzelner Krankenversicherungsträger oder der Auflösung eines Krankenversicherungsträgers, umgehend Gespräche über eine Anpassung der Honorarsummenregelung gemäß Punkt II aufzunehmen sind.
- (3) Die besonderen Qualitätskriterien wurden novelliert und in Anlage III diesen Anforderungen nach definiert.

Anlagen :

- Anlage I – Tarif Allgemeine Bestimmungen, Leistungskatalog Teil 1 und Leistungskatalog Teil 2
- Anlage II – allgemeine Qualitätskriterien
- Anlage III – besondere Qualitätskriterien

TARIF**gültig ab 1. Jänner 2018****Allgemeine Bestimmungen**

Die Untersuchungen und Behandlungen dürfen auf Grund der Verordnung, einer Überweisung einer/eines Vertragsärztin/-arztes für Allgemeinmedizin oder einer/eines allgemeinen Vertragsfachärztin/-facharztes (einer kasseneigenen Einrichtung) oder nach direkter Inanspruchnahme durchgeführt werden. Bei Untersuchungen muss die Verordnung auf die betreffende Untersuchung lauten; die Befunde sind der/dem zuweisenden Ärztin/Arzt zu übermitteln. Lautet die Verordnung bei physikalischen Behandlungen auf nach Art und Anzahl bestimmte Behandlungen, und ist die in der Verordnung vorgeschlagene Therapie der/des zuweisenden Ärztin/Arztes nicht optimal der momentanen Ausprägung des Krankheitsbildes angepasst, ist sie von der/dem Vertragsfachärztin/-facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation entsprechend abzuändern. Lautet die Verordnung (Überweisung) nur auf physikalische Therapie ohne nähere Bestimmung von Art und Anzahl der Behandlungen oder erfolgt eine Inanspruchnahme ohne Zuweisung, so ist die/der Vertragsfachärztin/-facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation verpflichtet, nach eigener Untersuchung selbst Art und Anzahl der Behandlungen zu bestimmen. Er hat dabei zu beachten, dass das Maß des unbedingt Notwendigen nicht überschritten wird.

Auf der Verordnung ist die Durchführung jeder einzelnen Behandlung von der/dem Patientin/Patienten unter Beifügung des Behandlungsdatums unterschriftlich zu bestätigen. Diese Unterschrift kann entfallen, wenn die Anspruchsberechtigung bei jeder Inanspruchnahme durch eine/n Anspruchsberechtigte/n über eine online-Anspruchsprüfung mittels Stecken der e-Card ersetzt wird.

Als Punktwert der in Punkten bewerteten Untersuchungspositionen gilt der jeweils für die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-ärzte vereinbarte Punktwert.

Für Leistungen der physikalischen Therapie – Anlage I Leistungskatalog Teil 2 – sind die Kosten der notwendigen Medikamente u. ä. mit der Tagsatzpauschale abgegolten, sodass diese weder auf Kassenkosten verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.

Wenn die Behandlungen außerhalb des Wohn- oder Beschäftigungsortes durchgeführt werden, so ist eine vorherige Genehmigung der zuständigen Kasse erforderlich.

Leistungskatalog Teil 1¹

Punktwert für die nach Punkten bewerteten Leistungen **EUR 0,67**

Pos.Ziff.		Punkte
21	Funktioneller Muskeltest	18
23	Elektrodiagnostische Konsultation	35
25	Bestimmung der Dopplerindices	18
34	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patientin/Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar	15
90	Ausführlich diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Min., einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin in max. 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen: a) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ darf nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese. c) Die Ärztin/der Arzt hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig. d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen.	20
P20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4

¹ Leistungserbringung durch Fachärztin/Facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation

P24	Infusion i. v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln		20
	Erläuterungen: Das verabreichte Heilmittel und die Diagnose, welche die Notwendigkeit der Behandlung begründet, sind bei der ersten Infusion einer Serie anzugeben. Bei mehrfacher Verabreichung am gleichen Tag ist die genaue Uhrzeit der Infusionen anzugeben. in max. 5% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar		
P28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)		11
	in max. 5% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar		
P30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticular. Injektion in ein großes Gelenk		20
	in max. 5% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar		
P31	Punktion einer kleinen oberflächlichen Höhle, eines oder mehrerer kleiner Gelenke, eines Seroms, eines kalten Abszesses, einer Bursa ect., intraarticular. Injektion in ein oder mehrere kleine Gelenke		15
	in max. 5% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar		
MT1	Manuelle Ärztliche Therapie		15
73	Untersuchungspauschale (nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)		EUR 19,30
A15	Ärztliches Assessment ²	15 min (nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	30
A30	Ärztliches Assessment ³	30 min(nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	60
A45	Ärztliches Assessment ⁴	45 min(nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	90
A60	Ärztliches Assessment ⁵	60 min(nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	120

Anmerkung: Assessment inkludiert: Anamnese, Status, Scores (wie z.B. FFb-H, WOMAC, VAS/ NRS, HADS-D, Keele, Fear Avoidance Beliefs- Fragebogen, Gerbershagen, FF-STABS), Verordnung, Dokumentation.

Die Diagnosestellung ist im Falle der Verrechnung eines Assessments funktions- bzw. aktivitätsorientiert (ICF) zu stellen: z.B. (akute, subakute, chronische) Schmerzen bei Bewegungseinschränkung oder Aktivitätseinschränkung (Gangstörung, Handfunktionsstörung)

² Ärztliches Assessment 15 min: 1-2 geringgradige Funktionsstörung/en

³ Ärztliches Assessment 30 min: 1 höhergradige Funktionsstörung oder 1 mäßiggradige Aktivitätsstörung

⁴ Ärztliches Assessment 45 min: mäßig- bis höhergradige Aktivitätsstörungen

⁵ Ärztliches Assessment 60 min: höhergradige Aktivitätsstörungen, komplexes Schmerzassessment

Leistungskatalog Teil 2 : Therapeutisches Angebot⁶

TP1	Tagsatzpauschale Stufe 1	EUR 21,13
TP2	Tagsatzpauschale Stufe 2	EUR 26,43
TP3	Tagsatzpauschale Stufe 3	EUR 31,71

		Zeit (Min.)	Therapeut/in
Gruppe 1 – Teilmassage			
M1	Manuelle Teilmassage Teilkörper	10	MM, HM, MTF, PT
M2	Druckstrahlmassage z.B. Unterwasser- oder Überwasserdruckstrahlmassage, (Hydrojet oder glw.)	10-12	MM, HM, MTF, PT
M3	Manuelle Druck/Triggerpunktmassage ⁷	10	MM, HM, MTF, PT

Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische Trainingstherapie			
B1	Bewegungstherapie/Einzel	30	PT
B2	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT
B3	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	60	PT
B4	Bewegungstherapie/Einzel	20	PT
B5	Unterwasserbewegungstherapie/Einzel ⁸	30	PT
B6	Unterwasserbewegungstherapie/Gruppe ⁸	30	PT

⁶ Es herrscht Einvernehmen, dass diese im Einzelfall an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch von der Ärztin/vom Arzt oder gemäß den berufsrechtlichen Erfordernissen durch Auszubildende selbst erbracht und abgerechnet werden können, und alle angeführten Leistungen optional zu verstehen sind. Die berufsrechtlichen Erfordernisse sind im Sinne des Patientenschutzes hierbei streng auszulegen.

⁷ Ausbildungsnachweis ist der Wiener Gebietskrankenkasse vorzulegen

⁸ Die Unterwasserheilgymnastik kann nur dann verrechnet werden, wenn ein Therapiebecken mit 10m² Wasseroberfläche, mit einer Wassertiefe von 1,10m bis 1,30m und einer Wassertemperatur von mindestens 29 Grad, vorhanden ist und der Wiener Gebietskrankenkasse laufend Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.

(max. 8 Personen)

B7	Krafttraining/MAT Gruppe (max. 12 Personen) ⁹	20-30	PT,SpoWi,MTF
B8	Sensomotoriktraining/Einzel apparativ z.B. Galileo, Zeptor, MFT	8-10	PT,SpoWi,MTF
B9	Sensomotoriktraining/Gruppe (max. 12 Personen)	8-10	PT,SpoWi,MTF
B10	Entspannungstraining/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT,SpoWi,Psy,ET
B11	Allgemeine Bewegungsübungen/Einzel	30	PT,SpoWi,ET
B12	Allgemeine Bewegungsübungen/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT,SpoWi,ET
B13	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Einzel ⁸ (z.B. Laufband, Fahrrad, Stepper)	30	PT,SpoWi
B14	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Gruppe ⁸ (max. 8 Personen) z.B. Stepper	30	PT,SpoWi
B15	Antigravitationstraining/Einzel	20-30	PT,SpoWi
B16	Assessment funktionell – maximal viermal pro Tag	15	PT,SpoWi,MTF,ET,Psy

Gruppe 3 – Thermotherapie

T1	Wärmetherapie trocken	10	MM,HM,MTF,PT
T2	Wärmetherapie feucht	15	MM,HM,MTF,PT
T3	Lokale Kältetherapie	10	MM,HM,MTF,PT
T4	Hochfrequenztherapie (z.B. Kurzwelle, Mikrowelle und Dezimeterwelle)	10	MM,HM,MTF,PT

Gruppe 4 – Elektrotherapie

E1	Niederfrequenzstromtherapie (z.B. Zellenbad, Iontophorese, Impulsgalvanisation, Schwellstrom, Exponentialstrom, Frequenzmodulation, Galvanisation, neo- u. diadynamische Ströme)	10	MM,HM,MTF,PT
E2	Mittelfrequenzstromtherapie (z.B. Interferenz)	10	MM,HM,MTF,PT

⁹ Gerätemindeststandard: Mindestens 6 Geräte aus folgenden Bereichen, die jedenfalls abgedeckt werden müssen: z.B. Streckkraft der WS/Beugekraft der WS/Training der angrenzenden Muskelgruppen, Oberkörper, Arm-, Schulterfix. z.B. Legpress, Hüft Abd- u. Adduktoren, z.B. Rowing. Seilzüge sind nur zur Unterstützung des Gerätemindeststandards geeignet.

Gruppe 5 – Ultraschalltherapie

U1	Ultraschalltherapie (Richtwert pro Sitzung)	5	MM, HM, MTF, PT
----	---	---	-----------------

Gruppe 6 – Hydrophysikalische Therapie

H1	Medizinalbad (z.B. CO ² Bad, Moorschwebstoffbad, etc.)	15	MM, HM, MTF, PT
----	--	----	-----------------

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT	- Physiotherapeutin/Physiotherapeut		
ET	- Ergotherapeutin/Ergotherapeut		
MTF	- Medizinisch-Technischer Fachdienst		
MM	- Medizinische Masseurin/Medizinischer Masseur		
HM	- Heilmasseurin/Heilmasseur		
SpoWi	- Sportwissenschaftlerin/Sportwissenschaftler		
Psy	- Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Klinische Gesundheitspsychologin/Gesundheitspsychologe	Psychologin/Klinischer	Psychologe,

Allgemeine Qualitätskriterien

(1) Die im Folgenden geregelten allgemeinen Qualitätskriterien haben die Aufgabe, die Qualität der von der/dem Vertragsfachärztin/-facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation für die Versicherten durchgeführten Leistungen zu optimieren, wobei folgende Ziele erreicht werden sollen:

a) aus Sicht der Patientinnen/Patienten

- qualitativ hochwertige medizinische Versorgung (nichtmedikamentöse Schmerztherapie bzw. Erhöhung der Funktionstüchtigkeit)
- Behandlung in funktionalen, behindertengerechten, die gebotene Privatsphäre gewährleistenden und ansprechenden Räumlichkeiten

b) aus Sicht des Versicherungsträgers

- Sicherstellung optimaler therapeutischer Versorgung in qualitativer und
- quantitativer Hinsicht nach ökonomischen Grundsätzen
- durch medizinisch und organisatorisch bestens ausgerüstete Vertragspartnerinnen/-partner

c) aus Sicht der/des Vertragsfachärztin/-facharztes

- zufriedene Patientinnen/Patienten
- zufriedener Vertragspartnerinnen/-partner (Auftraggeberinnen/Auftraggeber)
- adäquate Honorierung der erbrachten Leistung

Die allgemeinen Qualitätskriterien umfassen

- Medizinische Qualität
- Baulich/räumliche Qualität
- Servicequalität
- Organisatorische Qualität

I. Medizinische Qualitätskriterien

A) Behandlungsqualität

1.) generell

- Anwesenheit einer/eines Fachärztin/Facharztes für Physikalische Medizin zumindest zu den dem Versicherungsträger bekannt gegebenen und im Einzelvertrag festgelegten Ordinationszeiten.

2.) Fachärztliche Betreuung, die – je nach Erfordernis – folgende Schritte beinhaltet:

1. Fachärztliche Untersuchung jedenfalls jener Patientinnen/Patienten,
 - die nicht mit einer ärztlichen Verordnung kommen oder
 - bei denen sich auf Grund der Angaben auf dem Anamneseblatt Zweifel bezüglich der verordneten Therapien ergeben oder
 - bei denen die Angaben auf der Verordnung unzureichend sind.
2. Fachärztliche Untersuchung bzw. Rücksprache mit der/dem Fachärztin/Facharzt beim Auftreten von Problemen während der Therapie
3. Angebot einer fachärztlichen Kontrolluntersuchung zu Ende der Therapie
4. Terminvergabe nach ärztlich festgelegter Frequenz und Reihung der Therapien (Bewegungstherapie, Anwendungen) nach ärztlicher Vorgabe (bei Punkt 1. und 2.)
5. Genaue Dosis- und Lokalisierungsangaben durch die/den Fachärztin/Facharzt (bei Punkt 1. und 2.)

3.) Genaue Dokumentation und Therapieangebot, das heißt:

- Führung einer Patientenkartei für alle Patientinnen/Patienten, in der neben den allgemeinen Daten und der Diagnose sowie der verordneten Therapie alle die in Punkt 1. bis 5. festgelegten Schritte einzutragen sind.
- Möglichst umfassendes Therapieangebot (zwingendes Angebot von Bewegungstherapie und Anwendungen).

B) Behandlungsqualität – personell

- Einsatz von für die jeweilige Leistung entsprechend qualifiziertem Personal, das regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt (diese sind in der Ordination zu dokumentieren).

II. Bauliche Qualitätskriterien

- Vorhalten von Geräten zur Medizinischen Trainingstherapie (zählt 2 Punkte),
- Behindertengerechter Zugang sowie Behandlungs- und Warteräume, WC-Anlage etc. (bei Neubauten entsprechend den Kriterien der ÖNORMen 1600 und 1601)
- Mindestens zwei Medizinalwannen bzw. Wannen für Unterwasserbehandlung *)
- Räumlich getrennte Hydro-Abteilung *)
- Dusche und Patientengarderobe (geschlechtlich oder zeitlich getrennt)
- Feste Trennwände für Behandlungskabinen (maximal eine Wand kann durch einen Vorhang ersetzt werden)
- Gymnastikraum - 20 Quadratmeter oder 40 Quadratmeter (zählt 2 Punkte)
- Arztzimmer

*) sofern einschlägige Behandlungen angeboten werden

III. Servicequalität

- *Mindestöffnungszeiten* von 40 Stunden pro Woche, davon zwei Tage ab 7.00 Uhr und zwei Tage bis 20.00 Uhr oder 4 Tage ab 7.00 Uhr oder 4 Tage bis 20.00 Uhr
- *Keine längeren Sperrzeiten* (betriebsbedingte Schließungen an "Fenstertagen" bzw. zwischen Feiertagen sind davon nicht betroffen)
- *Fragebogen* für Patientinnen/Patienten zum Abschluss der Therapie

IV. Organisationsqualität

- EDV- unterstütztes Bewilligungssystem *)
- EDV- unterstützte Abrechnung *)
- EDV- unterstützte Patientenverwaltung (Termine, Kartei)*)
*) gilt als ein Punkt
- Internes Qualitätssicherungssystem (externes zertifiziertes System, z.B. erfolgreiche Evaluierung der Ordination gem. § 49 Abs. 2a ÄrzteG)

Besondere Qualitätskriterien

1. Ein Qualitätszuschlag 1 von 15 % wird bei Vorhalten einer Einrichtung für Medizinische Trainingstherapie (Mindestgeräteausrüstung siehe Anlage I Leistungskatalog Teil 2) verrechenbar.
Dieser Zuschlag ist nur dann verrechenbar, wenn der Anteil aller erbrachten Leistungen der Position „B7“ ab 1. Juli 2018 bis 31. Dezember 2018 mind. 7 % ab 1. Jänner 2019 in einem Zeitraum von 1. Jänner bis 31. Dezember mind. 10 % aller erbrachten Leistungen des Leistungskataloges Teil 2 Gruppe 2, Position B (excl. 2, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16) beträgt.
2. Der Qualitätszuschlag 2 (20 %) beim Vorhalten eines Unterwasser-Bewegungstherapiebeckens
3. Der Qualitätszuschlag 3 (10 %) bei Vorhalten einer Antigravitationseinrichtung, sofern das Gerät folgende Kriterien gewährleistet:
 - durch Veränderungen des Luftdrucks am luftdicht abgeschlossenen Patiententeil wird eine Reduktion der Gewichtskraft, stufenlos einstellbar, erzielt
 - zusätzlich zu dieser Reduktion der Gewichtskraft hat das Gerät über ein Laufband, auf welchem die/der Patientin/Patient mit dieser reduzierten Gewichtskraft gehend oder laufend Bewegungen durchführen kann, zu verfügen.
 - die Beinbewegungen der/des Patientin/Patienten haben von drei Seiten her, durch Klarsichtfenster einsehbar zu sein
 - das Laufband hat bezüglich der Geschwindigkeit in geeigneter Weise verstellbar zu sein
 - eine Neigung hat zur Simulation des Bergaufgehens einstellbar zu sein

Qualitätszuschlag 2 und Qualitätszuschlag 3 sind nicht gemeinsam verrechenbar, im Falle des Vorhaltens eines Unterwasser-Bewegungstherapiebeckens und einer Antigravitationseinrichtung wird der höhere Zuschlag gewährt.

Falls Bereiche aus den Qualitätskriterien länger als ein Quartal ungenutzt bleiben, entfällt der entsprechende Zuschlag für diese Dauer.