

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

V. ZUSATZPROTOKOLL

zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011

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

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

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt) andererseits.

Präambel

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

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 2014 bis 31. Dezember 2017.

II.

Jahressummen

(1) Die von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation im Zeitraum 1. Jänner 2014 bis 31. Dezember 2014 für Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger gemäß Tarif Anlage I erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Honorarsumme von 10.850.000,00 Euro abgegolten.

(2) Die von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation im Zeitraum 1. Jänner 2015 bis 31. Dezember 2015 für Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger gemäß Tarif Anlage I erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Honorarsumme von 11.050.000,00 Euro abgegolten.

(3) Die von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation im Zeitraum 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2016 für Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger gemäß Tarif Anlage I erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Honorarsumme von 11.250.000,00 Euro abgegolten.

(4) Die von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation im Zeitraum 1. Jänner 2017 bis 31. Dezember 2017 für Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger gemäß Tarif Anlage I erbrachten Leistungen werden mit einer garantierten maximalen Honorarsumme von 11.450.000,00 Euro abgegolten.

III.

Tarifierung

(1) Grundlage der Honorierung der von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erbrachten Leistungen vom 1. Jänner bis 30. Juni 2014 ist der zum 31. Dezember 2013 gültige Tarifikatalog, welcher um den VPI 2013 valorisiert wird. Zu- und Abschläge gelten für diesen Zeitraum gemäß den Bestimmungen des XIII. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004.

(2) Grundlage der Honorierung der von den Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erbrachten Leistungen ab 1. Juli 2014 sind die Tarife laut Anlage I – Leistungskatalog Teil 1 aufgelistete Leistungen. Die an einem Tag für eine Patientin/einen Patientin erbrachte physikalische Therapie gemäß Anlage I – Leistungskatalog Teil 2 wird mit Wirkung vom 1. Juli 2014 pauschal honoriert

(Tagsatzpauschale). Erfolgt die Verabreichung der als an einem Tag zu erbringenden Leistung aufgesplittet auf mehrere Termine, ist nur ein Tagsatz verrechenbar.

(3) Als Tagsatzpauschale werden die Beträge von 20,00 Euro (Stufe 1), 25,00 Euro (Stufe 2) sowie 30,00 Euro (Stufe 3) festgelegt. Zu diesem Zweck übermittelt die Wiener Gebietskrankenkasse der Kammer nach Vorliegen der Abrechnungsdaten des 4. Quartals 2013 die ermittelte Anzahl von Tagsätzen (exklusive Tagen, an denen ausschließlich ärztliche Leistungen erbracht wurden) und das zugrunde gelegte Therapiehonorar sowie die daraus errechneten Durchschnittswerte. Die Einstufung der einzelnen Vertragsfachärztinnen/-fachärzte in die jeweilige Tagsatzkategorie erfolgt durch die Kammer 30 Tage nach Einlangen der Daten, spätestens bis 30. Juni 2014 auf Basis des sich aus dem im Jahr 2012 abgerechneten Therapiehonorar (exklusive ärztlicher Leistungen, inklusive der Zu- und Abschläge gemäß dem XIII. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004, valorisiert um die jeweilige Tarifsteigerung) ergebenden Durchschnittswerts pro Patient und Tag. Für Vertragsfachärztinnen/-fachärzte, die 2013 einen höheren Durchschnittswert als 2012 aufweisen, erfolgt die Berechnung auf Basis des Jahres 2013, sofern dies eine Vertragsfachärztin/ein Vertragsfacharzt ausdrücklich beantragt. Berücksichtigt werden können jedoch ausschließlich Leistungsabrechnungen, die bis 31. Jänner 2014 bei der Wiener Gebietskrankenkasse eingelangt sind.

(4) Ergibt der nach Abs. 3 ermittelte durchschnittliche Honorarbetrag der einzelnen Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Leistungen der erbrachten physikalischen Therapien einen Betrag unter 18,00 Euro, wird für den Zeitraum ab 1. Juli 2014 eine Tagsatzpauschale von 20,00 Euro festgelegt. Wurde ein Betrag, der zwischen 18,00 Euro und 23,00 Euro liegt, ermittelt, wird eine Tagsatzpauschale von 25,00 Euro festgelegt. Bei einem durchschnittlichen Honorarbetrag von über 23,00 Euro beträgt die Tagsatzpauschale 30,00 Euro.

(5) Eine Steigerung in der Einstufung der Tagsatzkategorie von 20,00 Euro auf 25,00 Euro sowie von 25,00 Euro auf 30,00 Euro erfolgt jeweils ab 1. Jänner eines Jahres (beginnend mit dem 1. Jänner 2015), wenn im Kalenderjahr davor der in Punkt V. Abs. 6 festgelegte Bewegungstherapieanteil erfüllt wird.

(6) 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 der neuen Einzelleistungen A15, A30, A45, A60 und MT1 erfolgt gemäß den jeweils für die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-fachärzte gültigen Bewertungen.

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

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

(9) 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. Behandlungsserien, die vor dem 1. Juli 2014 begonnen und nach dem 1. Juli 2014 beendet werden, werden bis 30. Juni 2014 gemäß Abs. 1 abgerechnet. Der Qualitätszuschlag sowie der Zuschlag für Bewegungstherapie gemäß XIII. Zusatzprotokoll, die für den Zeitraum 1. Jänner bis 30. Juni 2014 in Geltung sind, werden im Rahmen der Endabrechnung für das zweite Quartal 2014 berücksichtigt.

(10) Bei Vorliegen der technischen Möglichkeiten, erfolgt die Akontierung monatlich mit einem Zwölftel der individuellen Jahresrichtsumme der/des jeweiligen Vertragsfachärztin/-facharztes für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation.

IV.

Bewilligungspflicht

(1) Für alle während der Laufzeit dieser Punktation von einer/einem Vertragsfachärztin/-facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erbrachten Behandlungen ist 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 im Jahr 2014 vom 1. Juli bis 31. Dezember festgelegt, in den Folgejahren wird dieser 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 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 3 vorzunehmende Kürzungen und Zuschläge nicht.

(6) Der Bewegungstherapieanteil in Prozent an allen erbrachten Therapieleistungen der Anlage I – Leistungskatalog Teil 2 beträgt für das Jahr 2014 12,5 %, 2015 15 %, 2016 18 %, und 2017 18 %. Ein Unterschreiten dieser Prozentsätze führt zu einem Abschlag der jährlichen Abrechnungssumme wie folgt: Ab 1 % Unterschreitung beträgt der Abschlag 7,5 %, ab 2 %: 15 %, ab 3 %: 22,5 %; wenn die Unterschreitung mehr als 4 % beträgt erfolgt ein Abschlag von 30 % der abgerechneten Jahreshonorarsumme.

(7) Die für alle Vertragsfachärztinnen/-fachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation gemäß Punkt II. jeweils festgelegte maximale Jahreshonorarsumme verändert sich durch Abs. 2 bis 3 vorzunehmenden Kürzungen und Zuschläge nicht.

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

(9) Für den Zeitraum 1. Jänner 2014 bis 30. Juni 2014 gilt die Berechnungsmethode gemäß Punkt V. des XIII. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004 sinngemäß.

VI.

Allgemeine Qualitätskriterien

(1) Die in den Anlage II zu diesem Zusatzprotokoll aufgelisteten allgemeinen Qualitätskriterien gelten in Anlehnung an die Bestimmungen des XIII. Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004 für die Vertragsfachärztinnen/-fachärzte Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation.

(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/der betreffende Vertragsfachärztin/-facharzt 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/einem Vertragsfachärztin/-facharzt 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/der betroffene Vertragsfachärztin/-facharzt 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/einem Vertragsfachärztin/-facharzt 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/Der Vertragsfachärztin/-facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation hat der Wiener Gebietskrankenkasse ab 1. Juli 2014 jeweils bis Jahresende auf dem Weg über die Kammer schriftlich mitzuteilen, sofern die besonderen Qualitätskriterien im betreffenden Jahr (im Jahr 2014 ab dem 1. Juli 2014) von 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/der betreffende Vertragsfachärztin/-facharzt 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/einem Vertragsfachärztin/-facharzt 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/der betroffene Vertragsfachärztin/-facharzt 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/einem Vertragsfachärztin/-facharzt 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.

(8) Die im XIII. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004 unter Punkt VII. Ziff. 9 vorgesehene Kürzung wird auf Grund der neu festgelegten Honorarregelungen ab 1. Juli 2014 nicht mehr vorgenommen.

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 2017 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 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/eines einzelnen Vertragsfachärztin/-facharztes 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/n Vertragsfachärztin/-facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation wird jeweils eine für den Abrechnungszeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember gültige individuelle Jahresrichtsumme festgelegt.

(2) Die individuelle Jahresrichtsumme für den Zeitraum 1. Jänner 2014 bis 31. Dezember 2014 wird für jede/n Vertragsfachärztin/-facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation auf Basis der gemäß XIII. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004 gebührenden Honorarsumme festgelegt. Die Festlegung erfolgt im selben Verhältnis zur garantierten maximalen Honorarsumme gemäß Punkt II., wie im XIII. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2004 bestimmt war. Die individuellen Jahresrichtsummen der einzelnen Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation für 2014 stehen zueinander im gleichen Verhältnis wie diese für die Jahre 2009 bis incl. 2013 gebührenden Honorarsummen der einzelnen Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation

(3) Die individuelle Jahresrichtsumme 2014 wird für den Zeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember der Jahre 2015 bis 2017 jeweils analog zur prozentuellen Erhöhung der für das betreffende Jahr gemäß Punkt II. Abs. 2 bis 4 vereinbarten garantierten maximalen Honorarsumme erhöht.

(4) Die gemäß Abs. 2 festgelegte individuelle Jahresrichtsumme kann durch die infolge von Rücklegungen von Verträgen gemäß Punkt VIII. Abs. 3 und 4 freiwerdenden individuellen Richtsummen erhöht werden.

(5) Die gemäß Abs. 2 und 3 von der Kammer für jede/n Vertragsfachärztin/-facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation für den Zeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember der Jahre 2015, 2016 und 2017 festgelegte individuelle Jahresrichtsumme wird der Wiener Gebietskrankenkasse jeweils bis Ende Mai für das jeweilige Abrechnungsjahr bekannt gegeben (also Ende Mai 2015 für das Abrechnungsjahr 2015 und so fort).

(6) Jede/r Vertragsfachärztin/-facharzt 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 2017 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 (2014 bis 2017) 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 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/des jeweiligen Vertragsfachärztin/-facharztes für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation.

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

Vertragsordinationen und Vertragsinstituten soll eine Zusammenlegung ermöglicht werden. Die zusammengelegte Einheit kann je nach Wunsch der zusammenlegenden Vertragspartnerinnen/-partner als Vertragsordination, Vertragsgruppenpraxis (unter Heranziehung einer Planstelle aus der Strukturreserve) oder Vertragsinstitut weitergeführt werden. Auch eine Übersiedlung aller Partnerinnen/Partner an einen neuen Ort ist möglich. Zwischen beiden Kammern und der Wiener Gebietskrankenkasse ist Einvernehmen herzustellen und bei etwaigen Bedarfsprüfungsverfahren wird die Unterstützung von der Wiener Gebietskrankenkasse, der Fachgruppe der Gesundheitsbetriebe der Wirtschaftskammer Wien und der Ärztekammer für Wien zugesichert. Die jeweiligen individuellen Jahresrichtsummen der beiden oder mehreren Partnerinnen/Partner ergeben summiert die individuelle Jahresrichtsumme der Einheit nach der Zusammenlegung. Wird die zusammengelegte Einheit als Vertragsordination oder Vertragsgruppenpraxis weitergeführt, wird die garantierte maximale Honorarsumme der Institute um die individuelle Jahresrichtsumme des übersiedelnden Institutes reduziert und die garantierte maximale Honorarsumme der Ordinationen um die individuelle Jahresrichtsumme des übersiedelnden Institutes erhöht und umgekehrt. Alle Beträge verstehen sich als Nettobeträge.

XII.**Sonstiges**

(1) Medikation und Einmalartikel (Spritzen und Nadeln) zur akuten Schmerzbehandlung für Leistungen Tarif Anlage I – Leistungskatalog Teil 1 wird ab 1. Juli 2014 als Ordinationsbedarf seitens der Wiener Gebietskrankenkasse geliefert. Der diesbezügliche Katalog und das Bestellwesen werden im Einvernehmen im ersten Quartal 2014 definiert.

(2) Es herrscht Einvernehmen, im Laufe des Jahres 2014 die Qualitätskriterien, Anlage II, und Anlage III gemeinsam zu evaluieren und gegebenenfalls zu adaptieren.

Wien, 27. März 2014

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Generaldirektor-Stellvertreter

Verbandsvorsitzender

Ärztchammer für Wien

Der Vorsitzende der
Sektion Fachärzte

Der Vorsitzende der
Sektion Allgemeinmedizin

Der Kurienobmann der
niedergelassenen Ärzte

Der Präsident

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte

Die Obfrau

Anlagen :

Anlage I – TARIF Allgemeine Bestimmungen, Leistungskatalogteil 1 und Leistungskatalogteil 2

Anlage II – allgemeine Qualitätskriterien

Anlage III – besondere Qualitätskriterien

TARIF**gültig ab 1. Juli 2014****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. Die Kammer wird der Wiener Gebietskrankenkasse jene Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation melden, die sich verpflichten, die e-Card bei jeder Konsultation zu stecken.

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 0,66**

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 (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig. d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen.	20

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

P20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4
P24	Infusion i. v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln 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	20
P28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe) in max. 5% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar	11
P30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk in max. 5% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar	20
P31	Punktion einer kleinen oberflächlichen Höhle, eines oder mehrerer kleiner Gelenke, eines Seroms, eines kalten Abszesses, einer Bursa ect., intraarticul. Injektion in ein oder mehrere kleine Gelenke in max. 5% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar	15
MT1	Manuelle Ärztliche Therapie	15
73	Untersuchungspauschale (nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	EUR 18,25
A15	Ärztliches Assessment ² 15 min	30
A30	Ärztliches Assessment ³ 30 min	60
A45	Ärztliches Assessment ⁴ 45 min	90
A60	Ärztliches Assessment ⁵ 60 min	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 20,00
TP2	Tagsatzpauschale Stufe 2	EUR 25,00
TP3	Tagsatzpauschale Stufe 3	EUR 30,00

Zeit (Min.) **Therapeut**

Gruppe 1 – Teilmassage

M1	Manuelle Teilmassage Teilkörper	10	MM, HM, MTF, PT
M2	Druckstrahlmassage z.B. Unterwasser, 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 (max. 8 Personen)	30	PT

⁶ Es herrscht Einvernehmen, dass diese im Einzelfall an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch von der Ärztin/vom Arzt selbst erbracht und abgerechnet werden können, und alle angeführten Leistungen optional zu verstehen sind.

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.

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	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 ¹⁰
MM	- Medizinische Masseurin/Medizinischer Masseur
HM	- Heilmasseurin/Heilmasseur
SpoWi	- Sportwissenschaftlerin/Sportwissenschaftler
Psy	- Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Klinische Psychologin/Klinischer Psychologe

¹⁰ Sowie allfällige Nachfolgeberufe, die anlässlich von allf. Novellierungen des MAB oder vergleichbarer Gesetze geschaffen oder berechtigt werden.

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. (entsprechend den Kriterien der ÖNORMen 1600 und 1601)
- mindestens zwei Medizinalwannen bzw. Wannen für Unterwasserbehandlung *)
- räumlich getrennte Hydro-Abteilung *)
- Dusche und Patientengarderobe in unmittelbarer Angrenzung zu den Behandlungsräumen (geschlechtlich oder zeitlich getrennt)
- Feste Trennwände für Behandlungskabinen (maximal eine Wand kann durch einen Vorhang ersetzt werden)
- Gymnastikraum - 20 Quadratmeter (Einrichtung für das Angebot aller Therapieformen)
- 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 2 a ÄG)

Besondere Qualitätskriterien

1. Ein Qualitätszuschlag 1 von 15 % wird bei Vorhalten einer Einrichtung für Medizinische Trainingstherapie (Mindestgeräteausstattung siehe Anlage I Leistungskatalog Teil 2) verrechenbar.
2. Der Qualitätszuschlag 2 (weitere 20 %) für das Vorhalten eines Unterwasser-Bewegungstherapiebeckens bzw. einer sonstigen therapeutischen Antigravitationseinrichtung
3. Falls Bereiche aus den besonderen Qualitätskriterien länger als ein Quartal ungenützt bleiben, entfällt der entsprechende Zuschlag für diese Dauer.