

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

VII. ZUSATZPROTOKOLL

zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011

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

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

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt) andererseits.

I.

Regelungen für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin gilt für den Zeitraum 1. April 2015 bis 31. Dezember 2017.

2. Honorarregelung 1. April 2015 bis 30. September 2016

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin.

(2) Die Tarife der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin werden per 1. Oktober 2015 um 5,5 % erhöht. Diese Erhöhung wird gemäß Punkt 5 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt. Das auf Grund von einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien verbleibende Erhöhungsvolumen für Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner soll für Erhöhungen im Zusammenhang mit dem Ärztekundendienst verwendet werden, welche im Rahmen des Ständigen Ausschusses einer eigenen Beschlussfassung bedürfen, wobei die Vertragsparteien übereinkommen so vorzugehen, wie zu diesem Thema unter Punkt VIII. festgelegt wurde.

(3) Zur zusätzlichen Abdeckung der Leistungen des Ärztekundendienstes wird per 1. November 2015 eine Einmalzahlung in der Höhe von 140.000,00 Euro gewährt.

3. Honorarregelung 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017

Die Tarife der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin werden mit Wirkung vom 1. Oktober 2016 zusätzlich zu der Tarifierhöhung gemäß Punkt 2 Absatz 2 um weitere 3,0 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Punkt 5 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt. Die restliche Summe soll für Erhöhungen im Zusammenhang mit dem Ärztekundendienst verwendet werden, welche im Rahmen des Ständigen Ausschusses einer eigenen Beschlussfassung bedürfen.

4. Honorarregelung 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2017

Die Tarife der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin werden mit Wirkung vom 1. Juli 2017 zusätzlich zu den Tarifierhöhungen gemäß Punkt 2 Absatz 2 und Punkt 3 um weitere 2,0 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Punkt 5 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt. Die restliche Summe soll für Erhöhungen im Zusammenhang mit dem Ärztekundendienst verwendet werden, welche im Rahmen des Ständigen Ausschusses einer eigenen Beschlussfassung bedürfen.

5. Ordinationen und Visiten, Allgemeine Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten – Verrechnungsmodus

(1) Mit Wirkung vom 1. Oktober 2016 wird der Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen von 0,66 Euro auf 0,67 Euro angehoben. (2) Die im Folgenden aufgelisteten Ordinationen und Visiten, allgemeinen Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten, verrechenbar von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, werden auf Basis des Sonderleistungskataloges vom 1. Juli 2014 mit der jeweils angeführten Wirkung neu eingeführt oder geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

- **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 – 42,00 Euro“
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.
→ **Ab 01.10.2016: 43,50 Euro**
→ **Ab 01.07.2017: 47,00 Euro**
- **Pos. Ziff. 8:** „Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals – 10 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015: 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“
→ **Ab 01.10.2015**
- **Pos. Ziff. 8f:** „Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015**
- **Pos. Ziff. 8g:** „Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016**
- **Pos. Ziff. 8h:** „Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017**

- **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 – 10,35 Euro“
→ **Ab 01.10.2016: 10,65 Euro**
- **Pos. Ziff. 600:** “EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) – 33 Punkte”
→ **Ab 01.07.2017: 35 Punkte**

II.

Regelungen für allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie)

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie) gilt für den Zeitraum 1. April 2015 bis 31. Dezember 2017.

Grundlage für die Honorierung der Leistungen im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie).

2. Honorarregelung 1. April 2015 bis 30. September 2016

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte.

(2) Die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte aus den Fachgruppen Kinder- und Jugendheilkunde sowie Gynäkologie und Geburtshilfe, erhalten per 1. Oktober 2015 eine Tarifierhöhung von 1,0 %.

(3) Die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, erhalten gemeinsam ab 1. Oktober 2015 eine Tarifierhöhung von 3,5 %. Diese wird zwischen den Fachgruppen aufgeteilt, sodass die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin 5 %, die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie 3 % erhalten.

(4) Alle allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie), die einer der Fachgruppen angehören, die unter Punkt II, 2. Absatz 2 und Absatz 3 nicht genannt werden, erhalten per 1. Oktober 2015 eine Tarifierhöhung von 0,3 %.

(5) Diese Erhöhungen werden gemäß Punkt II, 6. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

3. Honorarregelung 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017

(1) Die Tarife der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde werden ab 1. Oktober 2016 zusätzlich zur Erhöhung gem. Punkt II, 2. Absatz 2 um 3,0 % angehoben.

(2) Die Tarife der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, werden ab 1. Oktober 2016 zusätzlich zur Erhöhung gem. Punkt II, 2. Absatz 3 über beide Fachgruppen insgesamt um 3,5 % angehoben. Diese wird zwischen den Fachgruppen aufgeteilt, sodass die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin 5 %, die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie 3 % erhalten.

(3) Alle allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie), die einer der Fachgruppen angehören, die unter Punkt II, 3. Absatz 2 und Absatz 3 nicht genannt werden, erhalten zusätzlich zur Erhöhung gem. Punkt II, 2. Absatz 4 eine Tarifierhöhung von 1,5 %.

(4) Diese Erhöhungen werden gemäß Punkt II, 6. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

4. Honorarregelung 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2017

(1) Die Tarife der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, werden ab 1. Oktober 2016 zusätzlich zur Erhöhung gem. Punkt II, 2. Absatz 3 und zur Erhöhung gemäß Punkt II, 3. Absatz 2 über beide Fachgruppen insgesamt um 3,5 % angehoben. Diese wird zwischen den Fachgruppen aufgeteilt, sodass die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin 5 %, die Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie 3 % erhalten.

(2) Die Tarife aller anderen allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie), erhalten zusätzlich zu den Erhöhungen gem. Punkt II, 2. Absatz 2 und Absatz 4 sowie gemäß Punkt II, 3. Absatz 1 und Absatz 3 eine Tarifierhöhung von 2,0 %.

(3) Diese Erhöhungen werden gemäß Punkt II, 6. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt. Ergänzend zu den entsprechend angeführten Erhöhungen, werden im Jahr 2017 für die Fachgruppe Chirurgie ein Betrag von insgesamt 104.000,00 Euro und für die Fachgruppe Innere Medizin ein Betrag von insgesamt 68.500,00 Euro zur Verfügung gestellt. Diese Beträge werden jeweils als Pauschalzahlung per 30. September 2017 für jene Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie und Innere Medizin, die im ersten Kalenderhalbjahr 2017 koloskopisch tätig sind, basierend auf den jeweiligen abgerechneten Positionen 231 und 631 dieser Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte

und Vertragsfacharztgruppenpraxen im ersten Halbjahr 2017, zur Auszahlung gebracht. Dieses Honorarvolumen wird im Rahmen der folgenden Honorarverhandlung tarifwirksam auf die Fachgruppen Chirurgie und Innere Medizin für endoskopische Leistungen umgelegt. Diese Regelung wird bis zu einer neuerlichen Einigung im Rahmen der Honorarverhandlungen quartalsweise weitergeführt, wobei als Betrachtungszeitraum für die Verteilung und die Höhe der Auszahlung jeweils die im Vorquartal tatsächlich erbrachten Leistungen herangezogen werden. Mangels Einigung erfolgt die erste Auszahlung per 31. März 2018.

5. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

(1) Mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2016 tritt für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Neurologie und für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin jeweils ein neuer Fachgruppenkatalog in Kraft. Im Folgenden finden sich die Regelungen über die künftige Zuordnung.

(2) Für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, die nach dem 30. September 2015 einen Einzelvertrag mit der Kasse abschließen, bestimmt sich die Zuordnung zum Fachgebiet Neurologie bzw. zum Fachgebiet Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin gemäß der Ausschreibung für die jeweilige Planstelle.

(3) Die Verrechnung der Leistungen von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten, die nach dem 30. September 2015 einen Einzelvertrag für das Fachgebiet Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin abschließen, erfolgt ab 1. Jänner 2016 nach dem Leistungskatalog der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte gemäß Punkt I. – Ordinationen und Visiten und Punkt II. – Allgemeine Sonderleistungen und dem für dieses Fachgebiet jeweils gültigen spezifischen Sonderleistungskatalog (gemäß Punkt II, 6.10. – „neuer“ Katalog). Für die Zeit von 1. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2015 erfolgt die Verrechnung nach dem zum 1. Oktober 2015 gültigen Katalog „alt“ (Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin).

(4) Die Verrechnung der Leistungen von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten, die nach dem 30. September 2015 einen Einzelvertrag für das Fachgebiet Neurologie abschließen, erfolgt ab 1. Jänner 2016 nach dem Leistungskatalog der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte gemäß Punkt I. – Ordinationen und Visiten und Punkt II. – Allgemeine Sonderleistungen und dem für dieses Fachgebiet gültigen

spezifischen Sonderleistungskatalog (Gemäß Punkt II, 6.11. – „neuer“ Katalog). Für die Zeit von 1. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2015 erfolgt die Verrechnung nach dem zum 1. Oktober 2015 gültigen Katalog „alt“ (Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin).

(5) Für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte, die bis zum 30. September 2015 einen Einzelvertrag als Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin mit der Kasse abgeschlossen haben, besteht mit Wirkung vom 1. Jänner 2016 die Option, ins neue Tarifsysteem zu wechseln oder letztmalig einen Wechsel der Fachgruppenzuordnung innerhalb des Altsystems vorzunehmen. Die entsprechende Meldung hat bis spätestens 30. November 2015 an die Kasse im Wege der Kammer zu erfolgen. Sofern keine Meldung abgegeben wird, wird von einem Verbleib im „Altsystem“ und bei der bisherigen Fachgruppenzuordnung ausgegangen. Ein Umstieg in das neue System ist künftig immer nur mit Ende eines Kalenderjahres möglich, sofern die Meldung bis 30. November des jeweiligen Jahres über die Kammer bei der Kasse einlangt. Ein Rückwechsel ins „Altsystem“ oder ein neuerlicher Wechsel der Fachgruppenzuordnung im Altsystem kann nicht vorgenommen werden.

(6) Die Vertragsparteien kommen überein, dass der zum Stichtag 30. September 2015 gültige Sonderleistungskatalog für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ab 1. Oktober 2015 nicht mehr verändert wird und keine Valorisierung erfährt. Die im Sonderleistungskatalog nach Altsystem enthaltenen Leistungspositionen werden dazu mit gleichem Datum als Geldwerte ausgewiesen, die nicht mehr erhöht werden.

(7) Auf Grund der Umsetzung der neuen Sonderleistungskataloge für die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie und die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin per 1. Jänner 2016 und der demnach zeitversetzten Tarifierhöhung wird auf Basis der Fachgruppenzuordnung nach dem Altsystem, die von den einzelnen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Neurologie abgerechnete Honorarsumme des 4. Quartals 2015 einmalig um 3 %, die von den einzelnen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin abgerechnete Honorarsumme des 4. Quartals 2015 einmalig um 5 % erhöht

ausgezahlt. Die jeweilige Erhöhung erfolgt gemäß der zum 31. Dezember 2015 gültigen Verrechnungszuordnung zum jeweiligen Fachgebiet.

6. Allgemeine Sonderleistungen und Sonderleistungen für allgemeine Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie)

(1) Mit Wirkung vom 1. Oktober 2016 wird der Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen von 0,66 Euro auf 0,67 Euro angehoben. Die im Folgenden aufgelisteten Ordinationen und Visiten, allgemeinen Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten, verrechenbar von allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten, werden mit der unter Punkt 6.1. bis 6.13. jeweils angeführten Wirkung geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.1. Allgemeine Sonderleistungen

- **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 – 42,00 Euro“
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.
→ **Ab 01.10.2016: 43,50 Euro**
→ **Ab 01.07.2017: 47,00 Euro**

- **Pos. Ziff. 8:** „Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von den nachgenannten Vertragsfachärzten verrechenbar.
Der Tarif für Pos. Ziff. 8 beträgt für die Fachsparten Innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten – 3 Punkte
Bei Fachsparte für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Lungenkrankheiten – 4 Punkte
Bei Fachsparte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie – 5 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015: Pos. Ziff. 8d: „Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.
Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppen Innere Medizin sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten – 4 Punkte
Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppen Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Lungenkrankheiten – 4 Punkte
Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppe Orthopädie und orthopädische Chirurgie – 5 Punkte“**
→ **Ab 01.07.2017: Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde – 5 Punkte**

- **Pos. Ziff. 8e:** „Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.
Der Tarif für Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten – 4 Punkte
Der Tarif für Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe für Kinder- und Jugendheilkunde – 4 Punkte“
 - Ab 01.10.2015
 - Ab 01.07.2017: Der Tarif für Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde – 5 Punkte
Der Tarif für Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe Innere Medizin – 4 Punkte

- **Pos. Ziff. 8f:** „Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.
Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde – 4 Punkte“
 - Ab 01.10.2015
 - Ab 01.10.2016: Verrechenbar auch für die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten – Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten – 4 Punkte
 - Ab 01.07.2017: Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde – 5 Punkte
Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Orthopädie und orthopädische Chirurgie – 5 Punkte
Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Innere Medizin – 4 Punkte

- **Pos. Ziff. 8g:** „Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte“
 - Ab 01.07.2017

- **Pos. Ziff. 8h:** „Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte“
 - Ab 01.07.2017

- **Pos. Ziff. 90:** „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.
Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Chirurgie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Urologie in maximal 18 % der Fälle pro Quartal, von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 24 % der Fälle pro Quartal, von den übrigen allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten in höchstens 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar.

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

Innerhalb eines Quartals ist bei derselben Patientin/demselben Patienten die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 614 "Eingehende psychische Beratung bei larvierten Depressionen etc." ausgeschlossen; die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 751 "Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern" und Pos. Ziff. 756 "Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe, Mindestzeitaufwand 1 1/2 Stunden, pro Patientin/Patient", ist nur mit Begründung möglich. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen.

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

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

c) Die Ärztin/der Arzt hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostische-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.

d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.

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

→ **Ab 01.10.2015: „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.**

Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Chirurgie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Urologie in maximal 18 % der Fälle pro Quartal, von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 24 % der Fälle pro Quartal, von den übrigen allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten in maximal 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar.

Bei Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin, die auf Grund ihrer Ausbildung von der Kasse und Kammer für die Verrechnung

der Pos. Ziff. 635 ermächtigt wurden bzw. denen nach den Richtlinien der Österreichischen Diabetes Gesellschaft auf Grund ihrer Ausbildung die Ermächtigung erteilt worden wäre, erhöht sich das Verrechnungslimit auf maximal 20 % der Fälle pro Quartal.

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

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

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

c) Die Ärztin/der Arzt hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostische-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.

d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.

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

- Ab 01.10.2016: von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar
- Ab 01.07.2017: von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 26 % der Fälle pro Quartal verrechenbar

6.2. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Augenheilkunde und Optometrie

- **Pos. Ziff. 104:** “Bestimmung des Astigmatismus nach Javal bzw. Skiaskopie – 8 Punkte”
 - Ab 01.07.2017: 9 Punkte
- **Pos. Ziff. 112:** “Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille – 11 Punkte”
 - Ab 01.10.2015: 12 Punkte

- **Pos. Ziff. 113:** „Fundus ohne medizinisch erweiterte Pupille. Die Verrechnung der Pos. Ziff. 112 schließt die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 113 am selben Tag im selben Fall aus – 8 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 9 Punkte**
- **Pos. Ziff. 122:** „Untersuchung mit dem Refraktometer (verrechenbar in maximal 40 % der Fälle pro Arzt und Quartal) – 5 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: (verrechenbar in maximal 54 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal)**

6.3. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Chirurgie

- *) **Pos. Ziff. 231:** „Koloskopie, Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine"). Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Untersuchungen ist, dass in mindestens 90 % der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der Kasse übermitteln. – 122 Punkte + RV
- *) Die Pos. Ziff. 230 und 231 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Chirurgie verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.
→ **Ab 01.10.2015: 126 Punkte + RV**
→ **Ab 01.10.2016: 128 Punkte + RV**
→ **Ab 01.07.2017: 131 Punkte + RV**

6.4. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- **Pos. Ziff. 300:** „Kolposkopie – kann maximal so oft abgerechnet werden, wie die Pos. Ziff. 314 im selben Quartal honoriert wird – 13 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 14 Punkte**
- **Pos. Ziff. 301:** „Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstestes in Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz. Verrechenbar in 6 % der Fälle – nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung – 12 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015 „Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstestes in Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz. In maximal 6 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung – 12 Punkte**
→ **Ab 01.07.2017: 15 Punkte**

- **Pos. Ziff. 313:** „Vaginale Abstrichnahme und Sekretbefundung, pro Sitzung – 11 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015: 12 Punkte**
 - **Ab 01.10.2016: 13 Punkte**

- **Pos. Ziff. 332:** „Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachärztlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie.
Die Positionsziffer kann einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr. verrechnet werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig. – 19 Punkte“
 - **Ab 01.07.2017: 20 Punkte**

- **Pos. Ziff. 333:** „Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr, in 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig.
Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep.B,...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät.
Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren. – 19 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015 „Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr, in maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig.
Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (z.B. HIV, HPV, Hep.B,...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät.
Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren. – 19 Punkte“**
 - **Ab 01.07.2017: 20 Punkte**

- **Pos. Ziff. 340:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 5 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015: „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte“**
 - **Ab 01.07.2017: 6 Punkte**

6.5. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

- **Pos. Ziff. 405:** „Otomikroskopie (höchstens in 70 % der Fälle pro Quartal verrechenbar) – 8 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015: „Otomikroskopie. In maximal 73 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. – 8 Punkte“**
 - **Ab 01.07.2017: „Otomikroskopie. In maximal 75 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 8 Punkte“**

- **Pos. Ziff. 427:** „Endoskopie der Nase – 10 Punkte + R I“
 - **Ab 01.10.2016: 11 Punkte + R I**

- **Pos. Ziff. 440:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal – 5 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015:** „**Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte**“
 - **Ab 01.07.2017:** **7 Punkte**

6.6. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

- **Pos. Ziff. 525:** „Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, binocelluläres Karzinom); verrechenbar einmal pro Patient und Quartal. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 538 verrechenbar – 30 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015:** „**Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom); einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 538 verrechenbar – 31 Punkte**“
 - **Ab 01.10.2016:** **32 Punkte**
 - **Ab 01.07.2017:** **33 Punkte**
- **Pos. Ziff. 538:** „Auflichtuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Jahr. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar. – 22 Punkte“
 - **Ab 01.10.2016:** **23 Punkte**
 - **Ab 01.07.2017:** **24 Punkte**
- **Pos. Ziff. 540:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar – 4 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015:** **Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 4 Punkte**“
 - **Ab 01.07.2017:** **5 Punkte**

6.7. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Innere Medizin

- **Pos. Ziff. 600:** „EKG mit 12 Ableitungen (I,II,III,aVR, aVL, aVF, V1-V6) – 33 Punkte“
 - **Ab 01.07.2017:** **35 Punkte**
- **Pos. Ziff. 629:** „Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Quartal verrechenbar.
Neben dieser Position sind gleichzeitig keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar. Die Pos. Ziff. 629 wird nur solchen Vertragsfachärzten für Innere Medizin honoriert, die eine Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden.
Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer coronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Cardiopathien, Cardimyopathien und Vitien, weiters bei Coronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc. – 104 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015:** „**Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Neben dieser Position sind am gleichen Tag keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar. Die Pos. Ziff. 629 wird nur solchen**“

Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin honoriert, die eine Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden. Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergeräten, Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer koronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Kardiopathien, Kardiomyopathien und Vitien, weiters bei Koronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc. – 104 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017: 105 Punkte**

- *) **Pos. Ziff. 631:** „Koloskopie, Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine"). Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Untersuchungen ist, dass in mindestens 90 % der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der Kasse übermitteln. – 122 Punkte + RV

*) Die Pos. Ziff. 630 und 631 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.“

→ **Ab 01.10.2015: 126 Punkte + RV**

→ **Ab 01.10.2016: 128 Punkte + RV**

→ **Ab 01.07.2017: 131 Punkte + RV**

- **Pos. Ziff. 640:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 7 Punkte“
- **Ab 01.10.2015: „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 7 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 Fachärzte mit Additivfach Kardiologie mit 35 %, für alle übrigen Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit 19 % der Fälle pro Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden. – 74,98 Euro“

- **Ab 01.10.2015: Pos. Ziff. 646:** „Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:
- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
 - Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
 - Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion
- Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:

Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie mit maximal 35 %, für alle übrigen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit maximal 19 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden. – 76,00 Euro“

- **Ab 01.10.2016:** 78,00 Euro
→ **Ab 01.07.2017:** 80,00 Euro

6.8. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

- **Pos. Ziff. 650:** „EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) – 33 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: 35 Punkte**
- **Pos. Ziff. 658:** „Messung der Vitalkapazität, des Atemstoßwertes und Atemgrenzwertes (nur zur Operationsfreigabe sowie bei akuter Atemnot verrechenbar). Im Anschluss an diese Untersuchung ist eine Überweisung zu einem Facharzt bzw. einer Gruppenpraxis für Lungenkrankheiten nur mit besonderer Begründung zulässig. – 20 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015:** „Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV1, PEF, MEF50 und MEF25) zur Diagnose und Therapiesteuerung obstruktiver und restriktiver Atemwegserkrankung sowie zur OP Freigabe. Diese Leistung kann von jenen Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden – 20 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: 22 Punkte**

- **Pos. Ziff. 665:** „Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr, verrechenbar in maximal 2 % der Fälle – 12 Punkte.
→ **Ab 01.10.2015:** **bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr, in maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar**

- **Pos. Ziff. 690:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 9 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015:** „**Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 9 Punkte**“
→ **Ab 01.10.2016:** **10 Punkte**
→ **Ab 01.07.2017:** **11 Punkte**

- **Pos. Ziff. 692:** „Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt. Verrechenbar für jene Fälle, die einer intensiven Koordinationstätigkeit mit anderen Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren und ist in maximal 5 % aller Fälle verrechenbar. – 12,54 Euro“
Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 90.
→ **Ab 01.10.2015:** „**Ärztliche fachspezifische Koordinierungstätigkeit durch die/den behandlungsführenden Ärztin/Arzt. Verrechenbar nur für jene Fälle, die einer intensiven persönlichen Kontaktaufnahme mit anderen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen/sonstigen Leistungserbringern/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 Ärztin/Arzt verrechenbar. – 12,54 Euro“

Erläuterung: 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.

6.9. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Lungenkrankheiten

- **Pos. Ziff. 700:** „EKG mit 12 Ableitungen (I,II,III, aVR, aVL, aVF, V1-V6), in maximal 3 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 33 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015:** „**EKG mit 12 Ableitungen (I,II,III, aVR, aVL, aVF, V1-V6), in maximal 3 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 33 Punkte**“
→ **Ab 01.07.2017:** **35 Punkte**

- **Pos. Ziff. 706:** „Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV 1, PEF, MEF 50 und MEF 25) – 20 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017:** **22 Punkte**

- **Pos. Ziff. 708:** „Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmodolysetest) – 21 Punkte“
 - **Ab 01.10.2016: 22 Punkte**
 - **Ab 01.07.2017: 23 Punkte**

- **Pos. Ziff. 721:** „Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina Verrechenbar in 30 % der Fälle. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. – 32 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015: „Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina in maximal 30 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. – 33 Punkte“**

- **Pos. Ziff. 740:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 8 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015: „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 8 Punkte“**

6.10. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Wie unter Punkt II. 5. festgehalten, wird mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2016 ein neuer Sonderleistungskatalog für die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin¹ vereinbart, der folgende Sonderleistungspositionen umfasst:

- **Pos. Ziff. P1:** „Psychiatrische Diagnostik und Behandlung 20 Min. Psychiatrisches Gespräch mit komplexen diagnostischen und therapeutischen Zielen und Inhalten. Umfasst die Exploration der (Zwischen-)Anamnese, die Evaluation des Therapieverlaufs, die Veranlassung weiterer Untersuchungen, die Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Krankheits- und Behandlungseinsicht, die Einleitung und/ oder Durchführung der somatischen (z.B. medikamentösen), der psychosozialen, der psychoedukativen und der psychotherapeutischen Therapiemaßnahmen. Richtzeit 20 Minuten. Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.
Nicht am selben Tag verrechenbar mit P2, P11, P14, 90. Nur in begründeten Fällen am selben Tag mit P16 verrechenbar. Die Begründung ist bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. – 41 Punkte“
 - **Ab 01.10.2016: 46 Punkte**
 - **Ab 01.07.2017: 48 Punkte**

¹ Dieser Tarif ist abrechenbar für alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie, sofern sie diesen Tarif gewählt haben.

- **Pos. Ziff. P2:** „Psychiatrische Diagnostik und Behandlung 30 Min. Psychiatrisches Gespräch mit komplexen diagnostischen und therapeutischen Zielen und Inhalten. Umfasst die Exploration der (Zwischen-)Anamnese, die Evaluation des Therapieverlaufs, die Veranlassung weiterer Untersuchungen, die Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Krankheits- und Behandlungseinsicht, die Einleitung und/oder Durchführung der somatischen (z.B. medikamentösen), der psychosozialen, der psychoedukativen und der psychotherapeutischen Therapiemaßnahmen. Richtzeit 30 Min. Maximal dreimal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.
Nicht am selben Tag mit P1, P11, P14, 90 verrechenbar. Nur in begründeten Fällen am selben Tag mit P16 verrechenbar. Die Begründung ist bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. – 72 Punkte“
- **Pos. Ziff. P3:** „Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status. Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien: 1. Bewusstseinslage 2. Orientierung 3. Mnestiche Leistungen und Konzentration 4. Denken 5. Antrieb 6. Stimmungslage 7. Affekte. Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. In maximal 45 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.
Nicht am selben Tag mit P5, P11, P14, P16 verrechenbar. – 30 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: In maximal 60 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.**
- **Pos. Ziff. P4:** „Mini-Mental State Examination (MMSE):
Im Zusammenhang mit einer Medikamentenverschreibung, welche nach EKO verpflichtend eine MMSE vorsieht (z.B. N06DX01 Memantin). Im Begründungsfeld (B-Block) sind das verordnete Medikament und der MMSE-Wert einzutragen.
Die Position ist nur verrechenbar, wenn eine MMSE durchgeführt wird, die im Zusammenhang mit der Verordnung eines Antidementivums (jene HM aus der ATC-Gruppe N06D oder entsprechende Nachfolgecodierungen, bei denen eine Kontrolluntersuchung mittels MMSE durch die Fachärztin/den Facharzt gemäß EKO vorgesehen ist) erforderlich ist. Diese Position ist zweimal pro Jahr pro Patientin/Patient verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit P8 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig. – 22 Punkte“
- **Pos. Ziff. P5:** „Psychopathologischer Folgestatus. Die Durchführung umfasst alle Beurteilungskriterien von P3. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen. Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag, Nicht am selben Tag verrechenbar mit P3, P11, P14, P16 und P17 verrechenbar – 11 Punkte“
- **Pos. Ziff. P6:** „Erstellung eines kompletten neurologischen Status. Die Durchführung umfasst die Prüfung der Hirnnerven, der Reflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage. Verrechenbar pro Quartal in maximal 15 % der Fälle pro Ärztin/Arzt.
Nicht am selben Tag mit P7, P14 und P16 verrechenbar. – 30 Punkte“

- **Pos. Ziff. P7:** „Partieller neurologischer Status zur Therapie- und Verlaufskontrolle, z.B. zur Überprüfung von neurologischen Nebenwirkungen in Folge einer medikamentösen Behandlung.
Maximal in 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit P6 und P14 verrechenbar. – 11 Punkte“
- **Pos. Ziff. P8:** „Kleine Psychodiagnostik: a) MMSE inkl. Uhrentest b) orientierende Tests oder vergleichbare Untersuchungen (z.B. GAF, Hachinsky-Skala, Alterskonzentrationstest etc.). Für die kleine Psychodiagnostik ist diese Position einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.
Große Psychodiagnostik: z.B. HAMD bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests. Für die große Psychodiagnostik ist diese Position zweimal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.
Die beiden Unterpositionen sind in gemeinsam maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit P11, P14 und P16 verrechenbar.
– 22 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: Die beiden Unterpositionen sind in gemeinsam maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.**
- **Pos. Ziff. P9:** „Erhebung von außenanamnestischen Daten/Angaben: Bei Patientinnen/Patienten bei denen die Außenanamnese zur Diagnose und Therapiefindung beiträgt. Das Ergebnis der Erhebung der außenanamnestischen Daten/Angaben ist zu dokumentieren. Nicht verrechenbar im Rahmen einer ausschließlichen Dolmetschfunktion. Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 19 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.
Nicht am selben Tag mit P12 und P14 verrechenbar. – 33 Punkte“
- **Pos. Ziff. P10:** „Sozialpsychiatrische Intervention und Koordination: umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Intervention zur Koordination der Behandlung der Patientin/des Patienten (Angehörige, Hausärztin/Hausarzt, Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter u.a. am Behandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen). Die Durchführung ist zu dokumentieren. Die involvierten Personen sind im Begründungsfeld des Datensatzes zu übermitteln.
Nicht am selben Tag mit P14 verrechenbar. Die Position umfasst keine allgemein ärztlich administrative Ordinationstätigkeit, wie beispielsweise das Ausstellen von Überweisungen, Rezepten oder Verordnungen, das Einholen von ABS-Anträgen oder Tätigkeiten im Rahmen eines Konsiliums. – 33 Punkte“
Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 19 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.
- **Pos. Ziff. P11:** „Psychiatrische Krisenintervention (Notfallbehandlung). Psychiatrische Notfallbehandlung von Patientinnen/Patienten in akuten psychischen Krisen, z.B. auf Grund schwerer Belastung, akuter Traumatisierung, psychotischer Dekompensation, akuter Intoxikation oder akuter Verwirrtheit und bei drohender oder manifester Selbst- oder Fremdgefährdung. In maximal 2 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.
Nicht am selben Tag mit P1, P2, P3, P5, P6, P7, P14, P17 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 108 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 130 Punkte**
→ **Ab 01.07.2017: 162 Punkte**

- **Pos. Ziff. P12:** „Psychiatrische Intervention unter Einbeziehung einer (von) Bezugsperson(en): psychiatrische Intervention mit Patientin/Patient und Bezugsperson(en), wenn deren Beziehungen relevante Störungen aufweisen und dadurch Auswirkungen auf das Krankheitsbild, die Krankenbehandlung und/oder die Behandlungsaussichten der Patientin/des Patienten bestehen. Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist bei der Verrechnung im Begründungsfeld des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 15 Minuten. Maximal sechsmal pro Tag und Patientin/Patient und insgesamt in maximal 1 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.
Nicht am selben Tag mit P9, P11, P14 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 40 Punkte“
- **Pos. Ziff. P14:** „Koordinationstreffen (Helferkonferenz). Die Namen der Teilnehmerinnen/Teilnehmer, deren Verhältnis zur Patientin/zum Patienten sowie der Ort der Helferkonferenz sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 15 Minuten. Maximal sechsmal pro Koordinationstreffen (Helferkonferenz) verrechenbar. Maximal zwei Koordinationstreffen (Helferkonferenz) pro Patientin/Patient und Kalenderjahr verrechenbar. In maximal 1 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P15, P16, P17 und P18 Verrechenbar.– 36 Punkte“
- **Pos. Ziff. P15:** „Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. – 15 Punkte“
- **Pos. Ziff. P16:** „Komplexe psychiatrische Intervention in der Gruppe. Durchschnittliche Teilnahme von 4 bis 5 Patientinnen/Patienten. Richtzeit 45 Minuten. Maximal zweimal pro Tag und Patientin/Patient verrechenbar. In maximal 1 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar Nicht am selben Tag mit P1, P2, P3, P5, P6, P7, P14 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 40 Punkte“
- **Pos. Ziff. P17:** „Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken. Maximal zehnmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht mit P1, P2, P3, P4, P5, P11 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 40 Punkte“
- **Pos. Ziff. P18:** „Erstellen eines Behandlungsplans: Erstellung und Vermittlung der notwendigen Behandlungsstrategie und -schritte, gegebenenfalls mehrdimensionaler Therapiemaßnahmen und allfälliger Behandlungsalternativen zur Erreichung der Therapieziele sowie der prognostischen Einschätzung unter Berücksichtigung individueller Gegebenheiten einschließlich der Therapieadhärenz. Maximal zweimal pro Patientin/Patient und Kalenderjahr verrechenbar
In maximal 12 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar,. Nicht am selben Tag mit P17 verrechenbar. – 10 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: Maximal zweimal pro Patientin/Patient und Kalenderjahr verrechenbar. In maximal 21 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.**
- **Pos. Ziff. P19:** Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 5 Punkte**

6.11. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie

Wie unter Punkt II. 5. festgehalten, wird mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2016 ein neuer Sonderleistungskatalog für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie² vereinbart, der folgende Sonderleistungspositionen umfasst:

- **Pos. Ziff. N1:** „Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes. Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Richtzeit bei einmaliger Verrechnung 20 Minuten, Richtzeit bei zweimaliger Verrechnung am Tag 40 Minuten. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 37 Punkte“
 - **Ab 01.10.2016: 38 Punkte**
 - **Ab 01.07.2017: 40 Punkte**

- **Pos. Ziff. N2:** “Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie. Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben. – 32 Punkte“

- **Pos. Ziff. N3:** “Betreuung einer Patientin/eines Patienten aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Organisches Psychosyndrom, Demenz oder auch andere Patientinnen/Patienten, diese jedoch nur in psychosewertiger Phase oder wenn eine Neuroleptikamedikation indiziert ist. Im Zusammenhang mit der bloßen Rezeptausstellung darf die Position nicht verrechnet werden. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar – 45 Punkte“

- **Pos. Ziff. N4:** “Neurologische Notfallbehandlung (Krisenintervention) bei akuten neurologischen Symptomen oder Verdacht auf akute bedrohliche neurologische Krankheitsbilder (z.B. TIA, Schlaganfall Meningismus, akute Migräne, Status migränosus, Schub einer MS, Guillain-Barré-Syndrom, cholinerge Krise, Parkinson-Krise, Bewegungssturm, akute Neuritis, etc.). In maximal 2 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit anderen Leistungspositionen verrechenbar – 108 Punkte“

² Dieser Tarif ist abrechenbar für alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie, sofern sie diesen Tarif gewählt haben.

- **Pos. Ziff. N5:** “Erhebung des kompletten neurologischen Status: Die Durchführung eines kompletten neurologischen Status umfasst die Prüfung der oberen und unteren Hirnnerven, Untersuchung der Hirnstammreflexe, Untersuchung der motorischen Eigenreflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, der gesamten Pyramidenbahn, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage.
Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit N6 verrechenbar – 35 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 36 Punkte**
→ **Ab 01.07.2017: 37 Punkte**

- **Pos. Ziff. N6:** “Partieller neurologischer Status zur Therapie oder Verlaufskontrolle. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen. In maximal 3 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. – 17 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 18 Punkte**
→ **Ab 01.07.2017: 20 Punkte**

- **Pos. Ziff. N7:** “Ausführliche (d.h. über den üblichen Neurostatus hinausgehende) Prüfung der Oberflächensensibilität, der Tiefensensibilität, des Schmerzsinnes, des Temperatursinnes, der Vibrationsempfindung, inklusive Dokumentation oder Anlage eines Schemas. In maximal 20 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. – 20 Punkte“

- **Pos. Ziff. N8:** “Diagnostische Vestibularisprüfung.
In maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. – 15 Punkte“

- **Pos. Ziff. N9:** “Therapeutisches Lagerungsmanöver (d.h. bei Vorliegen eines vestibulären Schwindels oder bei Vorliegen eines pathologischen Befundes nach diagnostischer Vestibularisprüfung)
In maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. – 15 Punkte“

- **Pos. Ziff. N10:** “Orthostaseprüfung nach Schellong
Verrechenbar in maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. – 9 Punkte“

- **Pos. Ziff. N11:** “Erstellung eines psychopathologischen Status. Dieser umfasst: 1. Orientierung, 2. Auffassung und Wahrnehmung, 3. Stimmung, 4. Affekt, 5. Antrieb, 6. Ductus – formal/inhaltlich, 7. Mnestik, 8. Selbst- und/oder Fremdgefährdung. In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 30 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: in maximal 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar**

- **Pos. Ziff. N12:** “Psychometrische Verfahren, z.B. Mini-Mental-Status (MMSE) bzw. andere geeignete Verfahren. Einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung, in maximal 28 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.
Die gleichzeitige Verrechnung mit N13 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig. – 22 Punkte“

- **Pos. Ziff. N13:** „Mini-Mental State Examination (MMSE): Im Zusammenhang mit einer Medikamentenverschreibung, welche nach EKO verpflichtend eine MMSE vorsieht (z.B. N06DX01 Memantin). Im Begründungsfeld (B-Block) sind das verordnete Medikament und der MMSE-Wert einzutragen.
Die Position ist nur verrechenbar, wenn eine MMSE durchgeführt wird, die im Zusammenhang mit der Verordnung eines Antidementivums (jene HM aus der ATC-Gruppe N06D oder entsprechende Nachfolgecodierungen, bei denen eine Kontrolluntersuchung mittels MMSE durch die Fachärztin/den Facharzt gemäß EKO vorgesehen ist) erforderlich ist. Diese Position ist zweimal pro Jahr pro Patientin/Patient verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit N12 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig. – 22 Punkte“
 - ***) Pos. Ziff. N14:** “Nervenleitgeschwindigkeit (ENG). – 72 Punkte“
 - ***) Pos. Ziff. N15:** “EMG-Untersuchung. – 72 Punkte“
 - ***) Pos. Ziff. N16:** “EMG und ENG-Untersuchung. – 116 Punkte“
- *) Die Pos. Ziff. N14, N15 und N16 werden nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Neurologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistungen ermächtigt wurden. Die Verrechenbarkeit dieser Leistungen ist mit 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur EMG und/oder ENG überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.
Die Untersuchungen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden. (Ausbildungsnachweis)
- **Pos. Ziff. N17:** “Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation.
Die Pos. Ziff. N17 ist in maximal 20 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden. – 59,40 Euro“

- **Pos. Ziff. N18:** „Elektroenzephalographische Untersuchung – EEG, Verrechenbar in 25 % der Fälle pro Arzt und Quartal, wobei Fälle die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. Die Position kann nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden. – 66 Punkte“
- **Pos. Ziff. N19:** „Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen. Maximal einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. – 15 Punkte“
- **Pos. Ziff. N20:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 8 Punkte**

6.12. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

- **Pos. Ziff. 814:** „Orthopädische Beratung und Turnanleitung, in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 12 Punkte**
- **Pos. Ziff. 819:** „Orthopädische Manualtherapie, maximal 5 x pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 18 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: 22 Punkte**
- **Pos. Ziff. 825:** „Objektive Prüfung und Dokumentation der Sensibilität (und gegebenenfalls der Motorik) der segmentalen und peripheren Innervation – 20 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015: 21 Punkte**
- **Pos. Ziff. 840:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 6 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015: „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 6 Punkte“**

6.13. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Urologie

- **Pos. Ziff. 909:** „Ausführliches uro-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebs(verdachts)diagnose, zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bzw. deren Sachwalterin/Sachwalter/Vormund. Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Das uro-onkologische Beratungsgespräch ist in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. – 19 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: 20 Punkte**
- **Pos. Ziff. 922:** „Instillation der Harnblase mit Zytostatika – 20 Punkte + R II“
→ **Ab 01.10.2015: 25 Punkte + R II**
→ **Ab 01.10.2016: 35 Punkte + R II**
→ **Ab 01.07.2017: 45 Punkte + R II**

- **Pos. Ziff. 928:** „Urologische Schleimhautanästhesie (nur verrechenbar bei Pos. Ziff. 900, 902, 903, 908, 910, 911, 916 und 929) – 4 Punkte“
 - **Ab 01.10.2016: 6 Punkte**
 - **Ab 01.07.2017: 7 Punkte**

- **Pos. Ziff. 938:** „Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (Punktionsnadeln als Ordinationsbedarf) – 120 Punkte + R III“
 - **Ab 01.10.2015: 180 Punkte + R III**
 - **Ab 01.10.2016: 190 Punkte + R III**
 - **Ab 01.07.2017: 200 Punkte + R III**

- **Pos. Ziff. 939:** „Sonographiepauschale einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Die Pauschale beinhaltet folgende Untersuchungsfelder:
 - a) Nieren und Retroperitoneum
 - b) Unterbauch (einschließlich Restharn und Prostata)
 - c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden)
 Die Pauschale wird nur jenen Vertragsfachärzten für Urologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Das verwendete Gerät und der Schallkopf sind der Kasse zu melden – 27 Punkte“
 - **Ab 01.07.2017: 29 Punkte**

- **Pos. Ziff. 940:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 5 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015: „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte“**

III.

Regelungen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Hygiene und Mikrobiologie

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2017. Grundlage für die Honorierung der Leistungen im Zeitraum 1. April 2015 bis 31. Dezember 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie.

2. Strukturveränderung

Es wird festgelegt, dass die Zahl der Standorte/Fachärztinnen/Fachärzte im Bereich Labormedizin (exkl. Hygiene und Mikrobiologie) bis 31. Dezember 2020 um zumindest ein Drittel zu reduzieren ist. Die Fachgruppe Labormedizin erhält die Möglichkeit der Erarbeitung eines Regionalen Strukturplans Labor (RSL) bis 31. Dezember 2015. Sollte die Fachgruppe Labormedizin keinen geeigneten Vorschlag bis zu diesem Datum präsentieren können, werden die Kasse und die Kammer einen Plan zur schnellstmöglichen Umsetzung dieser gemeinsamen Strukturveränderung beschließen.

3. Honorarregelung 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2016

(1) Mit Wirkung vom 1. Jänner 2016 werden die Tarife für die im zum 31. Dezember 2015 gültigen Laborkatalog enthaltenen Leistungen um 4 % dauerhaft abgesenkt. Die dadurch neu entstehenden Tarife werden als Anlage 1 diesem Zusatzprotokoll beigelegt und treten mit 1. Jänner 2016 in Kraft.

(2) Für die Abgeltung der in der Zeit vom 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2016 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 53.000.000,00 Euro (inkl. den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) festgelegt.

(3) Überschreitungen der auf Grund der von den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2016 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 53.000.000,00 Euro um einen Prozentsatz kleiner gleich 5,66 % gehen zu Lasten der Fachgruppe.

(4) Ab einer Honorarsumme von 56.000.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik durch die Kasse wieder gemäß Punkt III, 3. Absatz 1 mit einem Abschlag von 37,5 % für die darüber hinausgehende Honorarsumme.

4. Honorarregelung 1. Jänner 2017 bis 31. Dezember 2017

(1) Für die Abgeltung der von den in der Zeit vom 1. Jänner 2017 bis 31. Dezember 2017 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 53.700.000,00 Euro (inkl. den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) festgelegt.

(2) Überschreitungen der auf Grund der von den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2017 bis 31. Dezember 2017 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 53.700.000,00 Euro um einen Prozentsatz kleiner gleich 5,21 % gehen zu Lasten der Fachgruppe.

(3) Ab einer Honorarsumme von 56.500.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik durch die Kasse wieder gemäß Punkt III, 3. Absatz 1 mit einem Abschlag von 37,5 % für die darüber hinausgehende Honorarsumme.

IV.

Regelungen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie gilt für den Zeitraum 1. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2017. Grundlage für die Honorierung der Leistungen im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie.

2. Honorarregelung 1. Oktober 2015 bis 30. September 2016

Die Tarife der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie werden ab 1. Oktober 2015 um 1,3 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 2 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

3. Honorarregelung 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017

Die Tarife der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie werden ab 1. Oktober 2016 zusätzlich zu den Erhöhungen gemäß Punkt IV, 2. um 1,5 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 3 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

4. Honorarregelung 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2017

Die Tarife der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie werden ab 1. Juli 2017 zusätzlich zu den Erhöhungen gemäß Punkt IV, 2. und Punkt IV, 3. um 2,0 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 4 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

V.

Regelungen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie

1. Strukturveränderung

(1) Zum Stichtag 1. Juli 2015 stellt sich die radiologische Versorgung auf Basis der gemeinsam in Angriff genommenen Strukturmaßnahmen wie folgt dar:

Zum Stichtag sind insgesamt 72 Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie in Einzel- und Gruppenpraxen mit Verträgen zur Kasse tätig. Von diesen 72 Fachärztinnen/Fachärzten haben 13 Fachärztinnen/Fachärzte um eine Schließungsprämie angesucht. Zusätzlich sind aktuell zwei weitere Stellen für Gruppenpraxenerweiterungen bereits von den Vertragsparteien zugesagt worden, sodass unter Berücksichtigung aller Fachärztinnen/Fachärzte die um Schließungsprämie angesucht haben, zum Stichtag 61 Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie mit Nachbesetzungsmöglichkeit in einer Gruppenpraxis im Stellenplan geführt werden.

5 aktuell im Rahmen von Einzelverträgen zur Kasse tätige Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie haben nicht um eine Schließungsprämie angesucht und werden gemäß den bestehenden Übereinkünften zwischen Kammer und Kasse am Standort nicht besetzt.

(2) Auf Basis der in der Präambel gemeinsam getroffenen Feststellungen wird zwischen der Kammer und der Kasse Folgendes vereinbart:

1. Die gesamtvertraglich festgesetzte Zahl von Fachärztinnen/Fachärzten für Radiologie im Stellenplan nach Abschluss aller Strukturreformen und Schließung der letzten Einzelordination wird von 68 auf 64 Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie gesenkt.

2. Um diese Absenkung zu erreichen, vereinbaren die Gesamtvertragsparteien keinen neuen Vertragsgruppenpraxen an neuen Standorten mehr zuzustimmen und bekräftigen, dass Einzelordinationen nicht nachbesetzt werden.
3. Von den fünf Einzelordinationen, die um keine Schließungsprämie angesucht haben, können sich noch drei Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie mit Zustimmung von Kammer und Kasse einer bestehenden Gruppenpraxis anschließen.
4. Von den auf Basis dieser Absenkung gemäß Punkt 1 reduzierten vier Stellen werden zwei der Strukturentwicklungsreserve gemäß § 5 Abs. 4 Gesamtvertrag zugeordnet, zwei Stellen werden für Gruppenpraxisgründungen oder –erweiterungen für andere Fachgruppen verwendet. Die Zuteilung dieser zwei Stellen erfolgt im Invertragnahmeausschuss.
5. Die rechtzeitig zum 31. Dezember 2013 angesuchten Schließungsprämien, gelangen unter der Bedingung zur Auszahlung, dass die betroffenen Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie ihre Tätigkeit als Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie bis längstens zum festgelegten Kündigungszeitpunkt einstellen. Eine taxative Aufzählung dieser Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie wird einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegt. Die Regelungen betreffend die Höhe, Auszahlungszeitpunkte, Saldierung, etc. bleiben unter Berücksichtigung der bereits abgeschlossenen Zusatzprotokolle unverändert. Die Schließungsprämie gelangt über diese Bestimmungen hinausgehend nur dann zur Auszahlung, wenn der Kasse eine schriftliche Bestätigung der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte vorgelegt wird, dass diese/dieser am geschlossenen Standort keine radiologische Ordination mehr betreiben wird. Ausnahmen von dieser Regelung können von den Gesamtvertragsparteien ausschließlich bei besonders begründetem Bedarf einvernehmlich vereinbart werden. Bereits zwischen Kammer und Kasse abgeschlossene Punktationen zu den Stellenplänen der Radiologie stellen eine Ausnahme im Sinne dieser Regelung dar.
6. Hinsichtlich der in den bereits vereinbarten Zusatzprotokollen offenen Bezirke 2, 3 und 16 wird vereinbart, dass grundsätzlich nur im 16. Bezirk eine dauerhafte Außenstelle einer bestehenden Gruppenpraxis eingerichtet wird. Die Zuordnung dieser Außenstelle zu einer bestehenden Gruppenpraxis bedarf der Zustimmung von Kasse und Kammer.

2. Änderungen der Verrechnungsbestimmungen für Pos. Ziff. 810

Der gemäß Anlage D zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 gültige Tarifikatalog für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie für den kurativen Bereich wird im *Punkt C) – „Leistungsvoraussetzung für Abrechnung der Pos. Ziff. 810 „Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten“* rückwirkend mit Wirkung vom 1. Juli 2014 in den unten gelisteten Punkten bzw. Tarifbestimmungen wie folgt geändert:

- **Punkt 1c)** Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort wobei an Standorten, die sich innerhalb eines von Kammer und Kasse im IVA genehmigten Gruppenpraxenverbundes befinden, eine Leistungserbringung auch im Falle einer Erstellung von Mammographieaufnahmen im Ausmaß von jährlich mindestens 1.500 Frauen zulässig ist, sofern alle Standorte der Vertragsfacharztgruppenpraxen sämtliche standortbezogenen Voraussetzungen (ausgenommenen der 2.000 Mammographieaufnahmen/Standort) erfüllen und innerhalb des Gruppenpraxenverbundes jährlich zumindest 4.000 Mammographieaufnahmen durchgeführt werden. Sofern der Gruppenpraxenverbund über drei Standorte verfügt, ist eine Durchführung von zumindest 6.000 Mammographieaufnahmen innerhalb des Gruppenpraxenverbundes erforderlich, etc.

Für neue Programmstandorte – das sind Standorte, die nach dem 1. Oktober 2012 mit der Durchführung von Mammographien begonnen haben – gilt folgende Sonderregelung:

Ein neuer Standort muss in den ersten 24 Monaten der Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungs- Programm die erforderlichen Mindestfrequenzen nachweisen. Alle anderen Anforderungen sind vor Programmteilnahme sowie vor der Erteilung der Verrechnungsbefugnis für die Pos. Ziff. 810 zu erfüllen.

Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) aus einem anerkannten wichtigen Grund von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

Von der Anforderung der Mindestfrequenzen kann befristet für eine zwischen Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) festgelegte Dauer bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung auf Grund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristige Erkrankung) abgewichen werden.

- **Punkt 2a)** Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Radiologie. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen sowie kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn eine Vertragsfachärztin/ein Vertragsfacharzt für Radiologie eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie/er mit einer Fallsammlungsprüfung wieder einsteigen. Neueinsteiger/innen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 Befundungen sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen.

Neueinsteiger/innen, die als Erstbefunderinnen/Erstbefunder tätig sein wollen und keinen Nachweis über 2.000 Befundungen von Mammographieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings gemäß der nachfolgenden Bestimmung in den dem Beginn der Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungs-Programm vorgegangenen 24 Kalendermonaten erfüllen. Sollte dies ausnahmsweise nicht möglich sein, kann das Intensivbefundertraining bis zum 30. Juni 2015 nachgewiesen werden.

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungs-Programm nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammographien absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 31. Juli des auf das Kalenderjahr, in dem die personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahrs an die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während des Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Programmteilnahme/Verrechnungsvoraussetzung aufrecht.

Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbieterinnen/Anbietern derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom Hauptverband genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

- **Punkt 10):** Stellt sich heraus, dass Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vorliegen, endet die Programmteilnahme bzw. die Verrechenbarkeit der Leistungen nach Mitteilung durch die zuständige Kasse mit Ende des darauffolgenden Quartals.
- **Neuaufnahme eines Punkt 11a):** Für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß 2. Zusatzprotokoll zum VU-Gesamtvertrag wird eine Zertifikatskommission bei der Österreichischen Ärztekammer eingerichtet, die aus drei Radiologinnen/Radiologen, die durch die Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) sowie zwei Radiologinnen/Radiologen, von denen jeweils einer/eine vom Hauptverband und einer/eine von der Koordinierungsstelle aus dem Kreis der regionalverantwortlichen Radiologinnen/Radiologen nominiert werden, besteht.
- Der **Anhang 2 der Anlage D** wird durch die Anlage 5 zu diesem Zusatzprotokoll ersetzt.

Zukünftige zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband vereinbarte Änderungen der ÖÄK Zertifikatsrichtlinie Mammadiagnostik treten mit dem Datum der Veröffentlichung in Kraft, es sei denn, es wurde ein anderer Zeitpunkt des Inkrafttretens vereinbart.

Die Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie/Pos. Ziff. 810 ist ausschließlich unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

Für die Mammographie bei Krankheitsverdacht gilt die Indikationsliste „Indikationen für die diagnostische Mammographie (bei Frauen) – gültige Liste ab 01.07.2014, Stand 21.05.2014 (Anlage 6).

Zukünftige zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband vereinbarte Änderungen der Indikationsliste werden auf www.hauptverband.at und www.aerztekammer.at veröffentlicht und treten mit dem Datum der Veröffentlichung in Kraft, es sei denn, es wurde ein anderer Zeitpunkt des Inkrafttretens vereinbart.

Folgende Punkte werden im Abschnitt Dokumentation im Anschluss an Punkt 3) aufgenommen:

- **Punkt 4)** Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie eine – wie im Brustkrebs-Früherkennungs-Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.
- **Evaluierung** Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP gemäß den jeweils geltenden Bestimmungen für Evaluierung und Qualitätssicherung des Programms evaluiert. Die medizinische Evaluierung wird durch die medizinische Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

3. Ausnahmeregelung für die Verrechnungsberechtigung der Pos. Ziff. 810

Für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie, die an ihrem Standort die gesamtvertraglich festgelegte Mindestanzahl an Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen im Jahr 2015 nicht erreichen, kommen folgende Ausnahmeregelungen zur Anwendung:

a) Für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie, die beabsichtigen mit einer bestehenden Vertragsgruppenpraxis zu fusionieren, kommt für den Zeitraum bis zum Abschluss des neuen Einzelvertrags, längstens jedoch bis zum 30. Juni 2016, die Regelung der Leistungserbringung für einen Gruppenpraxenverbund zur Anwendung, sodass auch im Falle einer Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 1.500 Frauen, die Verrechnungsberechtigung für Pos. Ziff. 810 bestehen bleibt, sofern in der Ordination der/des betreffenden Vertragsfachärztin/Vertragsfacharztes und dem Standort jener Vertragsgruppenpraxis, in die die/der Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt fusioniert, jährlich zumindest 4.000 Mammographieaufnahmen durchgeführt werden. Sofern die Vertragsgruppenpraxis über zwei Standorte verfügt, ist eine Durchführung von zumindest 6.000 Mammographieaufnahmen erforderlich. Der Antrag auf Fusion mit einer Vertragsgruppenpraxis ist bis längstens 31. März 2016 über die Kammer bei der Kasse einzubringen.

b) Für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie, deren Einzelvertrag auf Grund des Antrags auf Schließungsprämie aus dem Strukturtopf mit dem von ihnen angegebenen Beendigungsdatum befristet ist, kann auf Antrag der/des Vertragsfachärztin/Vertragsfacharztes die Verrechnungsberechtigung für Pos. Ziff. 810 auch im Falle einer Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 1.500 Frauen bestehen bleiben. Über den Antrag hat der Invertragnahmeausschuss zu entscheiden.

4. Honorarregelung

4.1 Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie gilt für den Zeitraum 1. April 2015 bis 31. Dezember 2017. Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Jänner 2015 gültige Honorarordnung für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie, die gemäß der Regelung des IV Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011, Punkt I Absatz 6 zwischen den Vertragsparteien gemeinsam ermittelt und festgelegt wurde. Der sich dadurch ergebende Tarifkatalog liegt als Anlage 7 diesem Zusatzprotokoll bei.

4.2 Honorarregelung 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017

Mit Wirkung vom 1. Oktober 2016 werden die Tarife der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie um 1,5 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 8 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

4.3. Honorarregelung 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2017

Mit Wirkung zum 1. Juli 2017 werden die Tarife der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie zusätzlich zur Tariferhöhung gemäß Punkt V. 4.2. um 2,0 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 9 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

5. Digitalisierungszuschlag

5.1.

Für 2015 wird eine dauerhafte Erhöhung im Ausmaß von 250.000,00 Euro dem Digitalisierungszuschlag zugeschlagen. Somit gelangt der Digitalisierungszuschlag 2015 in einer Höhe von 2.500.000,00 Euro zur Auszahlung.

5.2.

Für 2016 wird eine dauerhafte Erhöhung im Ausmaß von 200.000,00 Euro dem Digitalisierungszuschlag für 2016 zugeschlagen. Somit gelangt der Digitalisierungszuschlag 2016 in einer Höhe von 2.700.000,00 Euro zur Auszahlung.

VI.

Regelungen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation

(1) Die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erhalten mit Wirksamkeit zum 15. November 2015 eine nicht tarifwirksame Einmalzahlung im Ausmaß von 500.000,00 Euro. Die Aufteilung erfolgt aliquot der Honorarjahresrichtsummen des Jahres 2015. Die vereinbarten Honorarregelungen des V. Zusatzprotokolls bleiben von dieser Einmalzahlung unberührt.

(2) Für die Durchführung der Sonderleistung „Komplexe Entstauungstherapie“ werden ab 1. Oktober 2015 Sondervereinbarungen im Sinne des § 3 Einzelvertrags vergeben. Die Sonderverrechnungsvereinbarungen werden auf Basis der Bestimmungen gemäß Anlage 10, die einen integrierten Bestandteil dieses Zusatzprotokolls und demgemäß des Gesamtvertrags vom 1. Jänner 2011 bildet, auf Antrag der/des Vertragsfachärztin/Vertragsfacharztes für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation abgeschlossen.

VII.

Finanzierung von Strukturmaßnahmen

1. Erweiterung und Dotierung des bestehenden Strukturtopfes

(1) Zur Förderung von Strukturmaßnahmen werden die Anspruchsgründe für das Erlangen einer Investitionsablöse erweitert. Die Regelungen des § 5 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 werden daher gemäß Punkt IX, Absatz 1 lit. a) mit Wirksamkeit vom 1. Oktober 2015 geändert.

(2) Die Dotierung des Strukturtopfs zur Finanzierung von Strukturmaßnahmen gemäß § 5 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 erfolgt im Jahr 2015 im Ausmaß von 4.500.000,00 Euro und im Jahr 2016 im Ausmaß von 2.400.000,00 Euro. Im Jahr 2017 erfolgt keine weitere Dotierung.

(3) Die Vertragsparteien kommen überein eine Dotierung unter Berücksichtigung der bis Ende 2017 erfolgten Auszahlungen aus dem Strukturtopf gemäß § 5 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011, ab dem Jahre 2018 im Zuge der künftigen Honorarabschlüsse mit 1 % der Honorarsumme von Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern und allgemeinen Fachärztinnen/Fachärzten einzuplanen.

VIII.

Gemeinsame Zielsetzungen

(1) Die Gesamtvertragsparteien kommen überein die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln sowie die Sensibilisierung des Themas der Polypharmazie auch durch gemeinsame Maßnahmen und Aktivitäten im Sinne der Ergebnisse der „Arbeitsgruppe Heilmittelökonomie“ zu forcieren.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein eine Arbeitsgruppe unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten zur Überarbeitung der Pos. Ziff. 761 – Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken – aufzunehmen.

(3) Die Vertragsparteien bekennen sich zu einer weiteren Umsetzung des elektronischen Bestellwesens des Ordinationsbedarfs.

(4) Für die Fachgruppen Neurologie und Psychiatrie wird eine gemeinsame Evaluierung über die Laufdauer dieser Vereinbarung auf Basis der Prognose und der vereinbarten Prozentsätze der Tarifsteigerung festgelegt, wobei die tatsächlich abgerechnete Honorarsumme der Jahre 2016 und 2017 mit der prognostizierten Honorarsumme inklusive Tariferhöhung gemäß dem Prognosemodell gegenübergestellt wird. Ergibt die Gegenüberstellung, dass die prognostizierten Honorarsummen wesentlich unter- oder

überschritten wurden, werden die entsprechenden Tarifpositionen angepasst. Die genauen Kriterien für diese Evaluierung werden zwischen Kammer und Kasse mit Brief und Gegenbrief bis zum 30.06.2016 festgelegt.

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, die Erhöhung des Ärztedienstes gemäß des nach Punkt I dieses Zusatzprotokolls verbleibenden Erhöhungsvolumens im Ständigen Ausschuss zu befürworten.

IX **Änderungen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011**

(1) Die im Folgenden aufgelisteten Paragraphen bzw. Absätze konkret bestimmter Paragraphen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden mit Wirkung vom 1. Oktober 2015 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

a) **§ 5: Strukturentwicklung – Änderung von Absatz 1 (inkl. Absatz 1a), Absatz 2, Absatz 3 und Absatz 11:**

„(1) Wird eine Stelle ab 1. Oktober 2015

- I) am Standort nicht nachbesetzt und entweder
 - a) für die Gründung einer neuen oder Erweiterung einer bestehenden Gruppenpraxis oder
 - b) als Einzelordination in einem anderen Fachgebiet verwendet oder
 - c) als Einzelordination in gleichem Fachgebiet so verwendet, dass der bisherige Versorgungsstandort regional nicht mehr umfasst wird oder
- II) am bisherigen Standort nachbesetzt und übernimmt der Kassenplanstellennachfolger nicht die Ordinationsräumlichkeiten des Kassenplanstellenvorgängers oder
- III) mangels versorgungspolitischer Notwendigkeit nicht nachbesetzt erhält der bisherige Inhaber des Einzelvertrages, der die Absicht seine vertragsärztliche Tätigkeit zu beenden schriftlich mitgeteilt hat, oder dessen Erben, eine Investitionsablöse gemäß der in Absatz 2 festgelegten Höhe und Zahlungsmodalitäten.

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

(3) Stellen, für deren Aufgabe eine Investitionsablöse gemäß Abs. 1 Ziff. III bezahlt wurde, verbleiben in einer Strukturentwicklungsreserve zur Verbesserung der Versorgung der Anspruchsberechtigten. Kammer und Kasse kommen überein, mit den Stellen aus der Strukturentwicklungsreserve Planstellen für Einzelpraxen mit besonderen Versorgungsangeboten oder Gruppenpraxen zu besetzen. Die Stellenbesetzung erfolgt im Einvernehmen von Kammer und Kasse nach regionalen und versorgungspolitischen Gegebenheiten.

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

(2) Die im Folgenden aufgelisteten Paragraphen bzw. Absätze konkret bestimmter Paragraphen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2016 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

a) **§ 13 – Behindertengerechte Ordination:**

„Der Vertragsarzt ist für die barrierefreie Ausrichtung seiner Ordinationsstätte im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Reglementierungen verantwortlich.“

b) **§ 15 – Nebentätigkeiten von Vertragsärzten – Ergänzung um Absatz 6 und 7:**

„(6) Karenzierungen gegen Entfall der Bezüge gelten nicht als Vertragsverhältnis gemäß Absatz 2 oder als konsiliare Tätigkeit oder Nebentätigkeit gemäß Absatz 3.

(7) Konsiliaren Tätigkeiten und Nebentätigkeiten gemäß Absatz 3, die über ein Ausmaß von 10 Wochenstunden hinausgehen, kann von Kammer und Kasse zugestimmt werden, sofern die einzelvertraglich vereinbarten Ordinationszeiten mindestens 25 Wochenstunden betragen.“

c) **§ 26 – Behandlung in der Ordination – Ergänzung um Absatz 4:**

„(4) Die Übermittlung von Rezepten, Verordnungen oder Überweisungen bzw. die Mitgabe von solchen an dritte Personen ist nur bei Patienten zulässig, welche im betroffenen Quartal oder zumindest im Vorquartal einen persönlichen Kontakt mit dem betreffenden Vertragspartner hatten, welcher die Ausstellung des Rezeptes oder Verordnung indizierte bzw. eine Überweisung notwendig erscheinen ließ und ein ausdrücklicher Wunsch des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters oder einer dem Arzt bekannten, den Patienten betreuenden Person (z.B. Angehörige, Heimhilfe) diesbezüglich besteht. In diesem Fall können – sofern der Patient in diesem Quartal keine weiteren Leistungen in Anspruch nimmt – nur die Fallpauschale und entsprechend der Fachrichtung entweder der Hausarztzuschlag oder der fachspezifische Zuschlag zur Abrechnung gebracht werden.“

d) **§ 35 – Ordinationsbedarf – Änderung von Absatz 2:**

„Der Vertragsarzt soll diesen bei der Kasse vierteljährlich tunlichst auf elektronischem Weg anfordern, sobald die diesbezüglichen technischen Voraussetzungen gegeben sind.“

e) **§ 37 – Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt – Änderung der Absatz 1 – Absatz 12:**

„(1) Vertragsärzte für Allgemeinmedizin sind zur Verwendung der e-AUM verpflichtet.“

(2) Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch Vertragsfachärzte soll tunlichst auf elektronischem Weg (elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung, kurz e-AUM) unter Verwendung des e-AUM Systems des Hauptverbandes erfolgen.

(3) Soweit die Arbeitsunfähigkeitsmeldung durch Vertragsfachärzte nicht elektronisch erfolgt, ist das von der Kasse für die Meldung aufgelegte Formblatt zu verwenden. Die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen sind nach Möglichkeit täglich, aber jedenfalls dreimal pro Woche der zuständigen Bezirksstelle (Kundencenter) zu übermitteln. Die Kasse wird dem Vertragsfacharzt für die postalische Übermittlung adressierte und frankierte Kuverts zur Verfügung stellen.“

(5) wird zu (4)

(6) wird zu (5)

(7) wird zu (6)

(8) wird zu (7)

(9) wird zu (8)

(10) wird zu (9)

(11) wird zu (10)

(12) wird zu (11)

f) **§ 54 Verlautbarung – Änderung von Absatz 1**

„(1) Dieser Gesamtvertrag samt Anlagen sowie allfällige Nachträge zu diesem Gesamtvertrag werden von der Kammer und dem Hauptverband im Internet veröffentlicht.“

g) **Invertragnahmerichtlinien – Anlage 2 zum Gesamtvertrag von 1. Jänner 2011, § 7, Ausschreibung, Änderung des Absatz 2:**

„(2) Wird eine bestehende Stelle ausgeschrieben, so ist dies in der Ausschreibung anzugeben. Die Ausschreibung hat Angaben zur Lage der ausgeschriebenen Stelle innerhalb der örtlichen Zuständigkeit der Kasse (den Bezirk bzw. die Versorgungsregion, entsprechende Straßenzüge oder Teilgebiete von Bezirken), die vom Bewerber zu erfüllenden fachlichen Qualifikationen sowie allfällige sonstige spezifische Erfordernisse bzw. Schwerpunkte zu enthalten. Die Bewerbungsfrist ist in der Ausschreibung anzuführen, muss jedoch mindestens 14 Tage betragen. Bei Ausschreibung einer bestehenden Planstelle wird der Vertrag des Planstelleninhabers mit dem Zeitpunkt der Invertragnahme des Kassenplanstellennachfolgers befristet.“

h) **Invertragnahmerichtlinien – Anlage 2 zum Gesamtvertrag von 1. Jänner 2011, Änderung des Punktes: I.1.2 der Reihungskriterien:**

„Berufserfahrung niedergelassener Arzt.

Insbesondere fallen unter diesen Punkt die Berufserfahrung als Teilhaber eines geteilten Vertrages (Jobsharing) gemäß § 8 Gesamtvertrag, die Tätigkeit als Wahlarzt und die Tätigkeit als Vertragsarzt oder Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis einer Gebietskrankenkasse.

Bewertung nach Punkten:

0,5 Punkte pro Monat, max. 5 Punkte“

i) **Invertragnahmerichtlinien – Anlage 2 zum Gesamtvertrag von 1. Jänner 2011, Ersatzlose Streichung der Punkte I.1.3.1 der Reihungskriterien sowie I.1.3.2**

„Berufserfahrung als Teilhaber eines geteilten Vertrages (Jobsharing) gemäß § 8 Gesamtvertrag

Bewertung nach Punkten:

2 Punkte pro Quartal“

„Berufserfahrung als Vertragsarzt oder Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis einer Gebietskrankenkasse

Bewertung nach Punkten:

1 Punkt pro Quartal“

j) **Invertragnahmerichtlinien – Anlage 2 zum Gesamtvertrag von 1. Jänner 2011, Änderung des Punktes: II.(2) der Reihungskriterien:**

(2) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.3 wird eine vom vertretenen Arzt bestätigte Vertretung auf dem von der Kammer aufgelegten Formular sowie gemeldete Vertretungen bei Witwenquartalen herangezogen. Die Nachweise sind unmittelbar nach erbrachter Vertretung bzw. bis längstens 15. Jänner des folgenden Kalenderjahres in der Kammer vorzulegen und werden abgestempelt bzw. abgezeichnet. Die Nachweise sind entweder per eingeschriebenen Brief, per Telefax, per E-Mail oder persönlich bei der Kammer fristgerecht einzubringen. Nachträglich einlangende Nachweise werden bei Bewerbungen nicht berücksichtigt. Die Bestätigungen werden in der Kammer nicht archiviert und sind gemäß IV. Absatz 3 im Zuge einer Bewerbung immer dem Bewerbungsformular beizulegen.

k) **Vereinbarung über die Teilung von Vertragsarztstellen – Anlage 7 zum Gesamtvertrag von 1. Jänner 2011** – die Anlage 7 wird durch die in Anlage 3 zu diesem Zusatzprotokoll festgelegten neuen Regelungen vollständig ersetzt

l) **Honorarordnung Anlage I Abschnitt II Artikel I Abs. 9:**

Als Honorar für die im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22 vom vertretenden Vertragsarzt in einem Quartal erbrachten Leistungen werden 100 % der in den Tarifen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B) festgelegten Fallpauschale ausbezahlt; für Sonderleistungen gebührt überdies die Vergütung nach dem Sonderleistungstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B).

Wien, _____

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Generaldirektor-Stellvertreter

Verbandsvorsitzender

Ärztammer für Wien

Die 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 1 – Tarif Labor
- Anlage 2 – Tarif Pathologie 2015
- Anlage 3 – Tarif Pathologie 2016
- Anlage 4 – Tarif Pathologie 2017
- Anlage 5 – Zertifikatsrichtlinie Mammadiagnostik
- Anlage 6 – Indikationen für die diagnostische Mammographie (bei Frauen)
- Anlage 7 – Tarif Radiologie 2015
- Anlage 8 – Tarif Radiologie 2016
- Anlage 9 – Tarif Radiologie 2017
- Anlage 10 – Bestimmungen für Sonderverrechnungsvereinbarungen zur Durchführung der Komplexen Entstauungstherapie
- Anlage 11 – Vereinbarung über die Teilung von Vertragsarztstellen, Anlage 7 zum Gesamtvertrag von 1. Jänner 2011