

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

VI. ZUSATZPROTOKOLL

zum Gruppenpraxengesamtvertrag 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 Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 31. März 2015.

2. Honorarregelung 1. Jänner 2013 bis 30. Juni 2014

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin im Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 30. Juni 2014 ist die zum 1. Jänner 2013 gültige Honorarordnung für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin.

(2) Die Tarife der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin werden per 1. Oktober 2013 um 3,1 % erhöht. Die Abgeltung dieser Tarifierhöhung erfolgt in den Zeiträumen 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 (4. Quartal 2013), 1. Jänner bis 31. März 2014 (1. Quartal 2014) sowie 1. April bis 30. Juni 2014 (2. Quartal 2014) als pauschaler Zuschlag zu der von jeder Vertragsgruppenpraxis in den jeweiligen Quartalen abgerechneten kurativen Honorarsumme. Die Auszahlung dieses pauschalen Zuschlags erfolgt gemeinsam mit der Endabrechnung des betreffenden Quartals.

(3) Zusätzlich zur Tarifierhöhung gemäß Absatz 2 erhalten die Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin per 31. März 2014 eine Einmalzahlung gemäß den Bestimmungen von Abschnitt II. Punkt 2. Absatz 4.

3. Honorarregelung 1. Juli 2014 bis 31. März 2015

(1) Die Tarife der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin werden mit Wirkung vom 1. Juli 2014 zusätzlich zur der Tarifierhöhung gemäß Punkt 2. Absatz 2 um weitere 2,65 % angehoben.

(2) Eine neuerliche Erhöhung der Tarife erfolgt frühestens mit Wirkung per 1. April 2015.

4. Ordinationen und Visiten, Allgemeine Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten

Die dem Sonderleistungstarif vorgestellten Erläuterungen werden wie folgt ergänzt:

Verrechnungsmodus

Soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, gilt für alle Positionsziffern, für die der Text die Limitierungsbestimmung „verrechenbar in Prozent der Fälle pro Quartal“ vorsieht, dass die betreffende Positionsziffer damit in „Prozent der Fälle je Vertragsgruppenpraxis und Quartal“ abgerechnet werden kann.

Die im Folgenden aufgelisteten Ordinationen und Visiten, allgemeinen Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten, verrechenbar von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin, werden mit Wirkung vom **1. Juli 2014** geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

- **Pos. Ziff. 1:** „Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Vertragsgruppenpraxis außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert – 9,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 2:** „Nachtordination (zwischen 19 Uhr und 7 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit – 20,00 Euro“

- **Pos. Ziff. 3:** „Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeller 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.
- **Pos. Ziff. 4:** „Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung – 60,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 5:** „Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19 Uhr und 7 Uhr – 65,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 6:** „Zeitaufwand von mehr als einer halben Stunde am Krankenbett bei bedrohlichen Krankheitsfällen für die begonnene zweite und jede weitere begonnene halbe Stunde (Begründung notwendig, bei Konsilium in der Regel nicht verrechenbar) – 20 Punkte“
- **Pos. Ziff. 7:** „Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht – 9,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 8:** „Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals – 10 Punkte“
- **Pos. Ziff. 9:** „Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde – 14,00 Euro“
Erläuterungen: Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei dieser Patientin/diesem Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.
- **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“
- **Pos. Ziff. 24:** „Infusion i. v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln – 20 Punkte“
Erläuterungen: Das verabreichte Heilmittel und die Diagnose, welche die Notwendigkeit der Behandlung begründet, sind bei der ersten Infusion einer Serie anzugeben. Bei mehrfacher Verabreichung am gleichen Tag ist die genaue Uhrzeit der Infusionen anzugeben.
- **Pos. Ziff. 29:** „Injektion i.v. – 8 Punkte“

- **Pos. Ziff. 36:** „Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzelter in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 42,00 Euro“
Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.
- **Pos. Ziff. 38:** „Blutentnahme aus der Vene (Venepunktion) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr – 13 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 40:** „Blutentnahme aus der Vene (Venepunktion), bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr – 7 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 41:** „Blutsenkung inkl. Blutentnahme, bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr – 9 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 47:** „Digitale rectale Untersuchung – 7 Punkte“
- **Pos. Ziff. 58:** „Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde – 14,00 Euro“
*Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 30 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren im selben Haushalt sich befindende Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.
Die Verrechnung von Pos Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.*
- **Pos. Ziff. 88:** „Antikoagulantienkontrolle (PTZ, TT, INR) inkl. ärztlicher Therapieeinstellung sowie inklusive venöser oder kapillärer Blutabnahme. Voraussetzung für die Verrechnung von Pos. Ziff. 88 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Den Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen – 10,00 Euro“

- **Pos. Ziff. 90:** „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Gesellschafterin/Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis und Patientin/Patient als integrierender Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin in maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.
 - a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig.
 - b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.
 - c) Die Gesellschafterin/der Gesellschafter hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.
 - d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig – 20 Punkte“
- **Pos. Ziff. 614:** „Eingehende Beratung bei psychischen Erkrankungen. Mindestzeitaufwand 15 Minuten, dreimal pro Patientin/Patient im Quartal verrechenbar, wobei eine Zweitverrechnung nur in 50 % der honorierten Pos. Ziff. 614 und eine Drittverrechnung nur in 25 % der honorierten Pos. Ziff. 614 zulässig ist – 12 Punkte“
- **Pos. Ziff. 916:** „Legen eines Dauerkatheters – 20 Punkte“

II.

Regelungen für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie)

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie) gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 31. März 2015.

2. Honorarregelung 1. Jänner 2013 bis 30. Juni 2014

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie) im Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 30. Juni 2014 ist die zum 1. Jänner 2013 gültige Honorarordnung für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen.

(2) Die Vertragsfacharztgruppenpraxen aus den Fachgruppen Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin erhalten per 1. Oktober 2013 eine Tariferhöhung von 3,1 %. Die Abgeltung dieser Tariferhöhung erfolgt in den Zeiträumen 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 (4. Quartal 2013), 1. Jänner bis 31. März 2014 (1. Quartal 2014) sowie 1. April bis 30. Juni 2014 (2. Quartal 2014) als pauschaler Zuschlag zu der von jeder Vertragsfacharztgruppenpraxis in den jeweiligen Quartalen abgerechneten kurativen Honorarsummen. Die Auszahlung dieses pauschalen Zuschlags erfolgt gemeinsam mit der Endabrechnung des betreffenden Quartals.

(3) Alle allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie), die einer der Fachgruppen angehören, die unter Punkt 2. Absatz 2 nicht genannt werden, erhalten per 1. Oktober 2013 eine Tariferhöhung von 1,65 %. Die Abgeltung dieser Tariferhöhung erfolgt in den Zeiträumen 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 (4. Quartal 2013), 1. Jänner bis 31. März 2014 (1. Quartal 2014) sowie 1. April bis 30. Juni 2014 (2. Quartal 2014) als pauschaler Zuschlag zu der von jeder Vertragsfacharztgruppenpraxis in den jeweiligen Quartalen abgerechneten kurativen Honorarsumme. Die Auszahlung dieses pauschalen Zuschlags erfolgt gemeinsam mit der Endabrechnung des betreffenden Quartals.

(4) Zusätzlich zu den Tarifierhöhungen gemäß Absatz 2 und 3 steht für alle Vertragsärztinnen/Vertragsärzte sowie Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte sowie allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie) ein Betrag von insgesamt 2.000.000,00 Euro zur Verfügung, der als Einmalzahlung zur Auszahlung gebracht wird. Die Entscheidung über die Aufteilung auf die einzelnen Vertragspartnerinnen/Vertragspartner obliegt der Kammer. Die Auszahlung der entsprechenden Beträge durch die Wiener Gebietskrankenkasse erfolgt per 31. März 2014.

3. Honorarregelung 1. Juli 2014 bis 31. März 2015

(1) Die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen der Fachgruppe für Kinder- und Jugendheilkunde werden mit Wirkung vom 1. Juli 2014 zusätzlich zu der Tarifierhöhung gemäß Punkt 2. Absatz 2 um weitere 2,65 % angehoben.

(2) Die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie), die einer der Fachgruppen angehören, die unter Punkt 3. Absatz 1 nicht genannt werden, werden mit Wirkung vom 1. Juli 2014 zusätzlich zu der Tarifierhöhung gemäß Punkt 2. Absatz 2 und Absatz 3 um weitere 1,75 % angehoben.

(3) Eine neuerliche Erhöhung der Tarife für alle Fachgruppen erfolgt frühestens mit Wirkung per 1. April 2015.

(4) Zusätzlich zu den Tarifierhöhungen gemäß den Absätzen 1, 2 und 3 steht für alle Vertragsärztinnen/Vertragsärzte sowie Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte sowie allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte/Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie) ein Betrag von insgesamt 1.300.000,00 Euro zur Verfügung, der als Einmalzahlung zur Auszahlung gebracht wird. Die Entscheidung über die Aufteilung auf die einzelnen Vertragspartnerinnen/Vertragspartner obliegt der Kammer.

Die Auszahlung der entsprechenden Beträge durch die Wiener Gebietskrankenkasse erfolgt per 31. März 2014.

4. Allgemeine Sonderleistungen für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen

Die im Folgenden aufgelisteten Ordinationen und Visiten und allgemeinen Sonderleistungen für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen werden mit Wirkung vom 1. Juli 2014 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

➤ Änderungen in den dem Sonderleistungstarif vorgestellten Erläuterungen:

Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name der Gesellschafterin/des Gesellschafters einer Vertragsfacharztgruppenpraxis zu vermerken.

Behandlungen, die ausschließlich und eindeutig zu kosmetischen Zwecken durchgeführt werden, sind von der Verrechenbarkeit ausgeschlossen.

Ein Regiezuschlag kann bei jenen Sonderleistungen, welchen die Pos. Ziff. R I bis R IV beigesetzt sind, entsprechend diesen Pos. Ziff. verrechnet werden, wenn die Leistungen in der Ordination der Vertragsgruppenpraxis oder in der Wohnung der Patientin/des Patienten oder in Heimen aller Art erfolgen. Gilt daher nicht für Belegspitäler.

Werden in einer Sitzung mehrere Eingriffe durchgeführt, dann kann der Regiezuschlag nur einmal pro Region abgerechnet werden. Ist bei einer Sonderleistungsposition die Abrechnung pro Region angeführt, so sind darunter folgende Regionen zu verstehen:

- Kopf
- Hals
- Linke Schulter plus Axilla
- Rechte Schulter plus Axilla
- Brust
- Rücken
- Lumboglutealbereich

Abdomen
 Genitalregion
 Oberschenkel links
 Oberschenkel rechts
 Unterschenkel links
 Unterschenkel rechts
 Fuß links
 Fuß rechts
 Oberarm links
 Oberarm rechts
 Unterarm plus Hand links
 Unterarm plus Hand rechts

Definition für Erste-Hilfe: Unter Erster-Hilfe ist eine medizinisch dringende, notwendige und daher zeitlich unaufschiebbare Intervention zu verstehen, die bei Ausbleiben zu einer Verschlechterung und massiven gesundheitlichen Schädigung der Betroffenen führen kann. Bei entsprechender Notwendigkeit ist davon auszugehen, dass die Betroffenen vor den anderen wartenden Kranken betreut werden müssen.

- 1) Beispiele: Verdacht auf Herzinfarkt, akute Atemnot, stark blutende Wunden, starke Schmerzen oder ähnliche akut-medizinische Situationen.
- 2) Der im Regelfall erhöhte Aufwand (u.a. Vorreihung der Betroffenen im regulären Ordinationsbetrieb) wird durch die Erste-Hilfe-Pauschale abgegolten. Sonderleistungen, die im Rahmen der Erste-Hilfe-Leistung erbracht wurden, können abgerechnet werden.

Verrechnungsmodus

Soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, gilt für alle Positionsziffern, für die der Text die Limitierungsbestimmung „verrechenbar in Prozent der Fälle pro Quartal“ vorsieht, dass die betreffende Positionsziffer damit in „Prozent der Fälle je Vertragsfacharztgruppenpraxis und Quartal“ abgerechnet werden kann.

„Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19 Uhr und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 19 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.

Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19 Uhr bis 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 19 Uhr, jedenfalls außerhalb der üblichen Ordinationsdauer – 50 % des jeweiligen Tarifsatzes.“

- **Pos. Ziff. 1:** „Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Vertragsgruppenpraxis außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert – 9,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 2:** „Nachtordination (zwischen 19 Uhr und 7 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit – 20,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 3:** „Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeller 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.

- **Pos. Ziff. 4:** „Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung – 60,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 5:** „Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19 Uhr und 7 Uhr – 65,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 6:** „Zeitaufwand von mehr als einer halben Stunde am Krankenbett bei bedrohlichen Krankheitsfällen für die begonnene zweite und jede weitere begonnene halbe Stunde (Begründung notwendig, bei Konsilium in der Regel nicht verrechenbar) – 20 Punkte
- **Pos. Ziff. 7:** „Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht – 9,00 Euro“
- **Pos. Ziff. 9:** „Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde – 14,00 Euro“
Erläuterungen: Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.
- **Pos. Ziff. 24:** „Infusion i. v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln – 20 Punkte“
Erläuterungen: Das verabreichte Heilmittel und die Diagnose, welche die Notwendigkeit der Behandlung begründet, sind bei der ersten Infusion einer Serie anzugeben. Bei mehrfacher Verabreichung am gleichen Tag ist die genaue Uhrzeit der Infusionen anzugeben.
- **Pos. Ziff. 29:** „Injektion i.v. – 8 Punkte“
- **Pos. Ziff. 36:** „Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzelter in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 42,00 Euro“
Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.

- **Pos. Ziff. 37:** „Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde – 12,00 Euro“
Erläuterungen: Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein- und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patientinnen/Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patientinnen/Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.
- **Pos. Ziff. 38:** „Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr – 13 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 39:** „Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr – 15 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 40:** „Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr – 7 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 41:** „Blutsenkung inkl. Blutentnahme, bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr – 9 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 44:** „Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird – 7 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 45 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 45:** „Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus – 9 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 44 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 47:** „Digitale rectale Untersuchung – 7 Punkte“
- **Pos. Ziff. 58:** „Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde – 14,00 Euro“
Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 20 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.

- **Pos. Ziff. 72:** „Hühneraugen oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar (ausgenommen Excision und Naht) – 20 Punkte“
Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.
- **Pos. Ziff. 73:** „Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen ect.) pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar – 14 Punkte“
Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.
- **Pos. Ziff. 74:** „Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl., pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar – 20 Punkte“
Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.
- **Pos. Ziff. 75:** „Incision von Panaritien aller Art – 40 Punkte + RI“
Erläuterungen: Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 76:** „Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar – 30 Punkte“
Erläuterungen: Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar. Die Regionen sind zwingend anzuführen.
- **Pos. Ziff. 82:** „Nasentamponade – 8 Punkte“
Erläuterungen: Bei mehrfacher Verrechnung ist die Notwendigkeit zu dokumentieren und entsprechend zu begründen.
- **Pos. Ziff. 90:** „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Gesellschafterin/Gesellschafter einer Vertragsfacharztgruppenpraxis und Patientin/Patient als integrierender Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Lungenkrankheiten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Urologie in maximal 18 % der Fälle pro Quartal, von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 24 % der Fälle pro Quartal, von den übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen in höchstens 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar.“

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

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 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig.
- b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.
- c) Die Gesellschafterin/der Gesellschafter hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- e) Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie und med. und chem. Labordiagnostik sind zur Verrechnung dieser Leistung nicht berechtigt. – 20 Punkte“

5. Sonderleistungen aus Fachgebieten

Die im Folgenden aufgelisteten Sonderleistungen aus den Fachgebieten werden mit Wirkung vom 1. Juli 2014 neu in den Tarif aufgenommen bzw. geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

5.1. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie

- **Pos. Ziff. 107:** „Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid – 40 Punkte“
Erläuterungen: Xanthelasma ausgenommen.
- **Pos. Ziff. 111:** „Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest, Tränenauflösezeit, Vitalfärbungen) – 6 Punkte“
- **Pos. Ziff. 112:** „Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille – 11 Punkte“
- **Pos. Ziff. 140:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 4 Punkte.
Die Position kann nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie in Rechnung gestellt werden, für die ein Gerätenachweis hinsichtlich Pos. Ziff. 132 vorliegt.“

5.2. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie

- **Pos. Ziff. 204:** „Excision und Naht einer Wunde bis 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar) – 30 Punkte + R II“
- **Pos. Ziff. 205:** „Excision und Naht einer Wunde über 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar) – 50 Punkte + R II“

- **Pos. Ziff. 207:** „Operation von oberflächlichen Geschwülsten (z.B. Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region einmal verrechenbar – 70 Punkte + R II“
Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.
- ***Pos. Ziff. 230:** „Gastroskopie – 84 Punkte + R IV bzw. R V“
Voraussetzung für die Verrechnung des Regiezuschlages R V ist die chemisch-thermische Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte mittels eines entsprechenden Gerätes („Endoskopwaschmaschine“). Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.
- ***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 +R V“

*) Die Pos. Ziff. 230 und 231 können nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.
- **Pos. Ziff. 240:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“

5.3. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- **Pos. Ziff. 340:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 5 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“

5.4. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

- **Pos. Ziff. 404:** „Kaustik an der Nasenschleimhaut, nur einmal pro Tag verrechenbar, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 414 verrechenbar – 24 Punkte + RI“
- **Pos. Ziff. 405:** „Otomikroskopie (höchstens in 70 % der Fälle pro Quartal verrechenbar) – 8 Punkte“
- **Pos. Ziff. 414:** „Verätzung des Locus Kiesselbach, je Seite – 5 Punkte“
Erläuterungen: Bei mehrfacher Verrechnung ist die Angabe der Diagnose erforderlich.
- **Pos. Ziff. 416:** „Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen und Ohr, verrechenbar in maximal 5 % der Fälle pro Quartal – 18 Punkte“

- **Pos. Ziff. 423:** „Abschwellung der Nase, einmal pro Sitzung verrechenbar – 2 Punkte“
- **Pos. Ziff. 433:** „Endoskopie des Larynx – 20 Punkte + RI“
- **Pos. Ziff. 434:** „Endoskopie der Nasennebenhöhle – 20 Punkte + RI“
- **Pos. Ziff. 429:** „Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – je Stoff 2 Punkte“
Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.

Folgende Position wird mit Wirkung vom 1. Juli 2014 ersatzlos aus dem Sonderleistungstarif der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten gestrichen:

- **Pos. Ziff. 424:** „Endoskopie der Nasennebenhöhle oder des Larynx – 20 Punkte + RI“

5.5. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Haut- und Geschlechtskrankheiten

- **Pos. Ziff. 515:** „Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – je Stoff 2 Punkte“
Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.
- **Pos. Ziff. 535:** „Allergologische Exploration; in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 13 Punkte“
- **Pos. Ziff. 536:** „Versorgung einer Wundrandnekrose bei chronischen Wunden. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 76 und 78 – 20 Punkte“
- **Pos. Ziff. 538:** „Auflichtuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Jahr. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar – 22 Punkte“
- **Pos. Ziff. 540:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar – 4 Punkte“

5.6 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin

- **Pos. Ziff. 600:** „EKG mit 12 Ableitungen (I,II,III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) – 33 Punkte“
- **Pos. Ziff. 602:** „Drei weitere Ableitungen bzw. Rhythmusstreifen, in 10 % der honorierten Pos. Ziff. 600 verrechenbar – 6 Punkte“
- **Pos. Ziff. 603:** „EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) am Krankenbett – 58 Punkte“

- **Pos. Ziff. 608:** „Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV 1, PEF, MEF 50 und MEF 25) verrechenbar zur Operationsfreigabe sowie bei akut indizierter behandlungswürdiger im zeitlichen Zusammenhang zur Konsultation aufgetretener Atemnot , nicht zur Routinekontrolle der Therapieüberprüfung von chronischen Lungenerkrankungen, nicht zur Basisdiagnostik bei COPD). Im Anschluss an diese Untersuchung ist eine Überweisung zu einer Fachärztin/ einem Facharzt bzw. einer Gruppenpraxis für Lungenkrankheiten nur mit besonderer Begründung zulässig – 20 Punkte“
 - **Pos. Ziff. 610:** „Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli – 6,00 Euro“
Erläuterungen: Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 610 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsfacharztgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.
 - **Pos. Ziff. 611:** „Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild – 6,00 Euro“
Erläuterungen: Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 611 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsfacharztgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.
 - **Pos. Ziff. 614:** „Eingehende Beratung bei psychischen Erkrankungen – 12 Punkte“
 - ***Pos. Ziff. 630:** „Gastroskopie – 84 Punkte + R IV bzw. R V“
Voraussetzung für die Verrechnung des Regiezuschlages R V ist die chemisch-thermische Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte mittels eines entsprechenden Gerätes („Endoskopwaschmaschine“). Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.
 - ***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 +R V“
- *) Die Pos. Ziff. 630 und 631 können nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.
- **Pos. Ziff. 636:** „Schilddrüsenonographie und Nebenschilddrüse. Einschließlich Befunderstellung und Dokumentation, pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar. Die Verrechenbarkeit der Leistung ist mit 10 % der Fälle pro Quartal, bei Vertragsfacharztgruppenpraxen mit dem Additivfach Endokrinologie mit 12 % der Fälle pro Quartal limitiert – 23,62 Euro“
Die Schilddrüsenonographie wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich

mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.

- **Pos. Ziff. 627:** „Bestimmung der Druckindizes bei klinischen Hinweis zur Diagnostik arterieller Durchblutungsstörungen von peripheren Arterien (mittels arterieller Plethysmographie, und/oder Oszillographie, und/oder Dopplerdruckmessung) – 30 Punkte“
- **Pos. Ziff. 628:** „Venöse Verschlussplethysmographie: zur klinischen Verifizierung eines venösen Strombahnhindernisses – 30 Punkte“

Die Pos. Ziff. 625, 627 und 628 können nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine besondere angiologische Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung (Verrechnung) dieser Leistungen ermächtigt wurden.

- **Pos. Ziff. 640:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 7 Punkte“
- **Pos. Ziff. DDA*:** „Doppler-Duplexsonographie der peripheren Arterien zur exakten Diagnostik von arteriellen Durchblutungsstörungen, nur bei Vorliegen pathologischer Vorbefunde im Rahmen der Druckindexbestimmungen, einer klinischen Symptomatik und/oder bei klinischen Gefäßpathologien. Verrechenbar für Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Angiologie verfügen bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Gesellschafterinnen/Gesellschaftern oder Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung – 75 Punkte“
- **Pos. Ziff. DDV*:** „Doppler-Duplexsonographie der peripheren Venen: zur exakten Thrombosedagnostik, nur bei Vorliegen eines pathologischen Befundes der venösen Plethysmographie und/oder präoperativ vor Varizen-OP. Verrechenbar für Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Angiologie verfügen bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Gesellschafterinnen/Gesellschaftern oder Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung – 75 Punkte“

*) Die Pos. Ziff. DDA und DDV sind zusammen für Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Angiologie verfügen bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Gesellschafterinnen/Gesellschaftern in maximal 35 % der Fälle pro Quartal, für Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Untersuchung gemäß Pos. Ziff. DDA oder Pos. Ziff. DDV überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.

Folgende Positionen werden mit Wirkung vom 1. Juli 2014 ersatzlos aus dem Sonderleistungstarif der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin gestrichen:

- **Pos. Ziff. 601:** „Je drei weitere Ableitungen – 6 Punkte“
- **Pos. Ziff. 626:** „Plethysmographie art. oder venös – 30 Punkte“
- **Pos. Ziff. 648:** „Doppler-Duplexsonographie der peripheren Gefäße. Nur für Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Additivfach Angiologie bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Internistinnen/Internisten in 35 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Fälle, die ausschließlich zur Untersuchung gemäß Pos. Ziff. 648 überwiesen wurden, fallen nicht unter diese Limitierung. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden – 75 Punkte“

5.7 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde

- **Pos. Ziff. 650:** „EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) – 33 Punkte“
- **Pos. Ziff. 657:** „Harnkultur und Keimzählung mittels Objektträgermethode; nur verrechenbar, wenn die entsprechende Einrichtung (Brutschrank) vorhanden ist und im Streifenfest des Harnes ein eindeutiger Hinweis auf einen Infekt vorliegt sowie bei klinischem Hinweis auf Infekt – 10 Punkte“
- **Pos. Ziff. 664:** „Drei weitere Ableitungen bzw. Rhythmusstreifen, in 10 % der honorierten Pos. Ziff. 650 verrechenbar – 6 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“
Erläuterungen: Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien, Reagenzien usw. sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.
- **Pos. Ziff. 669:** „Behandlungszuschlag bei der Betreuung von Kindern mit klinisch relevanter, behandlungsbedürftiger neurologischer Beeinträchtigung oder für die entwicklungsneurologische Untersuchung nach einer Risikogeburt (wobei für die Risikogeburt gilt: exklusive nach geplanter Wunschsectio, Kinder nach Risikogeburt nur bis zum vollendeten 2. Lebensjahr abrechenbar), einmal pro Patientin/Patient und Quartal abrechenbar – 30 Punkte“
- **Pos. Ziff. 674:** „Ambulante Therapie (Erstellen von geeigneten individuellen diätischen Maßnahmen und Kontrolle der Durchführung, Protokolle der körperlichen Aktivität, Kontrolle des BMI) bei Adipositas oder Untergewicht, Ekzem, gastrointestinalen Erkrankungen, oder die ausführliche Ernährungsberatung bei Frühgeborenen, inklusive Dokumentation, verrechenbar in 30 % der Fälle pro Quartal, ein weiteres Mal in 30 % der honorierten Pos. Ziff. 674 verrechenbar – 25 Punkte“
- **Pos. Ziff. 680:** „Erstmalige Anlage eines Somatogramms bei klinisch begründetem Verdacht auf Minder- oder Riesenwuchs, Untergewicht, Adipositas, Mikro- oder Macrocephalie. Verrechenbar in 10 % der Fälle pro Vertragsfacharztgruppenpraxis und Quartal – 12 Punkte“
Erläuterungen: Diese Leistung kann nur einmal pro Patientin/Patient und Vertragsfacharztgruppenpraxis erfolgen. Das Somatogramm ist aufzubewahren und bei Folgebesuchen zu verwenden.“

- **Pos. Ziff. 681:** „Fortführung eines Somatogramms, abrechenbar in 30 % der Fälle – 8 Punkte“
- **Pos. Ziff. 686:** „Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie – 37,49 Euro“

Die Pos. Ziff. 686 und 687 werden nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.

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

- **Pos. Ziff. 689:** „Allergologische Exploration, in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 13 Punkte“
- **Pos. Ziff. 670:** „Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – je Stoff 2 Punkte“
Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.

Folgende Positionen werden mit Wirkung vom 1. Juli 2014 ersatzlos aus dem Sonderleistungstarif der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde gestrichen:

- **Pos. Ziff. 651:** „Je 3 weitere Ableitungen – 6 Punkte“
- **Pos. Ziff. 653:** „Zuschlag für EKG am Krankenbett – 25 Punkte“
- **Pos. Ziff. 666:** „Operation eines tiefgreifenden Abszesses (Oberfl. Phlegmone, periprokt. A., etc.), eines Panaritiums jeder Art – 30 Punkte + RI“
- **Pos. Ziff. 684:** „Excision und Naht einer Wunde bis 5 cm – 30 Punkte + RI“

5.8 Vertragsfacharztgruppenpraxen 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“
- **Pos. Ziff. 703:** „CRP inkl. Blutabnahme, Verrechenbar in 2 % der Fälle pro Quartal, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 40 und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar – 16 Punkte“
- **Pos. Ziff. 706:** „Kleine Spirometrie mit Flssvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV 1, PEF, MEF 50 und MEF 25) – 20 Punkte“
- **Pos. Ziff. 715:** „Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – je Stoff 2 Punkte“

Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 711:** „Ambulante Polygraphie-Diagnostik entsprechend den gültigen Empfehlungen der Österreichische Gesellschaft für Pneumologie, verrechenbar in maximal 8 % der Fälle pro Quartal, wobei Fälle, die ausschließlich zu Pos. Ziff. 711 über- oder zugewiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.
Zu untersuchen sind jedenfalls Sauerstoffsättigung, Atemfluss, Atemexkursionen, Schnarchgeräusch, Körperlage und Pulsfrequenz (optional 1-Kanal- EKG).
Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten: Respiratory disturbance Index (RDI), Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung. Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungs Nächte), die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die Einschulung der Patientin/des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die von der Fachärztin/vom Facharzt durchgeführte Befundauswertung.
Wird die Patientin/der Patient zur weiteren Abklärung an ein Schlaflabor weitergeleitet, so sind dem Schlaflabor auf Anfrage die Rohdaten zur Verfügung zu stellen.
Die Position kann nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Lungenkrankheiten verrechnet werden, für die eine Meldung an die Kasse über die Verwendung eines entsprechenden Gerätes ergangen ist – 90 Punkte“
- **Pos. Ziff. 740:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 8 Punkte“

Folgende Position wird ersatzlos aus dem Sonderleistungstarif der Allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen gestrichen:

- **Pos. Ziff. 701:** „Je drei weitere Ableitungen. Die Verrechnung ist nur möglich bei akuter kardiologischer Symptomatik. Die Verrechenbarkeit der Pos. Ziff. 700 und Pos. Ziff. 701 ist mit maximal 3 % der Fälle pro Quartal limitiert – 6 Punkte“

5.9 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Soweit die für die von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin verrechenbaren Sonderleistungen besondere Verrechnungsbestimmungen bezogen auf Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie enthalten, gelten diese Bestimmungen für die Vertragsfacharztgruppenpraxen gemäß der von den Vertragsfacharztgruppenpraxen getroffenen Zuordnungen zum Fachgebiet Neurologie bzw. Psychiatrie zum Stichtag 1. Jänner 2013.

Für Vertragsfacharztgruppenpraxen, die ab dem 1. Juli 2014 einen Einzelvertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse abschließen, bestimmt sich die Zuordnung gemäß der Ausschreibung für die jeweilige Planstelle.

- **Pos. Ziff. 765** – „Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status, einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit besonderer medizinischer Begründung; von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Psychiatrie in 45 % der Fälle pro Quartal, von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 30 Punkte“
Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien:
 1. Bewusstseinslage
 2. Orientierung
 3. Mnestiche Leistungen und Konzentration
 4. Denkvermögen
 5. Antrieb
 6. Stimmungslage
 7. Affektivität
 Pos. Ziff. 765 kann nicht gleichzeitig mit den Pos. Ziff. 90 und 91 verrechnet werden.
- **Pos. Ziff. 770:** „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, von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie verrechenbar in 20 % der Fälle – 20 Punkte“
- **Pos. Ziff. 767:** „Diagnostische Vestibularisprüfung Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in 8 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 15 Punkte“
- **Pos. Ziff. 768:** „Therapeutisches Lagerungsmanöver (d.h. bei Vorliegen eines vestibulären Schwindels oder bei Vorliegen eines pathologischen Befundes nach diagnostischer Vestibularisprüfung) von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in 8 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 15 Punkte“
- **Pos. Ziff. 769:** „Orthostaseprüfung nach Schellong, von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in 8 % der Fälle verrechenbar – 9 Punkte“

5.10. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

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

Folgende Position wird ersatzlos aus dem Sonderleistungstarif der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie gestrichen:

- **Pos. Ziff. 813:** „Operation des Hallux valgus oder Hallux rigidus – 180 Punkte + R IV“

5.11. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Urologie

- **Pos. Ziff. 909:** „Ausführliches uro-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebs(verdachts)diagnose, zwischen Gesellschafterin/Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis und Patientin/Patient bzw. deren/dessen 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“
- **Pos. Ziff. 928:** „Urologische Schleimhutanästhesie (nur verrechenbar bei Pos. Ziff. 900, 902, 903, 908, 910, 911, 916 und 929) – 4 Punkte“
- **Pos. Ziff. 930:** „Operative Entfernung von Scrotal-/Penisatheromen, einmal je Sitzung verrechenbar in maximal 1 % der Fälle pro Quartal, histologischer Befund erforderlich – 70 Punkte + R II“
- **Pos. Ziff. 931:** „Scrotalvarizenverödung für akut blutende Varizen, verrechenbar in 1 % der Fälle pro Quartal; ausgenommen kosmetische Gründe – 8 Punkte“
- **Pos. Ziff. 932:** „Urodynamisches diagnostisches und therapeutisches Gespräch bei Patientinnen/Patienten mit bestehender Harninkontinenz, wenn Heilmittel bei Pollakisurie und Harninkontinenz gemäß Erstattungskodex (ATC-Gruppe G04BD) verordnet werden, wobei die Leistung die Anleitung für das Durchführen eines Miktionsprotokolls inklusive Dokumentation und Auswertung des Protokolls inkludiert; verrechenbar in maximal 6 % der Fälle pro Quartal, pro Patientin/Patient ist die Leistung einmal pro Jahr verrechenbar – 19 Punkte“

III.

Regelungen für Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik und für Hygiene und Mikrobiologie)

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik und für die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie (im Folgenden kurz die Fachgruppe genannt) gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 31. Dezember 2015.

2. Honorarregelung 2013

2.1. Leistungen 2013

Grundlage für die Honorierung der von den Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik und den Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie im Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 31. Dezember 2013 erbrachten Leistungen ist der zum 31. Dezember 2012 gültige Laborkatalog.

2.2. Honorarsumme 2013

Zur Abgeltung der von der Fachgruppe (inkl. Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner bis 31. Dezember 2013 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 48.000.000,00 Euro festgelegt.

3. Honorarregelung 2014

3.1. Leistungen 2014

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2014 werden die Tarife für die im zum 31. Dezember 2012 gültigen Laborkatalog enthaltenen Leistungen um 6 % abgesenkt. Die dadurch neu entstehenden Tarife werden als Anlage I diesem Zusatzprotokoll beigelegt und treten mit 1. Jänner 2014 in Kraft.

3.2. Honorarsumme 2014

- a) Für die Abgeltung der von der Fachgruppe (inkl. Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2014 bis 31. Dezember 2014 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 48.500.000,00 Euro festgelegt.
- b) Überschreitungen der auf Grund der von der Fachgruppe (inkl. Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2014 bis 31. Dezember 2014 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 48.500.000,00 Euro um einen Prozentsatz kleiner gleich 8,25 % gehen zu Lasten der Fachgruppe (inkl. Hygiene und Mikrobiologie).
- c) Ab einer Honorarsumme von 52.500.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Fachgruppe (inkl. Hygiene und Mikrobiologie) durch die Kasse wieder gemäß dem per 1. Jänner 2014 gültigen Laborkatalog (Punkt 3.1.) abzüglich eines Tarifabschlags von 30 % für die darüber hinausgehende Honorarsumme.

4. Honorarregelung 2015

4.1. Honorarsumme 2015

- a) Für die Abgeltung der von der Fachgruppe (inkl. Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2015 bis 31. Dezember 2015 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 51.000.000,00 Euro festgelegt.
- b) Überschreitungen der auf Grund der von der Fachgruppe (inkl. Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2015 bis 31. Dezember 2015 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 51.000.000,00 Euro um einen Prozentsatz kleiner gleich 9,8 % gehen zu Lasten der Fachgruppe (inkl. Hygiene und Mikrobiologie).
- c) Ab einer Honorarsumme von 56.000.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Fachgruppe (inkl. Hygiene und Mikrobiologie) durch die Kasse wieder gemäß dem per 1. Jänner 2014 gültigen Laborkatalog (Punkt 3.1.) abzüglich eines Tarifabschlags von 30 % für die darüber hinausgehende Honorarsumme.

5. Struktur

Die Vertragsparteien kommen überein eine Arbeitsgruppe Strukturreform in der Labormedizin - unter Einladung anderer betroffener Sozialversicherungsträger - einzusetzen, die die zukünftige labormedizinische Versorgung (insbesondere Reduktion der Blutabnahmestellen, Anzahl der Gesellschafterinnen/Gesellschafter in Gruppenpraxen, etc) zum Gegenstand hat. Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe haben bis spätestens 30. November 2014 vorzuliegen.

IV.

Regelungen für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 31. März 2015.

2. Honorarregelung 1. Jänner 2013 bis 30. Juni 2014

Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie im Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 30. Juni 2014 ist der zum 1. Jänner 2013 gültige Pathologiekatalog.

3. Honorarregelung 1. Juli 2014 bis 31. März 2015

(1) Die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie (Pathologiekatalog gemäß Punkt 2) werden mit Wirkung vom 1. Juli 2014 um 1,75 % angehoben.

(2) Eine neuerliche Erhöhung der Tarife erfolgt frühestens mit Wirkung per 1. April 2015.

4. Folgende neue Einzelleistungsposition wird in den Tarifkatalog für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie aufgenommen:

- **55.03:** „HPV-DNA (Bestimmung von „Low-risk-Typen“ und „High-risk-Typen“ humaner Papillomaviren), nur zur Abklärung unklarer Abstriche bzw. bei Patientinnen mit besonderem Risiko, in 1 % der honorierten Pos. Ziff. 51.01 und 50.01 verrechenbar – 43,60 Euro

V.

Regelungen für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Stellen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, im Juni 2014 sechs Stellen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie auszuschreiben.

(2) Die in § 4 Absatz 2 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 festgelegte Anzahl von 970 Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Zahnärzte) einschließlich der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik (Vertragslaboratorien) sowie Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Pathologie wird dadurch nicht verändert.

(3) Zwei der sechs Stellen werden aus der zum Zeitpunkt der Ausschreibung bestehenden Strukturentwicklungsreserve (gemäß § 5 Absatz 3 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011) entnommen.

(4) Die Entscheidung über die Verteilung erfolgt im Einvernehmen der Vertragsparteien. Der regionale Bedarf und der Möglichkeit der Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen sind dabei zu berücksichtigen.

2. Honorierung

(1) Grundlage für die Honorierung der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Honorarregelung Anlage 5.

(2) Für das von einer Gesellschafterin/einem Gesellschafter einer Vertragsfacharztgruppenpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember (bzw. in vier Quartalen) zu erwirtschaftende Honorarvolumen wird eine Richtsumme in Höhe von 207.000,00 Euro festgelegt.

(3) Per 31. Dezember 2016 erfolgt eine Evaluierung der bis zum 30. Juni 2016 von allen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie tatsächlich abgerechneten Leistungen unter Heranziehung der für alle Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie hochgerechneten Gesamtrichtsumme. Die Ergebnisse dieser Evaluierung werden in die auf diese folgenden Honorarverhandlungen einbezogen.

3. Vernetzung

(1) Ein wesentliches Element der Tätigkeit von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Anbieterinnen/Anbietern.

(2) Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie gewährleisten die Kooperation mit Angehörigen anderer Berufsgruppen im niedergelassenen Bereich sowie mit ambulanten Einrichtungen und Krankenanstalten. Eine bestmögliche Vernetzung der einzelnen Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Vertreterinnen/Vertretern aus dem Bereich der medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Dienste (wie zum Beispiel Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, klinischen Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Heilpädagoginnen/Heilpädagogen, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, etc.) soll etabliert werden.

(3) Die Namen der Personen, mit denen eine Kooperation geplant ist, sind der Wiener Gebietskrankenkasse von der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie vor der Invertragnahme bekanntzugeben. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit ist jedenfalls zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der Wiener Gebietskrankenkasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

4. Öffnungszeiten

(1) Für Vertragsgruppenpraxen mit zwei Gesellschafterinnen/Gesellschaftern wird die wöchentliche Mindestordinationszeit in den Monaten September bis Juni mit 37 Stunden, in den Monaten Juli und August mit 26 Wochenstunden festgesetzt.

5. Inkrafttreten

(1) Voraussetzung für das Inkrafttreten der Honorarregelung für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß Anlage 5 ist der Vertragsbeginn von sechs Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

(2) Der Vertragsbeginn aller sechs ausgeschriebenen Stellen (i.e. Einzelvertragsordinationen bzw. Vertragsgruppenpraxen) muss zeitgleich zu einem Monatsersten erfolgen, mit gleichem Zeitpunkt tritt auch die Honorarregelung Anlage 5 in Kraft.

(3) Vertragswerberinnen/Vertragswerber sind im Rahmen der Ausschreibung im Juni 2014 ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass der zwischen ihnen und der Wiener Gebietskrankenkasse abzuschließende Einzel- bzw. Gruppenpraxisvertrag erst mit Vertragsbeginn aller sechs Stellen in Kraft tritt.

6. Allgemeines

Das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein ausgewiesenes Mangelfach. Die Vertragsparteien stimmen überein, dass Maßnahmen zur Förderung der Ausbildungsmöglichkeiten erforderlich sind, um eine Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen. Die Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Wien sagt daher zu, sich gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer dafür einzusetzen, dass das derzeit geltende Verhältnis von eins zu eins (eine Auszubildende/ein Auszubildender pro Ausbilderin/Ausbildner) in der Ausbildungsordnung für Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie so geändert wird, dass sich die Anzahl der Absolventinnen/Absolventen des Faches mittelfristig erhöht.

VI.

Finanzierung von Strukturmaßnahmen

1. Einrichtung und Dotierung eines Strukturtopfes

(1) Die Ärztekammer für Wien und die Wiener Gebietskrankenkasse kommen überein, im Rahmen des Gesamtvertrages einen Strukturtopf zur Finanzierung von Strukturmaßnahmen zu etablieren.

(2) Der Strukturtopf wird im Jahr 2013 erstmalig mit einem Betrag von 1.300.000,00 Euro dotiert, der für die in den Jahren 2014 und 2015 gemäß Punkt 2 zu leistenden Zahlungen zur Verfügung steht.

(3) Ab dem Jahr 2015 ist jeweils bis 31. Dezember die Dotierung für das jeweils darauffolgende Jahr im Einvernehmen von Kammer und Wiener Gebietskrankenkasse vorzunehmen.

2. Auszahlungskriterien

(1) Ab 1. Jänner 2014 wird aus dem Strukturtopf als Versorgungsstrukturmaßnahme eine Zahlung geleistet, wenn eine Vertragsärztin/ein Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. eine allgemeine Vertragsfachärztin/ein allgemeiner Vertragsfacharzt (ausgenommen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie, medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie und Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation) ihre/seine vertragsärztliche Tätigkeit beendet und eines der folgenden Kriterien vorliegt:

1. Die Stelle wird am Standort nicht nachbesetzt und der Strukturentwicklungsreserve zugeführt.
2. Die Stelle wird am Standort nicht nachbesetzt und für die Gründung einer neuen Gruppenpraxis bzw. zur Erweiterung einer bestehenden Gruppenpraxis verwendet.
3. Die Stelle wird am Standort nicht nachbesetzt und als Einzelordination für ein anderes Fachgebiet ausgeschrieben
4. Die Stelle wird am Standort nicht nachbesetzt und als Einzelordination für dasselbe Fachgebiet in einem anderen örtlichen Bereich ausgeschrieben, sodass der bisherige Versorgungsstandort regional nicht mehr umfasst wird.

(2) Sofern zum 1. Jänner 2016 noch keine einvernehmliche Dotierung des Strukturtopfes erfolgt ist, erhalten alle Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, die auf die Auszahlungskriterien gemäß Absatz 1 zutreffen, eine Zahlung von der Wiener Gebietskrankenkasse bis eine neue Vereinbarung über die Dotierung geschlossen ist. Ein allenfalls entstehender Negativsaldo ist im Zuge der nächsten Honorarverhandlungen auszugleichen.

(3) Weitere Auszahlungen erfolgen im Einvernehmen von Kammer und Kasse in speziellen förderungswürdigen Situationen zur Verbesserung der Versorgung der Anspruchsberechtigten.

(4) Die Auszahlungen aus dem Strukturtopf erfolgen über die Kasse nach einvernehmlicher Festlegung im Invertragnahmeausschuss (IVA).

(5) Sollte der Strukturtopf bei einer jährlichen Saldierung das Dreifache der jährlichen Summe von 600.000,00 Euro pro Jahr übersteigen, hat die Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Wien das Recht über die Fördermaßnahmen mit der Maßgabe, dass zumindest die doppelte der oben angeführten Summe noch im Topf verbleibt, zu entscheiden. Eine derartige Entscheidung ist immer nur zum Jahresende möglich.

VII. **Gemeinsame Zielsetzungen**

(1) Die eingerichteten Arbeitsgruppen „Vertretungsregelung Neu“, „Gruppenpraxen“ sowie „Heilmittelökonomie“ setzen ihre Arbeit fort. Die Ergebnisse aus diesen Arbeitsgruppen sollen spätestens im Rahmen des nächsten Honorarabschlusses umgesetzt werden.

(2) Die Arbeitsgruppen „Erarbeitung eines neuen Tarifikataloges für Psychiatrie“ und „Erarbeitung eines neuen Tarifikataloges für Neurologie“ setzen ihre Arbeit fort mit dem Ziel, bis Herbst 2014 auf Basis der von den Fachgruppen Psychiatrie und Neurologie überreichten Kataloge Vorschläge zu erarbeiten, die Eingang in die nächsten Honorarverhandlungen nehmen können.

(3) Die Ärztekammer für Wien sichert zu, dass seitens der Kammer gemeinsam abgestimmte Projekte im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 in Zusammenhang mit Primary Care Versorgungsmodellen insbesondere im Bereich des Fachgebietes Allgemeinmedizin unterstützt werden. Das betrifft vor allem Modelle, die im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung und der Schaffung von Gruppenpraxen bzw. regionalen Ärztekooperationen in Einzelpraxen stehen.

(4) Die Vertragsparteien vereinbaren ein quartalsweises Monitoring zur finanziellen Auswirkung der Leistungen der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte/Vertragsgruppenpraxen. Für konkrete Projekte zur Senkung der Folgekosten kann anlassbezogen die entsprechende Datenbasis zur Verfügung gestellt werden.

VIII Änderungen des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011

Die im Folgenden aufgelisteten Paragraphen des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2014 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

➤ **§ 21 Abs. 10:**

„Zur Optimierung der Behandlungsqualität richtet die Kammer Therapiezirkel ein, deren Inhalte – worunter auch Nahtstellenmanagement sein kann - gemeinsam mit der Kasse festzulegen sind. Vertragsgruppenpraxen, die die Teilnahme an mindestens zwei beziehungsweise drei oder vier Therapiezirkeln innerhalb eines Kalenderjahres (d.h. jeweils bis 31. Dezember) nachweisen, erhalten jeweils bei der ersten Akontozahlung für das erste Quartal des nächstfolgenden Rechnungsjahres von der Kasse eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 150,00 Euro je nachgewiesenem Therapiezirkel. Die Aufwandsentschädigung erfolgt für maximal vier nachweislich besuchte Therapiezirkel jährlich. Die Kammer wird der Kasse die Listen mit eigenhändiger Unterschrift der Teilnehmer übermitteln.“

➤ **§ 18 Abs. 1:**

„(1) Die wöchentliche Mindestordinationszeit für fachgleiche Vertragsgruppenpraxen, der zwei Gesellschafter angehören, beträgt grundsätzlich 30 Wochenstunden verteilt auf fünf Wochentage. Ab einem dritten Gesellschafter ist eine Mindestöffnungszeit von 40 Wochenstunden, ebenfalls verteilt auf fünf Wochentage, vorzusehen. Für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird eine Mindestordinationszeit von 37 Wochenstunden, in den Monaten Juli und August von 26 Wochenstunden festgeschrieben. Die Vertragsgruppenpraxis ist an 52 Wochen im Jahr geöffnet.“

„(2) Die Öffnungszeiten der Vertragsgruppenpraxis haben folgende Zeitblöcke zu umfassen:

Jedenfalls

- eine Abendordination ab 17:00 Uhr, mindestens 3h oder zwei Abendordinationen bis 19:00 Uhr und

- eine Nachmittagsordination ab 13:00 Uhr, mindestens 3h

Sowie zusätzlich wahlweise

- eine weitere Abendordination ab 16:00 Uhr, mindestens 3h oder
- eine Frühordination ab 7:00 Uhr, mindestens 3h

Die genauen Öffnungszeiten sind im Gruppenpraxeneinzelvertrag festzulegen, wobei auf die regionalen Bedürfnisse der Anspruchsberechtigten - insbesondere auf die Bedürfnisse werktätiger Anspruchsberechtigter - Rücksicht zu nehmen ist.“

➤ **§ 50: Gegenseitige Unterstützungspflicht:**

„(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei der Erfüllung der dem Landesärzteausschuss, der paritätischen Schiedskommission und der Landesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

(3) Die Kasse wird der Kammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

(4) Die Vertragsparteien verpflichten sich umgehend, tunlichst zeitgleich, einander über Umstände unter Austausch der jeweiligen Dokumente/Schriftstücke wechselseitig zu informieren:

- a) Sperre der Ordination gemäß § 56 ÄrzteG
- b) vorläufiges Berufsverbot gemäß § 62 ÄrzteG sowie sonstige Berufsverbote auf Grund von Disziplinarerkenntnissen gemäß § 138 ff ÄrzteG
- c) Streichungen aus der Ärzteliste
- d) Anzeigen an die Staatsanwaltschaft
- e) Kündigungen von Einzelverträgen bzw. Mitteilungen über das Erlöschen von Einzelverträgen
- f) strafgerichtliche Verurteilungen

(5) Die Versicherungsträger haben alles zu unterlassen, was das Ansehen der Vertragsgruppenpraxis und deren Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso haben die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis alles zu unterlassen, was die Versicherungsträger und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(6) Die Vertragsgruppenpraxis wird die Kasse über missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen durch Anspruchsberechtigte informieren. Dasselbe gilt, wenn ein in seiner Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das die Heilung oder Besserung seines Zustandes erschwert oder verzögert.“

➤ **§ 52 Streitigkeiten zwischen den Parteien des Einzelvertrages**

„(1) Streitigkeiten zwischen den Parteien des Einzelvertrages sollen einvernehmlich beigelegt werden. Kommt eine Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, so können die gesetzlich vorgesehenen Schiedsinstanzen angerufen werden.

(2) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechs-Monate-Frist beginnt für die Vertragsgruppenpraxis mit der Zahlung des Honorars, für die Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung bei der Kasse. Wenn die Vertragsgruppenpraxis die Bestimmungen des § 34 nicht beachtet, ist eine Beanstandung durch die Versicherungsträger nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung bei der Kasse zulässig.

(3) Erfolgt eine Kündigung des Einzelvertrages so ist diese der Vertragsgruppenpraxis eingeschrieben zuzustellen und in der Rechtsmittelbelehrung die Vertragsgruppenpraxis auf die 14 tägige Einspruchsfrist gemäß ASVG hinzuweisen.“

➤ **§ 53 a Provisionsverbot**

„Analog zu § 53 Ärztegesetz ist es unzulässig, dass der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis Vergütungen für die Zu- oder Überweisung an ihn oder durch ihn sich oder einem anderen versprechen, geben, nehmen oder zusichern lässt. Ein Zuwiderhandeln gegen diese Bestimmung stellt eine schwerwiegende Vertragsverletzung dar.“

Die Honorarordnung, Anlage I wird mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2014 geändert wie folgt:

➤ **Honorarordnung Anlage I Abschnitt II Artikel I Abs. 9:**

„Als Honorar für die im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22 im Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 von der vertretenden Vertragsgruppenpraxis in einem Quartal erbrachten Leistungen werden 77,9% der in den Tarifen für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen (Anlage B) festgelegten Fallpauschale ausbezahlt; für Sonderleistungen gebührt überdies die Vergütung nach dem Sonderleistungstarif für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen (Anlage B).“

Wien, 27. März 2014

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Generaldirektor-Stellvertreter

Verbandsvorsitzender

Ärztchammer 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 Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin ab 1.7.2014

Anlage 2– Tarif allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen ab 1.7.2014

Anlage 3 – Tarif Labor ab 1.1.2014

Anlage 4 – Tarif Pathologen ab 1.7.2014

Anlage 5 – Tarif Kinder-Jugendpsychiatrie

Pos. Ziff.	Text	Punkte
850	Diagnostische Abklärung und Untersuchung.	177
	Umfasst die nach den Erfordernissen des jeweiligen Behandlungsstatus ausführliche Eigen- und Fremdanamnese und Diagnoseerstellung, Kinder- und jugendpsychiatrische Exploration, Verlaufskontrolle zur Evaluierung bzw. Adaptierung der Therapie- Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Motivation der Patientin/des Patienten und deren/dessen Umfeld sowie gegebenenfalls medikamentöse Intervention, Veranlassung weiterer Untersuchungen bzw. Behandlungen durch Überweisung, etc.	
	Richtzeit 60 Minuten, maximal 3 x pro Sitzung, maximal 6 x pro Quartal, nicht gemeinsam mit 851, 860, 863 verrechenbar	
851	Eingehende kinder- und jugendpsychiatrische Folgeuntersuchung	89
	Umfasst Kinder- und jugendpsychiatrische Exploration, um Entstehung, Verlauf und Therapie regelmäßig zu evaluieren und letztere bei Bedarf zu adaptieren. Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Motivation der Patientin/des Patienten und deren/dessen Umfeld sowie gegebenenfalls medikamentöse Intervention, Veranlassung weiterer Untersuchungen bzw. Behandlungen durch Überweisung, etc.	
	Richtzeit 30 Minuten, maximal 3 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit 850, 860, 863 verrechenbar	
852	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	67
	Psychopatholog. Status umfasst: Noo- und Thymopsychie bei 0-18-jährigen, Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS): Achse1 – klinisch-psychiatrisches Syndrom Achse 3 – Intelligenzniveau Achse 5 – assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände	
853	Neurologischer Status bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten	43
	Umfasst Motorik, Sensibilität, Tonus, Trophik, Koordination, EPS (bei Einnahme von Antipsychotika)	
854	Entwicklungsneurologischer Status bei kinderpsychiatrischen Patientinnen/Patienten	99
	Umfasst Feststellung umschriebener Entwicklungsstörungen - Achse 2 des Multiaxialen Klassifikationsschemas für Kinder und Jugendliche	
	Verrechenbar 1 x pro Quartal und Patientin/Patient, nicht gemeinsam mit 853	
855	Einfacher somatischer Status (AZ, EZ, Blutdruck, Puls, Turgor) bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten	17
	Nicht gemeinsam mit 856 verrechenbar	

Pos. Ziff.	Text	Punkte
856	Ausführlicher somatischer Status bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten	46
	Ausführlicher Status: zusätzlich Beurteilung von Caput, Collum, Cor, Pulmo, Abdomen, Extremitäten	
	In maximal 20% der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit 855 verrechenbar	
857	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	99
	z.B. HAWIVA-Test, HAWIK-Test, AID-Test, Sprachentwicklungstest bei Kindern, semistrukturierte Interviews, Symptomchecklisten (CBCL, SCL, Depressionsinventar, Eating Disorder Inventory, Conners Rating Scale etc.)	
	In maximal 50 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit 860 verrechenbar	
858	Erstmalige Anlage eines Somatogramms	20
	z.B. bei Essstörungen, Medikationsmonitoring (Neuroleptika, AD, Stimulanzen etc.) etc.; umfasst u.a. bei Behandlungsbeginn: Größe, Gewicht, BMI, Anlegen einer Perzentilkurve	
	Richtzeit 10 Minuten, nicht gemeinsam mit 859 verrechenbar	
859	Fortführung eines Somatogramms (bei jedem Kontakt)	12
	z.B. bei Essstörungen, Medikationsmonitoring (Neuroleptika, AD, Stimulanzen etc.) etc.; umfasst u.a. bei Folgeuntersuchung: Gewicht, BMI	
	Richtzeit 10 Minuten, nicht gemeinsam mit 858 verrechenbar	
860	Interaktionsdiagnostik (inkl. Video) einmal pro Diagnose	177
	Richtzeit 60 Minuten, maximal 3x pro Sitzung, in maximal 10 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit 850 bis 857, 861 und 862 verrechenbar. Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden. Die Position kann nur von jenen Fachärztinnen und Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden.	
861	Fremdanamnese	45
	i.d.R. Befassung mehrerer Stellen, inkl. Befundstudium	
	Richtzeit 15 Minuten, maximal 4 x pro Tag, nicht gemeinsam mit 860 verrechenbar	
862	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	265
	Bis zum vollendeten 10. Lj der Patientin/des Patienten z.B. Neuropsychologisches Entwicklungsscreening, Denver-Entwicklungsskalen, Münchner Funktionelle Entwicklungsskalen, ET 6-6, Ruf-Bächtiger-Test, SETK, Frostig-Entwicklungstest, etc.	
	Nicht gemeinsam mit 850, 857, 860 und 863 verrechenbar	

Pos. Ziff.	Text	Punkte
863	EEG bei psychiatrisch auffälligen Kindern Verrechenbar in 10% der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal, wobei Fälle, die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen werden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer 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.	121
864	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung z.B. bei Verdacht auf Selbst- oder Fremdgefährdung, abnormen Erregungszustand, Impulskontrollverlust, Angstüberflutung, Stupor, akuter Exazerbation des Krankheitsbildes, etc. Richtzeit 90 Minuten, in maximal 10 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit 850, 851, 852, 860 und 865 bis 867 verrechenbar	265
865	Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung Richtzeit 30 Minuten, maximal 2 x pro Sitzung, allenfalls bei mehreren anwesenden Personen maximal 3 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit 850, 851, 852, 860, 864, 866 und 867 verrechenbar	89
866	Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (2 Patientinnen/Patienten) Die Namen der Patientinnen/Patienten und das Verhältnis zueinander sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 45 Minuten, maximal 2 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit 850, 851, 852, 860, 864, 865 und 867 verrechenbar	67
867	Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (mind. 3 Patientinnen/Patienten, max. 5 Patientinnen/Patienten) Die Namen der Patientinnen/Patienten und das Verhältnis zueinander sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 45 Minuten, maximal 2 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit 850, 851, 852, 860 und 864 bis 866 verrechenbar	47
868	Gespräch mit Bezugsperson (ohne Einbeziehung der Patientin/des Patienten) Die Namen der Patientin/des Patienten und das Verhältnis zueinander sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 30 Minuten, maximal 2 x pro Sitzung verrechenbar	89

Pos. Ziff.	Text	Punkte
869	Psychoedukation bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten	45
	Die Namen der Patientinnen/Patienten und das Verhältnis zueinander sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln.	
	Richtzeit 15 Minuten, maximal 4 x pro Sitzung, allenfalls bei mehreren Personen maximal 6 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit 850 verrechenbar	
870	Koordinationstätigkeit	33
	Eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen der Patientin/des Patienten (wie ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Lehrerinnen/Lehrer, Kindergärtnerinnen/Kindergärtner, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen), bzw. mit an der Behandlung beteiligten Institutionen (wie Krankenanstalten, Krisenzentren, betreute WG und Arb.Reha-Einrichtungen)	
	Richtzeit 15 Minuten, maximal 4 x pro Tag sowie maximal 16 x pro Quartal und pro Patientin/Patient verrechenbar	
871	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	177
	Die Namen der TN und das Verhältnis zur Patientin/zum Patienten sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln.	
	Richtzeit 60 Minuten, maximal 3 x pro Sitzung, in maximal 10% der Fälle pro Quartal verrechenbar	
872	Ausführlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	67
	Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Amt für Jugend und Familie. Ausfolge im Einverständnis mit Eltern/Obsorgeberechtigten und/oder Patientin/Patienten.	
	Pro Patientin/Patient 1 x pro Halbjahr, nicht gemeinsam mit 873 verrechenbar	
873	Kurzbefund mit Diagnose und Behandlungsplan	17
	Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Krisenzentren, WG, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen/Institutionen. Ausfolge im Einverständnis mit Eltern/Obsorgeberechtigten und/oder Patientin/Patienten	
	Nicht gemeinsam mit 872 verrechenbar	

Pos. Ziff.	Text	Punkte
	Zusätzlich zu den Sonderleistungen aus dem Fachgebiet sind von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für KJP folgende allgemeine Sonderleistungen aus dem Katalog der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte verrechenbar: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 20, 23, 24, 29, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 46, 57, 58, 76, 78 und 87	
8	Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von den nachgenannten Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten verrechenbar.	
	Der Tarif für Pos. Ziff. 8 beträgt für die Fachsparten Innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten	3
	Bei Fachsparte für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Lungenkrankheiten	4
	Bei Fachsparte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	5