

Gebührenfrei
gemäß § 110 ASVG

9. Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag vom 14.12.2010

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Salzburg einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages (GV) angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

I. Bereitschaftsdienst Land

Anhang B zu § 6 wird geändert.

In der Überschrift Punkt A) wird „zur Erprobung“ und „neu“ gestrichen.
Die Punkte B 2. und C entfallen.

II. Kleine Änderungen des Gesamtvertrags und seiner Anhänge

Das Gesamthonorarvolumen gem. § 25 Abs 6 wird außerordentlich p.a. um € 10.000 für Maßnahmen einer verbesserten kinderärztlichen Notdienstversorgung an Wochenenden und Feiertagen im Zentralraum erhöht. Diese Erhöhung kann jährlich bis zum 31.3. mit Wirksamkeit zum 1.10. von der SGKK widerrufen werden. Diesem Betrag werden nicht verbrauchte Mittel der mit der 7. Zusatzvereinbarung Pkt I.B.13 erfolgten außerordentlichen Erhöhung gegenverrechnet.

Anhang A zu § 10:

§ 2

Abs 3 lautet:

„Die Maximalzeiträume der Abs 1 und 2 können aus besonderen Gründen“... (im Übrigen wie bisher).

Abs 4 lautet:

...„längstens für die Dauer von 2 Jahren (8 Quartalen)“... (im Übrigen wie bisher.)

III. Änderungen des Gesamtvertrags betreffend e-Medikation & eKOS (elektronisches Kommunikationsservice)

1. § 12

Abs 4 lautet:

„Die Vertragsärzte sind verpflichtet, spätestens bis 01.11.2018 die technischen Voraussetzungen für den Einsatz der e-Medikation zu schaffen und spätestens ab 08.11.2018 (Bezirke Salzburg und Salzburg Umgebung) bzw. ab 22.11.2018 (Bezirke Hallein, St. Johann im Pongau, Tamsweg und Zell am See) ELGA-Gesundheitsdaten gemäß § 2 Z 9 lit. b GTelG im Informationssystem „e-Medikation“ bei der Verordnung zu speichern, sofern dies nicht durch die Ausübung von Teilnehmerrechten ausgeschlossen oder aus sonstigen Gründen (z.B. Offline-Betrieb, Hausbesuche etc.) nicht bzw. nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Ausgenommen von der verpflichtenden Verwendung sind Vertragsärzte, die zum 01.01.2019 das 68. Lebensjahr bereits vollendet oder den Einzelvertrag bis 31.12.2018 gekündigt haben werden. Darüber hinaus sind Fachärzte der technischen Fächer sowie der Fachgebiete 04, 13, 15 und 18 ebenso von der Verpflichtung ausgenommen. In allen anderen Fällen stellt die beharrliche Nicht-Anwendung der e-Medikation ab 01.01.2019 eine nicht unerhebliche Verletzung der kurativen Einzelverträge dar, ausgenommen bei jenen Ärzten, die zum vereinbarten Rollout-Termin das 66. Lebensjahr bereits vollendet haben.“

Abs 5 lautet:

„Die Vertragsparteien vereinbaren, die geplanten Einführungsstermine für e-Rezept, e-Transportschein und das Foto auf der e-card entsprechend den österreichweiten Vorgaben umzusetzen und die Vertragsärzte zeitgerecht über die jeweiligen e-Services zu informieren.“

Bisheriger Abs „4“ erhält die Bezeichnung „6“.

2. § 13

In Abs 6 wird lit. d) ergänzt:

„Die Vorlage eines Überweisungs- bzw. Zuweisungsscheins ist erforderlich, sofern es sich um eine Leistungsart handelt, die von der eKOS-Applikation nicht umfasst ist.“

In Abs 7 wird ergänzt:

„Folgebelege (Überweisungen, Zuweisungen, Verordnungen etc.) außerhalb der eKOS-Applikation sind vom Vertragsarzt...“

In Abs 8 wird ergänzt:

„Sofern es im Rahmen der eKOS-Applikation eine Möglichkeit der digitalen Übertragung der Überweisungs- oder Zuweisungsscheine gibt, kann für jene Leistungsarten, für die die Anwendung von eKOS verpflichtend ist, die Übermittlung entfallen.“

3. § 18

In Abs 1 wird ergänzt:

„[...] In den Fällen des § 13 Abs 6 ist außerhalb der eKOS-Applikation die gleichzeitige Vorlage eines entsprechenden Überweisungs- bzw. Zuweisungsscheins erforderlich. [...]“

In Abs 5 wird ergänzt:

„...auszuhändigen, es sei denn, die Abwicklung erfolgt über die eKOS-Applikation oder der Vertragsarzt setzt sich direkt mit dem Versicherungsträger in Verbindung. [...]“

Eingefügt wird Abs 6:

„Die Vertragsärzte sind verpflichtet, ab dem bundesweit festgelegten Verpflichtungstermin für Salzburg bei jeder Überweisung, Zuweisung und Verordnung, die eine der nachstehend genannten Leistungsarten betrifft, die eKOS-Applikation zu verwenden. Diese Verpflichtung umfasst nicht die Ausstellung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen bei Hausbesuchen bzw. Hausbesuchen in Heimen, sofern keine (mobile) Ausstattung vorhanden ist. Ausgenommen von der verpflichtenden Verwendung sind Vertragsärzte, die zum 01.01.2019 das 68. Lebensjahr bereits vollendet oder den Einzelvertrag bis zum bundesweiten Verpflichtungstermin für Salzburg gekündigt haben werden. Die Verwendungspflicht umfasst die jeweils bundesweit festgelegten Leistungen ab dem jeweiligen Stichtag.“

4. § 21

In Abs 1 wird ergänzt:

„Diese sind, sofern mittels e-Card die Berechtigung dazu vorliegt, in die e-Medikation Applikation (siehe § 12 Abs 4) einzutragen.“

5. § 24

In Abs 4 wird ergänzt:

„[...] Der Vertragsarzt ist außerhalb von eKOS (siehe § 18 Abs 6) verpflichtet, [...]“

6. § 25

Ergänzt werden:

- „(7) Die Vertragsärzte, die e-Medikation integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von EUR 20,00 pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat (nicht jedoch vor dem Zeitpunkt der tatsächlichen Verpflichtung nach dem österreichweitem Rollout Plan [§ 12 Abs 4] bis zum Ende des Jahres 2022 (vorbehaltlich einer allfälligen Verlängerung). Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der üblichen Quartalsabrechnung über eine eigene Verrechnungsposition (eMED1). Mit dem Antrag zur Bundesförderung für die Anschubfinanzierung kann gleichzeitig der Wartungskostenzuschuss bei der SGKK beantragt werden. Dies setzt die aufrechte Zustimmung des Antragstellers voraus, dass die integrierte Verwendung seitens des Betreibers stichprobenartig durch den zuständigen Betreiber gemäß § 16a GTelG 2012 überprüft wird. Sollten die Überprüfungen ergeben, dass die e-Medikation nicht in Verwendung ist, können die weiteren Zahlungen unverzüglich eingestellt werden. Der Ärztekammer für Salzburg wird die Anzahl der Teilnehmer pro Quartal mitgeteilt.“

- (8) Die Vertragsärzte, die die eKOS-Applikation integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von EUR 4,00 pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat (nicht jedoch vor dem Zeitpunkt der tatsächlichen Verpflichtung nach § 18 Abs 6) bis zum Ende des Jahres 2022 (vobehaltlich einer allfälligen Verlängerung). Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der Quartalsabrechnung über eine eigene Verrechnungsposition (eKOS1). Deren Abrechnung durch den Vertragspartner setzt seine aufrechte Zustimmung zur Überprüfung der integrierten Verwendung durch den Hauptverband voraus. Sollten die Überprüfungen ergeben, dass die e-Medikation nicht in Verwendung ist, können die weiteren Zahlungen unverzüglich eingestellt werden. Der Ärztekammer für Salzburg wird die Anzahl der Teilnehmer pro Quartal mitgeteilt."

Anhang A zu § 25 GV (Honorartarif) wird geändert wie folgt:

Die Positionen eMED1 und eKOS1 werden unter „Grundleistungen“ nach „Bereitschaftsdienst“ in einem eigenen Unterpunkt „e-Services (LA 04)“ ergänzt.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
eMED1	Wartungskostenzuschuss für die Verwendung der e-Medikation	20,00	€	30	Verrechenbar bei Verwendung der e-Medikation gem. § 25 Abs 7 Gesamtvertrag. Der Zuschuss gebührt einmal je Monat und wird im Zuge der Quartalsabrechnung ausbezahlt."
eKOS1	Wartungskostenzuschuss für die Verwendung von eKOS	4,00	€	30	Verrechenbar bei Verwendung der eKOS-Applikation gem. § 25 Abs 8 Gesamtvertrag. Der Zuschuss gebührt einmal je Monat und wird im Zuge der Quartalsabrechnung ausbezahlt.

IV. Stellenplan

Der Stellenplan (Anhang A/Allgemeinmedizin und Anhang B/Fachärzte zu § 3 GV) wird neu gefasst (siehe Anlagen).

V. Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag über die vertragliche Tätigkeit von Gruppenpraxen technischer Fächer

Punkt VI. in Abs 2 lit c) lautet: „Zytodiagnosik von 7%“

Angefügt wird: „d) Pathologie von 7,9 %“. Ab 1.1.2020 wird der Synergieabschlag auf 8,9 % angehoben.

VI. Einführung neuer Tarifpositionen

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
056	Zuschlag für eine medizinisch notwendige vordringliche Terminvergabe (Akuttermine binnen eines Tages, dringliche Termine binnen 5 Tagen) auf Anforderung des zuweisenden Vertragsarztes	10,00	€	31	Höchstens verrechnbar von: FÄ f. Augenheilkunde in 1 %, FÄ f. Chirurgie 1 %, FÄ f. Dermatologie 1 %, FÄ f. Gynäkologie 1,5 %, FÄ f. Innere Medizin 2,5 %, FÄ f. Kinder- und Jugendheilkunde in 2 %, FÄ f. HNO in 2,5 %, FÄ f. Lungenkrankheiten 2,5 %, FÄ f. Orthopädie 1 %, FÄ f. Physikalische Medizin 2,5 %, FÄ f. Unfallchirurgie 1 %, FÄ f. Urologie in 2 %, FÄ f. Neurochirurgie 1,5 %, FÄ f. Neurologie in 1 %, FÄ f. Psychiatrie 5 % und FÄ f. Kinder- und Jugendpsychiatrie 2,5 % der Pauschalfälle aller Kassen pro Arzt und Quartal. Nur verrechenbar mit Überweisung/Zuweisung, wenn der Patient in den zurückliegenden 6 Monaten nicht beim verrechnenden Facharzt war. Die Position gebührt in jenen Fällen auch ohne Grundvergütung, in denen der Patient im selben Quartal (mit Regelfall) bereits einen Vertragsarzt desselben Faches in Anspruch genommen hat, der die notwendige Untersuchung bzw Behandlung aber (aus anderen als rein organisatorischen Gründen) nicht erbringen kann. Nach Abrechnung des 4. Quartals erfolgt: 1. für jene Vertragsärzte, die zumindest in einem Quartal die Limitgrenze überschritten haben, ein Jahresausgleich: Jene Zuschläge (Pos. 56), die bei Anwendung des Limits auf die Summe der Pauschalfälle des gesamten Abrechnungsjahres honoriert werden könnten, in einzelnen Quartalen aber wegen Limitüberschreitung nicht honoriert worden waren, werden (nach)bezahlt. 2. der Differenzbetrag aus dem im abgelaufenen Kalenderjahr für alle Kassen bei Limitausschöpfung maximal verrechenbaren Höchstsumme und der nach gemäß Punkt 1 erfolgtem Ausgleich tatsächlich honorierten Summe wird durch die Zahl der tatsächlich honorierten Positionen geteilt und den einzelnen Vertragsärzten entsprechend den ihnen jeweils honorierten Positionen nicht tarifwirksam nachgezahlt.

In § 25 Abs 4 Gesamtvertrag lautet der Schluss: „ sowie Pos 055 bis 057)“

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
008	Quartalspauschale für Koordinationsleistungen (Kontakte insbesondere mit Erziehungsberechtigten, Betreuungseinrichtungen, Jugendwohlfahrtsbehörden, u. dgl), denen im selben Quartal kein Regelfall folgt.	2019: 7.500,00 2020: 9.125,00	€	32	Diese Pauschale wird je vollständigem Quartal der Vertragstätigkeit ohne gesonderte Verzeichnung ausbezahlt.
35310	Kinder- bzw. jugendpsychiatrische Erstuntersuchung <u>Beinhaltet:</u> 1. Untersuchung (je vollendete 30 Minuten): - Anamneseerhebung, - Kinder- bzw. jugendspezifischer psychiatrischer Status, erforderlichenfalls auch neurologischer und/oder somatischer Status) mittels altersspezifischer Verfahren; 2. Beurteilung, Therapieplanung bzw. -empfehlung, Dokumentation: - (multiaxiale) Diagnosestellung, - Erstellung eines gegebenenfalls mit anderen Leistungserbringern (z.B. Psycho- und/oder Ergotherapeuten) abzustimmenden Behandlungsplanes, - im Falle der (Zurück-)verweisung an einen anderen Leistungserbringer: Genaue schriftliche Therapieempfehlung, - Dokumentation.	12,00	P	32	Verrechenbar maximal 2mal pro Krankheitsfall und Patient sowie pro Arzt und Quartal insgesamt in höchstens 67 % der Pauschalfälle (reziprok-degressives Limit; gemäß Anmerkung**)). Für das 1. Quartal der Vertragstätigkeit wird das Limit auf 200 % der Pauschalfälle, für das 2. Vertragsquartal auf 160 %, für das 3. Vertragsquartal auf 120 %, für das 4. Vertragsquartal auf 90 % angehoben. Nach Ablauf von 6 Monaten ab erstmaliger Verrechnung der Erstuntersuchung kann diese Position für denselben Patienten neuerlich nur verrechnet werden, wenn ein neuer Erkrankungsfall vorliegt und in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt stattfand. Die Position ist im selben Quartal nicht gemeinsam mit den Pos. 352, 361, 3533 und am gleichen Tag nicht gemeinsam mit der Pos. 080, 085, 351, 374 bis 379, 35315, 35316, 3535 bis 3537 verrechenbar. Anamnese, Befunde, Diagnostik und Behandlungsplan (-empfehlung) sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
35314	Fortsetzung/Erweiterung der Kinder- bzw. jugendpsychiatrischen Erstuntersuchung je zusätzlich vollendete 15 Minuten Untersuchungszeit	3,50	P	32	Verrechenbar nur binnen 3 Monaten ab Beginn der Erstuntersuchung. Diese Pos. sowie die Pos. 35316 können insgesamt pro Arzt und Quartal in höchstens 60 % der Pauschalfälle verrechnet werden (degressives Limit*). Das Limit wird für das 1. Quartal der Vertragstätigkeit auf 120 %, für das 2. Quartal auf 100 %, das 3. Quartal auf 80 %, das 4. Quartal auf 70 % angehoben. Die Position ist im gleichen Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 3533, 361 und am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 080, 085, 352, 374 bis 379, 35316, 3535 bis 3537 verrechenbar und mit der Pos.

					351, 35315 nur, wenn die Leistung auch in zeitlicher Hinsicht zusätzlich erbracht wird.
35315	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines kinder-/jugendpsychiatrisch Kranken / neurologisch Kranken in der Dauer von im Allgemeinen 15 Minuten	2,50	P	32	Die Pos. darf nur mit dem Behandlungsfall des Patienten verrechnet (also dafür kein Behandlungsfall für die Bezugsperson abgerechnet) werden. Ordinationen, Visiten oder andere Leistungspositionen dürfen nur für die Behandlung des Patienten selbst für diesen verrechnet werden, wenn sie (auch in zeitlicher Hinsicht) zusätzlich zur Fremdanamnese erfolgen. Die ausführliche Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der SGKK auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Am selben Tag nicht gemeinsam mit Pos. 351 oder 35316 verrechenbar.
35316	Gespräch mit den Eltern des/der Minderjährigen in der Ordination je vollendete 15 Minuten Gesprächszeit	3,50	P	32	Die Pos. darf nur mit dem Behandlungsfall des Patienten verrechnet (also dafür kein Behandlungsfall für die Bezugsperson abgerechnet) werden. Ordinationen, Visiten oder andere Leistungspositionen dürfen nur für die Behandlung des Patienten selbst für diesen verrechnet werden, wenn sie (auch in zeitlicher Hinsicht) zusätzlich zum Elterngespräch erfolgen. Die Pos. unterliegt einer gemeinsamen Limitierung mit Pos. 35314 (siehe dort). Die Position ist im gleichen Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 3533, 361 und am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 080, 085, 351, 352, 374 bis 379, 35310, 35314, 35315, 3532, 3536 und 3537 verrechenbar. Mit der Pos. 3535 nur verrechenbar, wenn die Intervention mit dem Patienten zeitlich gesondert erfolgt(e) und das Gespräch mit den Eltern ohne den Patienten geführt wird.
3532	Zuschlag für den ergänzenden Einsatz (und die fachärztliche Auswertung) von standardisierten Checklisten und Scalen, die bei spezifischem Krankheitsverdacht zur Diagnostik, Therapieplanung und Verlaufskontrolle erforderlich sind	8,00	P	32	Verrechenbar 1mal pro Patient und Quartal und insgesamt in maximal 25 % der Pauschalfälle (reziprok-degressives Limit; gemäß Anmerkung **)), sofern die Leistung zeitlich wie inhaltlich zusätzlich zur Untersuchung (Pos. 35310 bzw. 35314 bzw. 3533) erbracht wird. Das Limit wird für das 1. und 2. Vertragsquartal auf 50 % der Pauschalfälle angehoben. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre

					aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
3533	Aktualisierung von Statuserhebung und Gesamtbehandlungsplan Beinhaltet die Adaptierung/Ergänzung der in Pos. 35310 festgelegten Leistungsinhalte hinsichtlich relevanter Veränderungen und einer darauf aufbauenden Anpassung des Gesamtbehandlungsplanes	4,00	P	32	Die Position ist im selben Quartal nicht gemeinsam mit der Pos. 35310, 35314, 35316 verrechenbar. Verrechenbar pro Patient und Quartal höchstens 2mal, sowie pro Arzt und Quartal in höchstens 62 % der Pauschalfälle (reziprok degressives Limit; gemäß Anmerkung**)). Die Position ist im 1. Vertragsquartal nicht verrechenbar. Das Limit wird für das 2. Vertragsquartal auf 20 % und das 3. und 4. Vertragsquartal auf 40 % der Pauschalfälle gesenkt**). Am gleichen Tag nicht gemeinsam mit den Pos. 080, 085, 351, 352, 374 und 35315 verrechenbar. Verrechenbar (ausgenommen Ordinationen und Visiten) mit anderen Positionen nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird.
3534	Kinder- und jugendpsychiatrischer Koordinationszuschlag Die Position ist verrechenbar für persönliche (auch telefonische) sozialpsychiatrische Beratungen je volle 10 Minuten mit anderen Behandlern (insbesondere mitbehandelnde Ärzte, Psychotherapeut, klinischer Psychologe, Ergotherapeut), Institutionen (Krankenanstalten, betreute Wohn- bzw. pädagogische Einrichtungen und dergleichen), sowie mit Angehörigen (soweit es sich nicht um eine Fremdanamnese, die mit der Pos. 35315 zu verrechnen ist, bzw. um ein Elterngespräch, in der Ordination das mit der Pos. 35316 zu verrechnen ist, handelt).	15,00	€	32	Verrechenbar pro Arzt und Quartal in höchstens 100 % der Pauschalfälle. Eine gemeinsame Verrechnung mit der Pos. 35315 bzw. 35316 kommt nur in Betracht, wenn die Fremdanamnese bzw. das Elterngespräch persönlich erfolgt(e) und die Koordinationstätigkeit zeitlich gesondert mit einer anderen Person erfolgt. Findet im Quartal lediglich eine Koordinationstätigkeit statt, verrechnet der Vertragsarzt nach positiver Anspruchsprüfung mit der Ordinationskarte lediglich die Pos. 3534 auf einem Behandlungsfall ohne Grundvergütung (Scheinart 1 oder 2 mit Zusatzcode 00). Sollte zu einem späteren Zeitpunkt der Patient doch noch in die Ordination kommen, wird nach e-card-Anspruchsprüfung der entsprechende Behandlungsfall abgebucht, der Behandlungsfall ohne Grundvergütung storniert und die Pos. 3534 auf den neuen Behandlungsfall übertragen. Der Behandlungsverlauf und alle Interventionen bzw. Beratungen sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 3 Jahre aufzubewahren und der SGKK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
3535	Kinder- und jugendpsychiatrische Intervention (mindestens 25 Minuten)	5,60	P	32	Am selben Tag nicht mit Pos. 080, 085, 351, 374 bis 379, 35310 und 3536

					verrechenbar, mit anderen Positionen nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. Bei einer parallel laufenden Psychotherapie (z.B. bei Psychotherapeuten) höchstens 3mal Pos. 3535 und 3mal Pos. 3536 (anstelle der Pos. 3536 3 weitere Pos. 3535, insgesamt sohin höchstens 6mal Pos. 3535) pro Patient und Quartal verrechenbar. Alle Interventionen sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
3536	Kinder- und jugendpsychiatrische Intervention (mindestens 50 Minuten)	9,00	P	32	Es gelten die Bestimmungen zu Pos. 3535 entsprechend.
3537	Kinder- und jugendpsychiatrische Interaktionsdiagnostik (inkl. Video) Diagnostik von Interaktions- und Verhaltensauffälligkeiten zwischen einem Kind und dessen Bezugsperson(en) mittels Video, inkl. Auswertung und ausführlicher Dokumentation von Befund und therapeutischen Konsequenzen (Interventionen)	20,00	P	32	Verrechenbar 1mal pro Patient und Quartal und pro Arzt und Quartal höchstens in 2 % der Pauschalfälle (degressives Limit*). Am selben Tag nicht gemeinsam mit Pos. 374 bis 379, 35310, 35314, 35315, 35316, 3532, 3535, 3536 sowie Gruppentherapien verrechenbar.
3538	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) Gemeinsame Sitzung mit Eltern bzw. Erziehungsberechtigten (allenfalls sonstigen Bezugspersonen), Lehrern, Erziehern, Ausbildern, anderen Behandlern (z.B. Psychotherapeuten, Ergotherapeuten), Sozialarbeitern, wenn eine bloße Koordinationstätigkeit (Pos. 3534) nicht ausreichend ist.	18,00	P	32	Verrechenbar 1mal pro Patient und Tag und pro Arzt und Quartal höchstens in 10 % der Pauschalfälle (degressives Limit*). Für diese Konferenz darf (dürfen) – ausgenommen Pos. 050 und allfällige Wegegebühren (Pos. 018) – keine weitere(n) Leistungen (auch keine Pos. 3534, 35315 oder 35316) verrechnet werden.
3539	Kinder- und jugendpsychiatrische Kleingruppe (45 Minuten), 3 Kinder bzw. Jugendliche	3,20	P	32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; die Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 gelten entsprechend. Die Gruppentherapien sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Für jedes Quartal ist eine gesonderte Auflistung der durchgeführten Gruppentherapien mit Datum, Beginn und Ende der Sitzung, Namen und Versicherungsnummern der teilnehmenden Patienten sowie zuständiger Versicherungsträger vorzulegen (mit vereinbartem Formblatt). Für größere Gruppen können die Pos. 38804 bis 38913 entsprechend verrechnet werden.

****) Anmerkung zu Pos. 35310, 3532 und 3533 (Berechnung des reziprok degressiven Limits):**

- 1. Das jeweils angegebene Verrechenbarkeitslimit (Prozent pro Arzt und Quartal) verändert sich im Falle, dass mehr als 200 Pauschalfälle (x) abgerechnet werden, nach folgender Formel:**

Beispiel: $\frac{200}{2x - 200}$

230 Pauschalfälle: $\frac{200}{460 - 200} = 0,7692$

Das Limit beträgt dann z.B. für die Pos. 35310 nicht mehr 67 %, sondern 51,54 % ($67 \times 0,7692$).

- 2. Leistungen, die über den Limitrahmen hinaus abgerechnet werden, werden bis höchstens zum doppelten Limitrahmen zum halben Tarif honoriert:**

Beispiele:

a) 180 Fälle, Pos. 3533, Limit 62 %

111,6mal voller Tarif, 111,6mal halber Tarif

b) 240 Fälle, Pos. 3533 (Limit gekürzt von 62 % auf 44,2857 %)

max. 106,29mal zum vollen Tarif und

max. 106,29mal zum halben Tarif

3. Jahresausgleich

Für die Positionen mit reziprok-degressivem Limit erfolgt im Zuge der Abrechnung des 4. Quartals ein sogenannter Jahresausgleich, welcher unterjährige Schwankungen der Pauschalfälle ausgleichen soll. Dazu werden einerseits die für das abgelaufene Kalenderjahr (Abrechnungsjahr) tatsächlich abgerechneten Pauschalfälle addiert und durch Gegenüberstellung der mit der Anzahl der Vertragsquartale vervielfachten Limitgrenze ein neuer Limitprozentsatz ermittelt. Auf dieser Basis erfolgt eine Neuberechnung des Honorares für jedes Abrechnungsquartal für die davon betroffenen Positionen. Sollte es dadurch zu einem höheren Positionshonorar kommen als durch die Quartalsabrechnung bereits ausbezahlt wurde, werden die überschreitenden Beträge nachgezahlt.

Allgemeines:

Die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind verpflichtet, **wöchentlich für mindestens 30 Behandlungsstunden** für Anspruchsberechtigte zur Verfügung zu stehen, wovon **mindestens 9 Stunden als offizielle Ordinationszeiten** vereinbart werden (Erreichbarkeit für Versicherte ohne fixen Behandlungstermin).

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
388	Psychiatrische Kurzintervention, auch telefonisch mindestens 15 Minuten (telefonisch inkl. Dokumentation),	3,3	P	20	Verrechenbar maximal zweimal pro Patient und Tag sowie in höchstens 100% ¹ der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos 080, 085, 374 bis 378, 381 bis 384, 386 und 387.
390	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) unter Beiziehung von zumindest zwei behandlungsrelevanten Akteuren (etwa Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeut, Pflegekraft, Betreuer für Wohnen bzw Arbeit), nicht aber für die Beiziehung familiärer Bezugspersonen, wenn eine bloße Koordinationstätigkeit (Pos. 385) nicht ausreichend ist.	18,0	P	20	Verrechenbar 1mal pro Patient und Tag und pro Arzt und Quartal höchstens in 2 % der Pauschalfälle. Für diese Konferenz darf (dürfen) – ausgenommen Pos. 050 und allfällige Wegegebühren (Pos. 018) – keine weitere(n) Leistungen verrechnet werden.

¹ Vereinbart wird, dass bis spätestens 3 Monate nach Abrechnung des 4. Quartals 2020 eine entsprechende und fortwirkende Absenkung des Limits erfolgt, wenn (und so weit) der Fallwert des Fachgebietes Psychiatrie (§ 2-Kassen) im Vergleich zum Fallwert des Jahres 2018 in den Jahren 2019 und 2020 insgesamt um mehr als 6 % angestiegen ist.

VII. Änderungen bestehender Leistungspositionen

1. Änderungen ab 01.01.2019:

Pos. 009 - Zweitordinationszuschlag für den Mehraufwand des Betriebs einer Zweitordination: Der Tarif wird auf € 1.000,00 angehoben. Anmerkung wird ergänzt: „Gilt analog für dislozierte Gruppenpraxen.“

Pos. 048 - Zuschlag für eine eingehende hausärztliche Erstanamnese (zumindest 15-20 Minuten): Der Tarif wird auf € 20,00 angehoben. Die Anmerkung wird am Schluss wie folgt ergänzt: „Das Limit wird (ausgenommen für Teilgruppenpraxen) ab Umwandlung einer Einzelstelle in eine Gruppenpraxis und bei Gesellschafterwechsel für zwei Quartale auf 4% der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal angehoben.“

Pos. 054 - Zuschlag zur Grundvergütung für die Behandlung von Kindern vor Vollendung des 6. Lebensjahres: Der Tarif wird auf 1,00 Punkte angehoben.

Pos. 055 - Zuschlag zur Grundvergütung für die hausärztliche Koordination der Diagnostik und Behandlung ...: Der Tarif wird auf € 12,50 angehoben und das Limit wird auf 42% erhöht.

Pos. 059 – Zuschlag für dringende Ordination...: Der Beginn des zweiten Satzes der Anmerkung lautet: "Keinesfalls verrechenbar bei vereinbarten Terminen (bestellte Patienten, ausgenommen in den Fällen gemäß Pos. 056), Serienbehandlungen" (Der übrige Text der Anmerkung bleibt unverändert)

Pos. 063 – Visite in Alters- oder Pflegeheimen...: Die Anmerkung wird nach „...abgerechnet wurde (Altersheimvisite),...“ wie folgt geändert "...im Schnitt maximal 10-mal honoriert und zwar in diesem Rahmen insgesamt höchstens 5,5-mal je honorierter Position 061 und 06101 mit dem vollen Tarif und darüber hinaus mit der Hälfte..." (Der übrige Text der Anmerkung bleibt unverändert.)

Die Änderung des Limits tritt zum Verbrauch bestehender Guthaben aus dem für die Pos. 06101 bis 06402 vereinbarten Gesamtaufwand rückwirkend mit 01.01.2018 in Kraft.

Die Anmerkung zu den Pos. 06101 bis 06402 lautet: „Der jährliche Gesamtaufwand für die Pos 06101, 062, 06202, 063, 06301, 064, 06401 und 06402 ist begrenzt (für 2018 mit € 2.102.254,63). Dieser Gesamtaufwand wird für die Folgejahre gemäß § 30 Abs 1 Gesamtvertrag angepasst. Bei Nichtausschöpfen dieser Mittel kann im Einvernehmen der Gesamtvertragsparteien eine (allenfalls auch rückwirkende) Anhebung der Tarife bzw. der Limits der vom Gesamtaufwand erfassten Positionen erfolgen; bei Unterdeckung erfolgt deren aliquote Verminderung; beides mit dem Ziel eines ausgeglichenen Jahresergebnisses. Aus den Vorjahren errechnete sich zum 31.12.2017 ein Guthaben in Höhe von € 140.971,70, das zum Verbrauch in künftigen Jahren zur Verfügung steht.“

Pos. 080 - Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil ...: Der Tarif wird auf € 13,00 angehoben. Das Limit wird bei FG 08 auf 29%, bei FG 10 auf 19% und bei FG 18 auf 31% angehoben.

Pos. 249 - Gyn. Zytologie, nur bei Vorsorgeuntersuchung / 250 - Gynäkologische Zytologie ...: Der Tarif wird auf € 8,89 angehoben.

Pos. 250Z - Zuschlag zu den Pos. 249 bzw. 250 für eine Mehrzahl an Präparaten pro Untersuchung: Der Tarif wird auf € 4,85 angehoben.

Pos. 257 – Gleichgewichtsprüfung: Der Tarif wird auf 2,50 Punkte angehoben.

Pos. 279 - Messung otoakustischer Emissionen: Der Tarif wird auf 2,50 Punkte angehoben.

Pos. 285 - Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie ...: Der Tarif wird auf 0,76 Punkte angehoben.

Pos. 302 - Gastroskopie inkl. Biopsie bzw. Polypenentfernung mit Biopsiezange: Der Tarif wird auf 11,50 Punkte angehoben und folgende Anmerkung ergänzt: „Der Leistungsinhalt und die für die Abrechnung notwendigen Qualitätsvoraussetzungen sind einzuhalten wie folgt¹:

¹ Anmerkung zur Pos. 302:

- 1.) Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung der Gastroskopie (ÖGD) ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte über die Durchführung und Verrechnung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen i.d.g.F. festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen gastrokopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskop-Waschmaschine“).
- 2.) Mit den Tarifen sind die Kosten der ÖGD, die in Zusammenhang damit erforderliche Aufklärung und Befundmitteilung, eine allfällige Anästhesie (s. Punkt 3), eine allfällige Probeexcision, die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Erforderliche Biopsien von entzündlichen, präkanzerösen und malignomsuspekten Läsionen werden einer histologischen Untersuchung zugeführt werden.
- 3.) Die diagnostische ÖGD kann mit Rachenanästhesie und/oder unter periprozeduraler Sedierung erfolgen. Für Letztere kann die Pos. 102 verrechnet werden, es sei denn es wird zugleich eine Coloskopie durchgeführt (deren Tarif die Sedierung bereits enthält). Die Durchführung in Sedierung muss immer angeboten werden. Sedativum und Antidot werden als Ordinationsbedarf zur Verfügung gestellt. Die Sedierung erfordert jedenfalls deren Überwachung mittels Pulsoxymeter. Das eingesetzte Personal muss eine entsprechende Ausbildung über die Geräteaufbereitung, Versorgung des Zubehörs und das Verhalten in Notfällen absolviert haben (z.B. Basiskurs für Endoskopie-Assistenzpersonal des IVEPA oder gleichwertige Ausbildung). Bei schon bisher vom untersuchungsberechtigten Vertragsfacharzt über zumindest 1 Jahr verwendetem Personal wird von der Erfüllung dieser Kriterien ausgegangen
- 4.) Endoskopische Eingriffe sollen in dafür eingerichteten Räumlichkeiten durchgeführt werden, die alle Apparate und Instrumente für den Eingriff selbst, die Patientenbetreuung, Sedierung und Überwachung bereithalten. Eine einsatzbereite apparative Notfallausstattung muss vorgehalten werden (Beatmungsbeutel, Absaugvorrichtung, Rufmöglichkeit für unbeaufsichtigte Patienten in der Nachbetreuung).
- 5.) Die Untersuchung muss mit einem Videoendoskop erfolgen, das für die Durchführung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Biopsie, ggf. Polypektomie, Blutstillung) ausgerüstet ist. Jede diagnostische ÖGD soll komplett erfolgen, sofern keine Kontraindikationen vorliegen (verbliebene Speisereste im Magen, nicht passierbare

Stenose). Neben der Dokumentation von pathologischen Befunden soll der im Rahmen der Gastroskopie tiefste erreichte Punkt bildlich dokumentiert werden.

6.) Die Dokumentation ist 10 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen vorzulegen.

7.) Hygiene:

- a) Die maschinelle chemothermische Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs ist eine zwingende Voraussetzung für die Erbringung und Verrechnung der Gastroskopie. Eine manuelle Aufbereitung (gemäß Anleitung der Lieferfirma mit Unterschrift des durchführenden Personals) ist nach Maßgabe bestehender sanitätsrechtlicher Vorgaben nur in Notfällen zulässig.
- b) Einmal pro Kalenderjahr ist in der Arztpraxis eine hygienisch-mikrobiologische Überprüfung der Endoskop-Aufbereitung durch einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder eine dafür akkreditierte Institution nach den aktuellen Richtlinien der ÖGGH bzw. Erlassen des Gesundheitsministers durchzuführen (jedenfalls Durchspülung der Endoskopiekanäle und der Gewinnung von Abstrichen von Endoskopstellen, die der Reinigung und Desinfektion schwer zugänglich sind, sowie Probenahme von den während der Gastroskopie verwendeten Lösungen der Optikspülsysteme).
- c) Die Hygieneanforderungen gelten als erfüllt bei:
 - fehlendem Nachweis von Faekalkeimen wie Escherichia coli, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken,
 - fehlendem Nachweis von Pseudomonas aeruginosa, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern,
 - fehlendem Nachweis von weiteren hygienerelevanten Erregern wie Staphylococcus aureus sowie
 - maximaler Keimbelastung von 10 KBE pro ml in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung der Optikspülsysteme.
- d) Werden die o.a. Anforderungen erfüllt, hat die nächste Überprüfung innerhalb des nächstfolgenden Kalenderjahres zu erfolgen.
- e) Werden die o.a. Anforderungen nicht erfüllt, hat eine neuerliche Überprüfung binnen 4 Wochen zu erfolgen. Werden auch dann die Anforderungen nicht erfüllt, verliert der Vertragsarzt die Abrechnungsbefugnis für endoskopische Untersuchungen. Dasselbe gilt, wenn der Vertragsarzt keine Hygieneüberprüfung durchführen lässt.
- f) Der SGKK sind auf Verlangen die Durchführung der Hygieneuntersuchungen und deren Ergebnis im Wege über die Ärztekammer bekannt zu geben.

Pos. 305 – Koloskopie ...: Der Tarif wird auf 29,00 Punkte angehoben.

Pos. 365 - Elektroencephalogramm mit Befundaufzeichnung: Der Tarif wird auf 7,85 Punkte angehoben.

Pos. 375 – Verbale Intervention: Die Position ist nicht mehr von Fachärzten für Psychiatrie verrechenbar.

Pos. 417 - Blaseninstillation mit Zytostatika: Der Tarif wird auf 1,55 Punkte angehoben.

Pos. 418 - Evakuierung einer Blasentamponade: Der Tarif wird auf 5,10 Punkte angehoben.

Pos. 425 - Uroflowmetrie einschl. Registrierung: Der Tarif wird auf 2,05 Punkte angehoben.

Pos. 4141 – Zystoskopie inkl. Urethroskopie ...: Der Tarif wird auf 9,50 Punkte angehoben.

Pos. 4142 - Zystoskopie inkl. allenfalls notwendiger Probeexcision: Der Tarif wird auf 5,80 Punkte angehoben.

Pos. 4143 – Urethroskopie: Der Tarif wird auf 3,70 Punkte angehoben.

Positionen 4700 und 4711 bis 4720: Die Anmerkung zu den Positionen 4700 und 4711 bis 4720 wird der Text in der Klammer im vorletzten Satz wie folgt geändert: „(Pos. 4611 bis 4614 und Pos. 4621 bis 4624; je 1,15 Punkte je verrechneter Position)“

Pos. 511 - Bi-direktionale Dopplersonographie der Extremitäten: Der Tarif wird auf € 14,44 angehoben.

Pos. 5112 - Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Extremitätenvenen ...: Der Tarif wird auf € 30,30 angehoben.

Pos. 5113 - Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Extremitätenvenen ...: Der Tarif wird auf € 38,38 angehoben.

Pos. 5114 - Zuschlag für (die Pos. 5112 bzw. 5113 ergänzende) farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Extremitätenarterien ...: Der Tarif wird auf € 5,45 angehoben.

Pos. 5115 - Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Extremitätenarterien ...: Der Tarif wird auf € 42,42 angehoben.

Pos. 5116 - Zuschlag für (die Pos 5115 ergänzende) farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie ...: Der Tarif wird auf € 16,16 angehoben.

Pos. 5117 - Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der abdominellen arteriellen Gefäße ...: Der Tarif wird auf € 30,30 angehoben.

Pos. 512 - Gynäkologischer Ultraschall ...: Das Limit wird auf 31% angehoben.

Pos. 756 - Small-Part-Sonographie ...: Der Tarif wird auf € 21,00 angehoben.

Pos. 757 - Sonographie der Halsweichteile beidseits ...: Der Tarif auf € 28,00 angehoben.

Anpassung der Rabattstaffel:

1. Stufe: bis € 170.778

2. Stufe: von € 170.778,01 bis € 227.703

3. Stufe: von € 227.703,01 bis 341.557

4. Stufe: ab € 341.557,01

Anpassung Beispiel Rabattstaffel:

Beispiel Quartalsumsatz: € 345.000

bis € 170.778 volles Honorar

für € 56.924,99 – 90% – € 51.232,49

für € 113.853,99 – 85% – € 96.775,89

für € 3.443,02 – 80% – € 2.754,42

Summe: € 321.540,80

Pos. DMP3 - Erstbetreuung mit elektronischer Dokumentation: Der Tarif wird auf € 64,00 angehoben.

Pos. DMP4 - Weiterbetreuung mit elektronischer Dokumentation: Der Tarif wird auf € 32,00 angehoben.

Pos. PA - Präoperative Abklärung: Der Tarif wird auf € 33,00 angehoben.

Punktewerte 2019:

Punkt看wert für Einzelleistungen: Der Punkt看wert wird auf € 8,26 angehoben. Für Einzelleistungen im erweiterten Limitrahmen (degressives Limit) wird der Punkt看wert auf € 4,13 angehoben.

Punkt看wert für Röntgenleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte: Der Punkt看wert wird auf € 3,11 angehoben.

Punkt看wert für Physiotherapie durch Ärzte und Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte: Der Punkt看wert wird auf € 4,35 angehoben.

Punkt看wert für Physiotherapie durch Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation Pos. 4611 – 4664: Der Punkt看wert wird auf € 11,05 angehoben.

Punkt看wert für Physiotherapie durch Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation Pos. 4700 sowie 4711 - 4720: Der Punkt看wert wird auf € 8,58 angehoben.

Punkt看wert für Röntgendiagnostik und Therapie durch Fachärzte für Radiologie – Organtarif: Der Punkt看wert wird auf € 6,16 angehoben.

Punkt看wert für das Laborleistungen durch medizinisch-diagnostische Untersuchungsanstalten: Der Punkt看wert wird auf € 1,0190 angehoben. Die unter Punkt (LG 14/LA 00) 9.4 festgeschriebene Honorarautomatik wird für das Jahr 2019 ausgesetzt.

Nicht gesondert geregelte Operationen (LA 01) 2019:

Pos. 2001 - Operativer Eingriff – OP Gruppe I: Der Tarif wird auf € 44,90 angehoben.

Pos. 2002 - Operativer Eingriff – OP Gruppe II: Der Tarif wird auf € 81,60 angehoben.

Pos. 2003 - Operativer Eingriff – OP Gruppe III: Der Tarif wird auf € 138,80 angehoben.

Pos. 2004 - Operativer Eingriff – OP Gruppe IV: Der Tarif wird auf € 204,00 angehoben.

Pos. 2005 - Operativer Eingriff – OP Gruppe V: Der Tarif wird auf € 325,40 angehoben.

Sämtliche Tarifpositionen aus dem Operationsgruppenkatalog LG15 (LA02 bis LA19) werden entsprechend angepasst.

2. Änderungen ab 01.01.2020

Pos. 009 - Zweitordinationszuschlag für den Mehraufwand des Betriebs einer Zweitordination: Der Tarif wird auf € 1.500,00 angehoben.

Pos. 054 - Zuschlag zur Grundvergütung für die Behandlung von Kindern vor Vollendung des 6. Lebensjahres: Der Tarif wird auf 1,10 Punkte angehoben.

Pos. 055 - Zuschlag zur Grundvergütung für die hausärztliche Koordination der Diagnostik und Behandlung ...: Der Tarif wird auf € 15,00 angehoben, das Limit wird auf 43% erhöht.

Pos. 080 - Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil ...: Der Tarif wird auf € 14,00 angehoben.

Pos. 081 – Heilmittelberatungsgespräch ...: Der Tarif wird auf € 10,00 angehoben.

Pos. 085 - Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch oder verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten ...: Der Tarif der bis höchstens 15% aller Pauschalfälle pro Arzt und Quartal verrechneten Pos 085 wird auf € 23 angehoben und bleibt zwischen 15 und 30% mit € 20,85 unverändert.

Pos. 160 - Optische Kohärenztomographie der hinteren Augenabschnitte ...: Das Limit wird auf 8% angehoben.

Pos. 249 - Gyn. Zytologie, nur bei Vorsorgeuntersuchung / 250 - Gynäkologische Zytologie ...: Der Tarif wird auf € 8,97 angehoben.

Pos. 250Z - Zuschlag zu den Pos. 249 bzw. 250 für eine Mehrzahl an Präparaten pro Untersuchung: Der Tarif wird auf € 4,90 angehoben.

Pos. 257 – Gleichgewichtsprüfung: Der Tarif wird auf 3,00 Punkte angehoben.

Pos. 279 - Messung otoakustischer Emissionen: Der Tarif wird auf 3,00 Punkte angehoben.

Pos. 285 - Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie ...: Der Tarif wird auf 0,77 Punkte angehoben.

Pos. 302 - Gastroskopie inkl. Biopsie bzw. Polypenentfernung mit Biopsiezange: Der Tarif wird auf 13,00 Punkte angehoben.

Pos. 305 – Koloskopie ...: Der Tarif wird auf 29,50 Punkte angehoben.

Pos. 417 - Blaseninstillation mit Zytostatika: Der Tarif wird auf 1,60 Punkte angehoben.

Pos. 418 - Evakuierung einer Blasentamponade: Der Tarif wird auf 5,20 Punkte angehoben.

Pos. 425 - Uroflowmetrie einschl. Registrierung: Der Tarif wird auf 2,10 Punkte angehoben.

Pos. 4141 – Zystoskopie inkl. Urethroskopie ...: Der Tarif wird auf 9,80 Punkte angehoben.

Pos. 4142 - Zystoskopie inkl. allenfalls notwendiger Probeexcision: Der Tarif wird auf 6,00 Punkte angehoben.

Pos. 4143 – Urethroskopie: Der Tarif wird auf 3,80 Punkte angehoben.

Pos. 512 - Gynäkologischer Ultraschall ...: Der Tarif wird auf € 28,36 angehoben, das Limit wird auf 32% angehoben.

Pos. 521 - Dopplersonographie (CW und/oder gepulster Doppler) des Herzens: Das Limit wird auf 18% angehoben.

Pos. 526 - Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates ...: Der Tarif wird auf € 28,20 angehoben.

Pos. 527 - Ultraschalluntersuchung der kindl. Hüfte im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht: Der Tarif wird auf € 28,20 angehoben.

Anpassung der Rabattstaffel:

1. Stufe: bis € 172.029
2. Stufe: von € 172.029,01 bis € 229.371
3. Stufe: von € 229.371,01 bis 344.060
4. Stufe: ab € 344.060,01

Anpassung Beispiel Rabattstaffel:

Beispiel Quartalsumsatz: € 350.000
bis € 172.029 volles Honorar
für € 57.341,99 – 90% – € 51.607,79

für € 114.688,99 – 85% – € 97.485,64

für € 5.940,02 – 80% – € 4.752,02

Summe: € 325.874,45

Pos. DMP3 - Erstbetreuung mit elektronischer Dokumentation: Der Tarif wird auf € 66,00 angehoben.

Pos. DMP4 - Weiterbetreuung mit elektronischer Dokumentation: Der Tarif wird auf € 33,00 angehoben.

Pos. PA - Präoperative Abklärung: Der Tarif wird auf € 34,00 angehoben.

Punktewerte 2020:

Punkt看wert für Einzelleistungen: Der Punkt看wert wird auf € 8,43 angehoben. Für Einzelleistungen im erweiterten Limitrahmen (degressives Limit) wird der Punkt看wert auf € 4,215 angehoben.

Punkt看wert für Röntgenleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte: Der Punkt看wert wird auf € 3,18 angehoben.

Punkt看wert für Physiotherapie durch Ärzte und Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte: Der Punkt看wert wird auf € 4,44 angehoben.

Punkt看wert für Physiotherapie durch Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation Pos. 4611 – 4664: Der Punkt看wert wird auf € 11,60 angehoben.

Punkt看wert für Physiotherapie durch Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation Pos. 4700 sowie 4711 - 4720: Der Punkt看wert wird auf € 8,75 angehoben.

Punkt看wert für Röntgendiagnostik und Therapie durch Fachärzte für Radiologie – Organtarif: Der Punkt看wert wird auf € 6,22 angehoben.

Punkt看wert für das Laborleistungen durch medizinisch-diagnostische Untersuchungsanstalten: Der Punkt看wert wird auf € 1,0254 angehoben. Die unter Punkt (LG 14/LA 00) 9.4 festgeschriebene Honorarautomatik wird für das Jahr 2020 ausgesetzt.

Nicht gesondert geregelte Operationen (LA 01) 2020:

Pos. 2001 - Operativer Eingriff – OP Gruppe I: Der Tarif wird auf € 45,80 angehoben.

Pos. 2002 - Operativer Eingriff – OP Gruppe II: Der Tarif wird auf € 83,30 angehoben.

Pos. 2003 - Operativer Eingriff – OP Gruppe III: Der Tarif wird auf € 141,60 angehoben.

Pos. 2004 - Operativer Eingriff – OP Gruppe IV: Der Tarif wird auf € 208,10 angehoben.

Pos. 2005 - Operativer Eingriff – OP Gruppe V: Der Tarif wird auf € 332,00 angehoben.

Sämtliche Tarifpositionen aus dem Operationsgruppenkatalog LG15 (LA02 bis LA19) werden entsprechend angepasst.

VIII. Medikamentenvereinbarung

Die zum Ärzte-Gesamtvertrag getroffene Vereinbarung über patientenorientierte und kosteneffektive Medikamentenverschreibung vom 09.06.2010 wird bis zum 31.12.2020 verlängert.

IX. Honorarautomatik

§ 30 Abs 2 Gesamtvertrag kommt bis 31.12.2020 nicht zur Anwendung.

X. Inkrafttreten

Die Zusatzvereinbarung tritt, sofern nicht anders bestimmt, mit 01.01.2019 in Kraft. Eine Kündigungserklärung der Gesamtverträge ist bis zum Ablauf des 31.12.2020 ausgeschlossen.

Salzburg, Wien, am _____

Salzburg, Wien, am 31. Jan. 2019

ÄRZTEKAMMER FÜR SALZBURG

Der Präsident:



Obmann der Kurie

der niedergelassenen Ärzte:



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER



Dr. Alexander Biach
Verbandsvorsitzender



Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor-Stellvertreter

SALZBURGER GEBIETSKRANKENKASSE
auch in Vollmacht für die übrigen
§ 2-Krankenversicherungsträger



Stellenplan der Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin inklusive Gruppenpraxen der Salzburger Gebietskrankenkasse

Aufstellung nach Gemeinden

Gemeinde	Anzahl Ist-Stand	Veränderung bis 2025	Anmerkungen
Insgesamt:	240,7	+15,0	Teilgruppenpraxen werden als eine Stelle gezählt, aber nicht gesondert in diesem Stellenplan vermerkt
Stadt - Salzburg:	64		davon eine Gruppenpraxis (mit 2 Vollzeitäquivalenten) in Taxham
Flachgau:	65,7		
Anif	2		
Anthering	1		
Bergheim	2		
Berndorf	1		
Bürmoos	2		
Dorfbeuern	1		
Ebenau	1		
Elixhausen	2		
Elsbethen	3		
Eugendorf	3		
Faistenau	2		
Fuschl/St. Gilgen	1,7	+0,8	Dislozierte Gruppenpraxis mit zweitem Standort St. Gilgen. Bei Bedarf Option zur Erweiterung um bis zu 0,8 VZÄ
Grödig	3		
Großgmain	1		
Hallwang	2		
Henndorf	2		
Hof	2		
Koppl	1		
Köstendorf	1		
Lamprechtshausen	1		
Mattsee	2		
Neumarkt	3		
Nußdorf	1		
Oberndorf	3		
Obertrum	2		
Seeham	1		
Seekirchen	4		
St. Georgen	1		
St. Gilgen/Fuschl	1,7	+0,8	siehe Fuschl
Straßwalchen	4		
Strobl	2		
Thalgau	2	+1,0	Option für Erweiterungsgruppenpraxis
Wals-Siezenheim	6		
Tennengau:	24		
Abtenau	3		
Adnet	1		
Annaberg	1	+0,4	Option zur Umwandlung in eine Erweiterung-/Bruchstellen-gruppenpraxis
Golling	2		
Hallein	8		

Gemeinde	Anzahl Ist-Stand	Veränderung bis 2025	Anmerkungen
Kuchl	3		
Oberalm	1		
Puch	2		
Rif	2		
Vigaun	1		
Versorgungsregion 51		+9,0	Diese VZÄ sind für die Schaffung von oder der Erweiterung oder Umwandlung bestehender Einzel- oder Gruppenpraxen in PVE* vorgesehen.
Pongau:	39		
Altenmarkt	2		
Bad Gastein	3		
Bad Hofgastein	3		
Bischofshofen	5		
Dorfgastein	1		
Eben	1		
Filzmoos	1		
Flachau	1		
Goldegg	1		
Großarl	3		
Hüttau	1		
Mühlbach	1		
Pfarrwerfen	1		
Radstadt	3		
Schwarzach	2		
St. Johann	5		
St. Veit	1		
Wagrain	2		
Werfen	2		
Pinzgau:	37		
Bramberg	2		
Bruck	2		
Kaprun	2		
Lend	1		
Leogang	1	+0,5	Option zur Umwandlung in eine Erweiterung-/Bruchstellengruppenpraxis
Lofer	2		
Maishofen	1		
Maria Alm	1		
Mittersill	3		
Neukirchen	1		
Niedersill	1		
Piesendorf	1	+1,0	Option für eine Erweiterungsgruppenpraxis
Rauris	1	+0,4	Option für eine Erweiterungs/Bruchstellengruppenpraxis
Saalbach	2		
Saalfelden	6		
Stuhlfelden	0		
Taxenbach	1		
Unken	1		
Uttendorf	1		
Wald	1		
Zell am See	6		

Gemeinde	Anzahl Ist-Stand	Veränderung bis 2025	Anmerkungen
Lungau:	11		
Mariapfarr	2		
Mauterndorf	2		
Ramingstein	1		
St. Michael	3		
Tamsweg	3		
Versorgungsregion 52		+6,0	Diese VZÄ sind für die Schaffung von oder der Erweiterung oder Umwandlung bestehender Einzel- oder Gruppenpraxen in PVE* vorgesehen.

* PVE=Primärversorgungseinheit. Sie ist vorzugsweise aus bestehenden Strukturen (Einzel/Gruppenpraxen) zu entwickeln und soll zumindest 3 VZÄ umfassen. Bis zum 31.12.2021 sollen bedarfsorientiert in der VR 51 zumindest 3 und in der VR 52 zumindest 2 PVE errichtet werden. Bilden sich PVEs aus bestehenden Strukturen, so sind diese auf die 15 PVE - VZÄ anzurechnen, um Parallel- und Doppelstrukturen zu vermeiden. Diese somit "freien" VZÄ / Stellen können im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse bedarfsorientiert für die Erweiterung bestehender Einzel- und Gruppenpraxen verwendet werden. Die Erweiterung in Fuschl/ St. Gilgen und die als "Option" angeführten Stellen sind auf die "freien" VZÄ / Stellen anzurechnen.

Stellenplan der VertragsfachärztInnen inklusive Gruppenpraxen der Salzburger Gebietskrankenkasse

Aufstellung nach Fachgebieten und Gemeinden

VZÄ = Vollzeitäquivalent

FC	Fachgebiet	Gemeinde	VZÄ = Vollzeitäquivalent		Anmerkungen
			Anzahl Ist-Stand	Veränd.	
	Insgesamt		219,75	+11,2	Teilgruppenpraxen werden als eine Stelle gezählt, aber nicht gesondert in diesem Stellenplan vermerkt
	Gesamt	Stadt - Salzburg	101		
3	Augenheilkunde u. Optometrie		12		die Stelle Dr. Schwaninger-Thill wird nach ihrem Ausscheiden zur Bildung einer Gruppenpraxis bzw. zweier Bruchstellengruppenpraxen verwendet
4	Chirurgie		4		
5	Haut- u. Geschlechtskrankheiten		9		
6	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe		11		
7	Innere Medizin		11		davon eine Stelle mit Zusatz Rheumatologie
8	Kinder- u. Jugendheilkunde		8		
9	Hals-Nasen- u. Ohrenkrankheiten		6		
10	Lungenkrankheiten		5		
12	Orthopädie u. Orthop. Chirurgie		6		
13	Physikalische Medizin		3		
14	Radiologie		4	+0,5	ab 01.07.2019 Erweiterungsgruppenpraxis Dr. Doring
16	Urologie		6		
18	Neurochirurgie		1		
19	Neurologie		4		
20	Psychiatrie		6	+0,5	Option zur Bildung einer Erweiterungs/Bruchstellengruppenpraxis
32	Kinder- u. Jugendpsychiatrie		1	+1,0	ab 2021
50, 55	Labor (med. chem. und Mikrobiologie)		1		Gruppenpraxis mit 4 Gesellschaftern (3 VZÄ)
52	Labor (zytodiagnostisch)		2		gynäkologische Zytologie
53	Labor (histologisch)		1		3 VZÄ für die Bereiche Histologie, extragenitale (Punktions-)Zytologie, Dermatohistopathologie
	Gesamt	Flachgau	25		
3	Augenheilkunde u. Optometrie	Neumarkt	1		
		Oberndorf	1		
		Seekirchen	1		
		Raum Oberndorf/Bürmoos	1		
		Hof	1		2019
5	Haut- u. Geschlechtskrankheiten	Neumarkt	1		
		Oberndorf	1		
		Raum Eugendorf	0	+0,7	zur Bildung einer Bruchstellengruppenpraxis mit zwei Standorten
6	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Neumarkt	1		
		Oberndorf	1		
		Seekirchen	1		
		St. Gilgen	1		

Anhang B zu § 3 GV

FC	Fachgebiet	Gemeinde	Anzahl Ist-Stand	Veränd.	Anmerkungen
7	Innere Medizin	Neumarkt	1		
		Oberndorf	1		
		Seekirchen	1		
8	Kinder- u. Jugendheilkunde	Oberndorf	1		
		Neumarkt	1		
		Seekirchen	1		ab 2020
9	Hals-Nasen- u. Ohrenkrankheiten	Neumarkt	1		
		Oberndorf	1		
10	Lungenkrankheiten	Neumarkt	1		
12	Orthopädie u. Orthop. Chirurgie	Neumarkt	1		
14	Radiologie	Neumarkt / (Oberndorf)	1	+0,5	Option bis 31.12.2025 für eine Teilgruppenpraxis und für eine Zweitordination im KH Oberndorf mit Zustimmung der SGKK (nur nach Vereinbarung zur Honorierung und Inanspruchnahme)
16	Urologie	Neumarkt	1		
20	Psychiatrie	Neumarkt	1		
		Oberndorf	1		
		Seengebiet	0	+1,0	ab 2020
	Gesamt	Tennengau	18		
3	Augenheilkunde u. Optometrie	Golling	1		
		Hallein	1		
5	Haut- u. Geschlechtskrankheiten	Hallein	1		
6	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Hallein	3		
7	Innere Medizin	Hallein	2		
8	Kinder- u. Jugendheilkunde	Hallein	2		
9	Hals-Nasen- u. Ohrenkrankheiten	Hallein	1		
10	Lungenkrankheiten	Hallein	1		
12	Orthopädie u. Orthop. Chirurgie	Hallein	1		
13	Physikalische Medizin	Hallein	1		
14	Radiologie	Hallein	1		Gruppenpraxis (siehe Anmerkung)
16	Urologie	Hallein	1		
19	Neurologie	Hallein	1		
20	Psychiatrie	Hallein	1	+0,5	zur Bildung einer Erweiterungs/Bruchstellengruppenpraxis
Versorgungsregion 51					
7	Innere Medizin			+2,0	Option zur Bildung von zwei bis vier Erweiterungs/Bruchstellenengruppenpraxen, Ausschreibung (mit Tätigkeitsschwerpunkt) je 1 VZÄ ab 2020 und 2023 im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse
19	Neurologie			+1,0	Option zur Bildung von zwei Erweiterungs/Bruchstellenengruppenpraxen im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse
	Gesamt	Pongau	35,5		
3	Augenheilkunde u. Optometrie	Bischofshofen	1		
		Radstadt	1		
		Schwarzach	1		
		St. Johann	1		
4	Chirurgie	Bischofshofen	1		
		Radstadt	1		
		Pongau	1		(Gefäßchirurgie)
5	Haut- u. Geschlechtskrankheiten	Bischofshofen	1		
		St. Johann	1		
		Radstadt/Altenmarkt **)	0,5		
6	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Bischofshofen	1		
		Schwarzach	1		
		St. Johann	1		
		Radstadt/Altenmarkt	1		

Anhang B zu § 3 GV

FC	Fachgebiet	Gemeinde	Anzahl Ist-Stand	Veränd.	Anmerkungen
7	Innere Medizin	Schwarzach	1		
		Radstadt/Altenmarkt	1		
		Bischofshofen	1		
		St. Johann	1		
8	Kinder- u. Jugendheilkunde	Bischofshofen	1		
		Enns-Pongau	1		dzt. Eben im Pongau
		St. Johann	1		
9	Hals-Nasen- u. Ohrenkrankheiten	Bischofshofen	1		
		St. Johann	1		
		Radstadt/Altenmarkt **)	0,5		
10	Lungenkrankheiten	St. Johann	1		
		Radstadt/Altenmarkt **)+)	0,5		
12	Orthopädie u. Orthop. Chirurgie	Bischofshofen	1		
		Radstadt/Altenmarkt **)	0,5		
13	Physikalische Medizin	Bischofshofen	1		
14	Radiologie	Bischofshofen	1	+0,5	Option bis 31.12.2025 für eine Erweiterungsgruppenpraxis
16	Urologie	Bischofshofen	1		
		Schwarzach	1		
		Radstadt/Altenmarkt **)		+0,5	ab 2020
19	Neurologie	St. Johann	1		
		Radstadt/Altenmarkt **)	0,5		
20	Psychiatrie	Bischofshofen	1		
		St. Johann	1		
		Salzachtal		+0,5	Option zur Bildung einer Erweiterungs-/Bruchstellengruppenpraxis
		Radstadt/Altenmarkt	1		
32	Kinder- u. Jugendpsychiatrie		1		
	Gesamt	Lungau	8,25		
3	Augenheilkunde u. Optometrie	Tamsweg	1		
4	Chirurgie	Tamsweg ***)	1		
5	Haut- u. Geschlechtskrankheiten	Tamsweg **)	0,5		
6	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Tamsweg ***)	1		zusätzlich Zweitordination Dr. Kindler/Mauterndorf
7	Innere Medizin	Tamsweg	1		
8	Kinder- u. Jugendheilkunde	Tamsweg	1		
9	Hals-Nasen- u. Ohrenkrankheiten	Tamsweg **)	0,5		
10	Lungenkrankheiten	Tamsweg **)+)	0,5		
12	Orthopädie u. Orthop. Chirurgie	Tamsweg **)	0,5		
16	Urologie	Tamsweg **)	0	+0,5	ab 2020
19	Neurologie	Tamsweg **)	0,5		
20	Psychiatrie	Tamsweg	0,75		
	Gesamt	Pinzgau	32		
3	Augenheilkunde u. Optometrie	Saalfelden	1		
		Zell am See	1		
		Mittersill	1		
4	Chirurgie	Zell am See	1		
5	Haut- u. Geschlechtskrankheiten	Zell am See	1		
		Saalfelden	1		
		Mittersill	1		
6	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Mittersill	1		
		Saalfelden	1		
		Zell am See	2		
7	Innere Medizin	Mittersill	1		
		Saalfelden	1		
		Zell am See	2		
8	Kinder- u. Jugendheilkunde	Saalfelden	1		
		Zell am See	1		
		Mittersill	1		
9	Hals-Nasen- u. Ohrenkrankheiten	Saalfelden	1		
		Zell am See	1		
10	Lungenkrankheiten	Saalfelden	1		Ausschreibungstermin im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse
		Zell am See	1		

Anhang B zu § 3 GV

FC	Fachgebiet	Gemeinde	Anzahl Ist-Stand	Veränd.	Anmerkungen
12	Orthopädie u. Orthop. Chirurgie	Saalfelden	1		
		Zell am See	1		
13	Physikalische Medizin	Zell am See	1		
14	Radiologie	Zell am See	0		
16	Urologie	Zell am See	1		
		Saalfelden	1		
19	Neurologie	Zell am See	1		
		Pinzgau	1		Einzel- oder Erweiterungs-Gruppenpraxis (mit der bestehenden Stelle) – der genaue Ausschreibungstermin wird einvernehmlich zwischen ÄKS und SGKK festgelegt
20	Psychiatrie	Mittersill	1		
		Saalfelden	1		
		Zell am See	1	+0,5	Option zur Bildung einer Erweiterungs/Bruchstellengruppenpraxis
Versorgungsregion 52					
7	Innere Medizin			+1,0	Option zur Bildung von ein (bis zwei) Erweiterungs(Bruchstellen)gruppenpraxen, Ausschreibung (mit Tätigkeitsschwerpunkt) je 0,5 VZÄ ab 2020 und 2023 im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse

- **) Jeweils ein Vertrag mit Ordinationssitz in Tamsweg und im Raum Radstadt/Altenmarkt (Zweitordination), hinsichtlich HNO und Lungenheilkunde gilt umgekehrt: Hauptordination im Raum Radstadt/Altenmarkt, Zweitordination in Tamsweg: Die Zweitordination (mit mindestens zwei Ordinationstagen pro Woche) ist binnen längstens zwei Jahren nach Invertragnahme zu eröffnen und mindestens für die Dauer von 10 Jahren zu betreiben. Eine vorzeitige, einseitige Aufgabe der Zweitordination stellt nur dann keinen Kündigungsgrund für den Einzelvertrag dar, wenn sowohl Scheinzahlen als auch Umsatz an beiden Ordinationssitzen zusammen 140% des jeweiligen Fachgruppenschnittes erreicht. Eine Aufgabe des Zweitordinationssitzes kommt sowohl in diesem Fall, wie auch nach 10 Jahren nur dann in Betracht, wenn der Vertragsfacharzt keine zusätzliche ärztliche Tätigkeit (freiberuflich oder in einem Anstellungsverhältnis), insbesondere in einer Krankenanstalt, ausübt (Vorrang der vertragsärztlichen Versorgungspflicht).
- ***) Nach Auslaufen der Konsiliarverträge im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse Nachbesetzung oder Entwicklung von Alternativen.
- +) Lungenkrankheiten Enns-Pongau / Lungau: Verpflichtung zu einer Zweitordination im Lungau / Tamsweg dann, wenn SGKK und ÄKS einvernehmlich zur Ansicht gelangen, dass finanziell akzeptable Bedingungen seitens des KH für eine Kooperation angeboten werden, wobei in diese Beurteilung die Fragen Miete für Räumlichkeiten, Geräte und Personal einzufließen haben, sowie auch die Frage Praxis-EDV. Zunächst - bei Einvernehmen SGKK / ÄKS - Verpflichtung zu zumindest einem Ordinationstag im Lungau, mit Möglichkeit der Erweiterung.

Anmerkung zur Radiologie Tennengau:

Spätestens nach Ausscheiden der derzeitigen Stelleninhaberin wird die Stelle in eine Gruppenpraxis (mit einem Honorarabschlag von 10 % auf die Tarife gemäß Honorarordnung) umgewandelt, wobei eine Kooperation mit dem KH Hallein anzustreben ist, deren Vertragsbedingungen der Zustimmung der SGKK bedürfen (um eine finanzielle Benachteiligung der SGKK durch Leistungsverchiebungen ohne einen adäquaten finanziellen Ausgleich durch das KH Hallein zu verhindern).