

Gebührenfrei gemäß § 110 Abs. 1 Ziffer 2 lit. a ASVG

## GESAMTVERTRAGLICHE VEREINBARUNG

vom 1.4.2016

abgeschlossen zwischen der

ÄRZTEKAMMER FÜR OÖ

und dem

HAUPTVERBAND DER ÖSTERR. SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 27.7.1956  
in der Fassung der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 20.7.1972 und der Zusatzvereinbarung vom 1.10.1998 über die Aufnahme der SVB als § 2-Kasse  
angeführten Krankenversicherungsträger

mit welcher

- a. das **38. Zusatzprotokoll** zum Ärzte-Gesamtvertrag vom 27.7.1956 in der Fassung der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 20.7.1972 hinsichtlich Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte,
- b. die Änderung der Regelung zum Sonn- und Feiertagsdienst,
- c. die Änderung der Verlautbarungsbestimmungen des Ärzte-Gesamtvertrages und
- d. die Änderung der Informationsverpflichtung über die Bestimmungen des Ärzte-Gesamtvertrages

vereinbart wird.

## Inhalt

A. 38. ZUSATZPROTOKOLL ZUM ÄRZTE-GESAMTVERTRAG VOM 27.7.1956 IN DER FASSUNG DER GESAMTVERTRAGLICHEN VEREINBARUNG VOM 20.7.1972 UND DER ZUSATZVEREINBARUNG VOM 1.10.1998 ÜBER DIE AUFNAHME DER SVB ALS § 2-KASSE .....	3
I. Vertragszeitraum und Regelungsbereich.....	3
II. Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit im Kalenderjahr 2015 .....	3
1) Betrag für Tarifierhebung 2015.....	3
2) Bereinigungen aus dem Kalenderjahr 2014 .....	3
3) Verbindlichkeiten der Ärztekammer .....	4
4) Änderungen der Honorarordnung im Kalenderjahr 2015 .....	4
III. Sonstige Vereinbarungen ab dem 1.1.2016 .....	13
1) „Ablösetopf“ zur Erleichterung von nahtlosen Praxisnachfolgen bzw. zur Förderung von neuen Organisationsmodellen.....	13
2) Honorierung einer Grundleistung für Bearbeitung umfangreicher Entlassungs- und Befundberichten ohne Patientenkontakt .....	13
3) Beendigung der eAUM-Förderung für Allgemeinmediziner .....	13
B. ÄNDERUNG DER REGELUNG ZUM SONN- UND FEIERTAGSDIENST .....	14
C. ÄNDERUNG DER VERLAUTBARUNGSBESTIMMUNGEN DES ÄRZTE-GESAMTVERTRAGES .....	14
D. ÄNDERUNG DER INFORMATIONSVERPFLICHTUNG ÜBER DEN ÄRZTE-GESAMTVERTRAG .....	14

**a. 38. Zusatzprotokoll zum Ärzte-Gesamtvertrag vom 27.7.1956 in der Fassung der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 20.7.1972 und der Zusatzvereinbarung vom 1.10.1998 über die Aufnahme der SVB als § 2-Kasse**

**I. Vertragszeitraum und Regelungsbereich**

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit der Vertragsärzte der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger und gilt für die Zeit ab 1.1.2015.

Soweit im Folgenden keine gesonderte Regelung getroffen wird, gilt die Honorarordnung in der Fassung des 37. Zusatzprotokolls weiter.

**II. Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit im Kalenderjahr 2015**

**1) Betrag für Tarifierhebung 2015**

Für die **Tarifierhebung** im Kalenderjahr 2015 steht ein Betrag im Ausmaß von **1,82%** des Basisbetrages Ärztliche Hilfe 2014 zur Verfügung. Dieser Betrag ergibt sich wie folgt:

- +2,30% des Basisbetrages 2014 als Tarifierhebung für das Jahr 2015
- 0,48% des Basisbetrages 2014 wegen Überschreitung der Frequenzlatte 2014 (vgl. 37. Zusatzprotokoll, Punkt II.1.); der Ausgleich für das Kalenderjahr 2014 erfolgt durch Erhöhung der Verbindlichkeiten der ÄK (vgl. dieses Zusatzprotokoll, Punkt II.2.)

Die Leistungen der Laborfachärzte und die Laborleistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und die der allgemeinen Fachärzte werden im Kalenderjahr 2015 nicht valorisiert, die Leistungen der Fachgruppe Radiologie werden um 0,9% angehoben.

Die im Kalenderjahr 1999 für die Position 2a (vgl. 21. Zusatzprotokoll, Punkt II.2.1.) und im Kalenderjahr 2001 für die Position 2n (vgl. 25. Zusatzprotokoll, Punkt II.2.1.) vereinbarten Fixbeträge werden bis auf Widerruf ausgesetzt.

Als **Frequenzlatte** für das Kalenderjahr 2015 wird eine Frequenzentwicklung (Anzahl der Fälle und Leistungen pro Fall) von **0,8%** des Basisbetrages 2014 festgelegt. Die tatsächliche Frequenzsteigerung im Kalenderjahr 2015 wird um den Betrag von **1,3%** des Basisbetrages 2014, der mit Wirksamkeit 1.1.2015 für die Änderungen in der Grundleistungsstaffelung und im Honorarsummenlimit verwendet wurde (vgl. 37. Zusatzprotokoll, Punkt II.1. und Punkt IV.1.), reduziert. Über- und Unterschreitungen dieser Frequenzlatte werden für das Kalenderjahr 2015 einmalig und ab dem Kalenderjahr 2016 tarifwirksam ausgeglichen.

**2) Bereinigungen aus dem Kalenderjahr 2014**

Für die Überschreitung der Frequenzlatte im Kalenderjahr 2014 im Ausmaß von 0,48% des Basisbetrages 2014 erfolgt ein Ausgleich für das Kalenderjahr 2014 in Form eines Einmalbetrages zugunsten der Kasse in Höhe von € 1.260.688,-. Dieser Einmalbetrag erhöht sich aufgrund einer irrtümlich doppelten Auszahlung im Kalenderjahr 2014 (sowohl einmalig als auch tarifwirk-

sam) im Ausmaß von

€ 545.679,- auf insgesamt € 1.806.367,-. Die Begleichung dieses Betrages erfolgt so, dass ein Betrag von € 903.183,50 von der ÄK für das Kalenderjahr 2014 einmalig zurückgezahlt wird; und zwar durch Erhöhung der Verbindlichkeit (vgl. dieses Zusatzprotokoll, Punkt II.3.). Des Weiteren wird der ab 2016 neu geschaffene Ablösetopf (vgl. dieses Zusatzprotokoll, Punkt III.1.) mit Mitteln aus dem PEQ-Topf (vgl. 31. Zusatzprotokoll, Punkt II.1.) im Ausmaß von € 903.183,50 dotiert.

### **3) Verbindlichkeiten der Ärztekammer**

Der teilweise einmalige Ausgleich der Frequenzlattenüberschreitung im Kalenderjahr 2014 im Ausmaß von € 903.183,50 (vgl. dieses Zusatzprotokoll, Punkt II.2.) erhöht die offene Verbindlichkeit der Ärztekammer. Im Gegenzug reduziert die Nichtanhebung für Labor (vgl. 31. Zusatzprotokoll, Punkt II.1.) und die Teilreduktion der Honorarsumme Labor im Kalenderjahr 2015 um 0,5% (vgl. 36. Zusatzprotokoll, Punkt II. 1.) diese Verbindlichkeit um € 510.490,35.

Mit Stand 31.12.2015 belaufen sich somit die Verbindlichkeiten der Ärztekammer gegenüber der Kasse auf € 5.100.434,26.

### **4) Änderungen der Honorarordnung im Kalenderjahr 2015**

Auf Basis der unter Punkt 1) dargestellten Tarifierhebung wird die Ärztehonorarordnung wie folgt geändert:

#### **4.1) Änderungen der Honorarordnung mit Wirksamkeit 1.1.2015**

- a) Anhebung der Punktwerte, der Vergütungen für Grundleistungen, Ordinationen und Besuche, Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienste sowie Wegegebühren (Abschnitte A, B, C und E der Honorarordnung).**

Die Punktwerte, die Vergütungen für Grundleistungen, Ordinationen und Besuche, Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienste sowie die Wegegebühren werden ab 1.1.2015, wie aus der Anlage 1 ersichtlich ist, angehoben. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieses Zusatzprotokolles.

- b) Änderungen bestehender Sonderleistungspositionen und Verrechenbarkeitsbedingungen (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Auch die Änderungen bestehender Sonderleistungspositionen und Verrechenbarkeitsbedingungen (Abschnitt D der Honorarordnung) können der Anlage 1 entnommen werden.

- c) Änderung der Quartalspauschale für die Portoregelung (Abschnitt F, Zif. 5 der Honorarordnung)**

Die Quartalspauschale wird bei den Vertragsfachärzten für medizinische und chemische Labor- diagnostik für die Einsendung von Material für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen sowie für die Übersendung des Befundes der medizinisch-diagnostischen Laboratoriumsuntersuchungen um 1,82% erhöht (gerundet auf zwei Kommastellen).

- d) Änderung der Limitierungsbestimmungen für die Quartals-Honorarabrechnung (Abschnitt F Zif. 6 lit. b der Honorarordnung)**

Die Limitierung der Quartals-Honorarabrechnung wird wie folgt geändert:

Bei den **allgemeinen Fachärzten**, ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin, vor Anrechnung der Vergütung für Besuche und Ordinationen (Pos. 1 – 6), für die medizinisch-diagnostischen Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt VI und der Wegegebühren; bei den Fachärzten für Innere Medizin vor Anrechnung der Vergütung für Besuche und Ordinationen (Pos. 1 – 6) und der Wegegebühren durch Kürzung des € 56.548,19 übersteigenden Betrages um 33 % und des € 66.000,46 übersteigenden Betrages um 45 %.

Bei den **Fachärzten für Radiologie** durch einen Mengenrabatt von 10 % des € 113.966,67 übersteigenden Betrages, von 15 % des € 156.495,93 übersteigenden Betrages und von 20 % des € 257.647,42 übersteigenden Betrages des Gesamthonorars inkl. Sonographie und Knochendichtemessung.

Bei den **Fachärzten für Labormedizin** (Abschnitt VII der Honorarordnung) durch einen Mengenrabatt von 10% des € 200.000,00 übersteigenden Betrages, von 15% des € 205.000,00 übersteigenden Betrages, von 20 % des € 210.000,00 übersteigenden Betrages, von 25 % des € 220.000,00 übersteigenden Betrages, von 40 % des € 230.000,00 übersteigenden Betrages, von 55% des € 260.000,-- übersteigenden Betrages, von 60 % des € 290.000,00 übersteigenden Betrages, von 65,45 % des € 330.000,00 übersteigenden Betrages, von 69 % des € 350.000,00 übersteigenden Betrages, von 71 % des € 395.000,00 übersteigenden Betrages, 71,5% des € 520.000,00 übersteigenden Betrages und von 72,317% des € 830.000,00 übersteigenden Betrages.

**e) Änderung der Limitierungsbestimmungen für die SVB für die Quartals-Honorarabrechnung (Abschnitt F Zif. 6 lit. b der Honorarordnung)**

Bei den **allgemeinen Fachärzten** ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin, vor Anrechnung der Vergütung für Besuche und Ordinationen (Positionen 1-6), für med.-diagn. Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschn. VI und der Wegegebühren, bei den Fachärzten für Innere Medizin vor Anrechnung der Vergütung für Besuche und Ordinationen (Positionen 1-6) und der Wegegebühren durch Kürzung des € 4.083,86 übersteigenden Betrages um 33 % und des € 4.859,73 übersteigenden Betrages um 45 %.

Bei den **Fachärzten für Radiologie** durch einen Mengenrabatt von 20 % des € 1.958,61 übersteigenden Betrages des SVB-Gesamthonorars inkl. Organsonographie und Knochendichtemessung.

Bei den **Fachärzten für Labormedizin** (Abschnitt VII der Honorarordnung) durch einen Mengenrabatt

von 5 % des € 10.222,66 übersteigenden Betrages,  
von 15 % des € 10.952,85 übersteigenden Betrages,  
von 30 % des € 12.413,22 übersteigenden Betrages,  
von 45 % des € 13.873,61 übersteigenden Betrages,  
von 60 % des € 15.333,99 übersteigenden Betrages,  
von 61 % des € 18.254,75 übersteigenden Betrages.

**f) Erleichterung der Limitierung der Position 270b (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Die Limitierung der Pos. 270b „Komplette neurologische Stuserhebung verrechenbar ab einer Untersuchungsdauer von mind. 20 Minuten“ wird für Fachärzte für Neurologie und für Neurologie und Psychiatrie von 15% auf 60% der Fälle mit voller Grundleistungsvergütung angehoben.

### **g) Adaptierung und Verlängerung des Pilotprojekts „Akutgeriatrie“**

Das am 1.5.2010 gestartete Pilotprojekt mit dem Ziel der Verbesserung von Behandlungsqualität und Kommunikation zwischen Zuweisern und Spital wird unter verbesserten Rahmenbedingungen bis 31.12.2016 verlängert (vgl. 31. Zusatzprotokoll, Punkt III 3)2.).

Teilnehmer am Projekt sind - neben Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten für Innere Medizin aus den jeweiligen Einzugsgebieten der angeführten Spitäler - folgende Krankenhaus-Abteilungen:

- Krankenhaus der Elisabethinen Linz, Abteilung für Akutgeriatrie
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried, Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation
- Krankenhaus Bad Ischl, Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation
- Allgemeines Krankenhaus Linz (KUK = Kepler Universitätsklinikum), Abteilung für Akutgeriatrie
- Krankenhaus Gmunden, Abteilung für Akutgeriatrie
- Krankenhaus Rohrbach, Department für Akutgeriatrie

Neu ist, dass die Dokumentation im Zuge der medizinischen Dokumentation im Patientenakt erfolgen kann, somit entfällt der bisher geforderte zusätzliche Dokumentationsaufwand. Weiters kann das Gespräch mit dem Spitalsarzt im Rahmen eines Telefonates kurz vor der Entlassung des Patienten stattfinden. Dazu wird folgende neue Position geschaffen:

#### **Pos. 3t Akutgeriatrie – telefonische Besprechung**

**Euro 15,80**

Ausführliches telefonisches Gespräch mit dem behandelnden Arzt in der akutgeriatrischen Abteilung des jeweiligen Krankenhauses zwecks Besprechung der Medikation und des Procederes mit dem behandelnden Spitalsarzt kurz vor Entlassung des Patienten. Diese Position ist pro stationärem Aufenthalt des Patienten nur 1 x verrechenbar.

Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin verrechenbar.

### **4.2) Änderungen der Honorarordnung mit Wirksamkeit 1.7.2015**

Folgende Strukturverbesserungen, Klarstellungen bzw. neue Leistungen werden ab 1.7.2015 umgesetzt:

#### **a) Regelbetrieb Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Aufgrund positiver Evaluierungsergebnisse wird das Projekt mit drei niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. 34. Zusatzprotokoll) in den Regelbetrieb übernommen und Tarifierungen durch Erhöhung der Grundleistungsvergütung und der Einführung einer patientenunabhängigen Ordinationspauschale vorgenommen (vgl. dieses Zusatzprotokoll Punkt II.4.1.a).

#### **b) Erleichterung der Limitierung der Positionen 10ha bis 10hd (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Die Limitierung der Pos. 10ha bis 10hd „Heilmittelberatung“ wird für die Fachärzte für Psychiatrie und für Psychiatrie und Neurologie von 5% auf 10% der Fälle angehoben.

**c) Anhebung der Punkteanzahl der Position 270a (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Die Punkteanzahl der Pos. 270a „Verbale Intervention“ wird für die Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie sowie für Neurologie von 55 auf 68,75 Punkte angehoben.

**d) Anhebung der Punkteanzahl der Position 272a (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Die Punkteanzahl der Pos. 272a „Psychotherapeutische Sitzung“ wird für die Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie sowie für Neurologie von 75 auf 80 Punkte angehoben.

**e) Reduktion der Mindestdauer der Position 272b (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Die vorgeschriebene Mindestdauer der Pos. 272b „Psychotherapeutische Sitzung“ für die Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie sowie für Neurologie wird von 60 auf 50 Minuten reduziert.

**f) Neue Position 271d (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Um dem erhöhten Aufwand für das erste psychiatrische Testverfahren Rechnung zu tragen, wird für die Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie sowie für Neurologie ein Zuschlag zur Position „Psychiatrische Skala, Minimental-Status Test oder gleichwertige Skala“ eingeführt.

**Pos. 271d Zuschlag zur Pos. 271b für ausführliche Ersttestung Euro 18,71**  
Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. von Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie.

**g) Adaptierung der Zusatztextierung zu den Positionen 271a – 271d (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Die Zusatztextierung zu den Positionen 271a-271d wird dahingehend geändert, dass der Arzt das Testverfahren persönlich zu interpretieren hat:  
Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu **interpretieren** sowie zu dokumentieren. Die Testunterlagen sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

**h) Befristete Ausweitung der Verrechenbarkeit der Position 271b (Abschnitt D der Honorarordnung) – Pilot von 1.7.2015 – 30.6.2017**

Die Pos. 271b „Psychiatrische Skala, Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala“ wird befristet bis 30.6.2017 unter bestimmten Voraussetzungen auf Ärzte für Allgemeinmedizin ausgeweitet:

**Pos. 271b Psychiatrische Skala, Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala 28 Punkte**

Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. von Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie und nur im Rahmen von Verlaufstests bei Patienten mit Antidementivversorgung von Ärzten für Allgemeinmedizin.

Weiters gilt für die Ärzte für Allgemeinmedizin:

- Der Test ist einmal pro Jahr nur nach erfolgter Erstdiagnostik durch einen Psychiater oder Neurologen verrechenbar. Weiters sind jährliche Kontrollen beim Facharzt rechtzeitig sicherzustellen. Im Falle einer deutlichen Verschlechterung bzw. von Auffälligkeiten ist unverzüglich eine fachärztliche Kontrolle zu veranlassen.
- Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu interpretieren sowie zu dokumentieren. Zusätzlich sind – nach Rücksprache mit den betreuenden Angehörigen oder Pflegepersonal des Altenheims – der Allgemeinzustand und psychische Zustand der Patienten grob zu beurteilen und zu dokumentieren.
- Die Testunterlagen sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- Limitierungsbestimmung: Die Verrechenbarkeit ist mit 1% der Fälle limitiert.

**i) Neue Position 2134 (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Für die Fachgruppe Labormedizin wird eine neue Position Vitamin-D-Bestimmung aufgenommen:

**Pos. 2134 25-Hydroxy-Vitamin-D bzw. 25-Hydroxycholecalciferol 262,7 Punkte**

Bei folgenden Indikationen verrechenbar:

- Bestehender Verdacht auf einen Vitamin-D-Mangelzustand aufgrund klinischer Symptome oder Befunde wie z. B. unerklärt niedriger Kalzium- oder Phosphatspiegel, verminderte intestinale Vitamin-D Aufnahme durch Fett-Malabsorption, Barbiturat- oder Antiepileptikamedikation, schwere Lebererkrankungen, erhöhter Verlust von Vitamin-D durch nephrotisches Syndrom oder Dialyse oder
- Verdacht auf einen Vitamin-D-Mangelzustand bei bestimmten Risikogruppen mit entsprechender Begründung im Einzelfall: zB
  - Sonnenlichtmangel ( ältere, immobile Personen, Nachtarbeiter/innen)
  - Schwangere und stillende Frauen
- Verdacht auf Intoxikation
- Kontrollen des Vitamin-D Spiegels nur mit entsprechender Begründung wie zB klinisch fassbare Ereignisse wie Stürze und Muskelbeschwerden oder mangelnde Compliance

Weiters gilt:

Vitamin-D Bestimmungen sind nur dann mit den Kassen verrechenbar, wenn diese im Rahmen einer Krankenbehandlung erfolgen. Die Zuweiser werden über die Indikationen informiert und sind für eine korrekte Zuweisung mittels Vermerk „IND“ auf der Überweisung verantwortlich. Zuweisungen ohne Indikation („IND“) gelten als Privatleistung. Die Rechnung wird in diesen Fällen vom Labor direkt an den Patienten gestellt. Ab Einführung der neuen Position „Vitamin-D Bestimmung“ ist eine Weitergabe durch das Labor an Labors außerhalb von Oberösterreich ausgeschlossen.

**j) Neue Position 2194 (Abschnitt D der Honorarordnung)**

Weiters wird das Leistungsspektrum der Fachgruppe Labormedizin um folgende neue Position erweitert:

**Pos. 2194 Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte (z.B. D-Dimere) 111,17 Punkte**

Nur zur Ausschlussdiagnostik tiefer Beinvenenthrombosen oder Lungenembolien bei niedriger klinischer Thrombosewahrscheinlichkeit

**k) Honorierung der Behandlung von Asylwerbern und Asylberechtigten**

Werden Asylwerber und Asylberechtigte betreut, kann der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin für diese Fälle ab 1.7.2015 die Grundleistung gemäß „Scheinart 8“ (früherer Ersatzbehandlungsschein) abrechnen, wenn er mit seinen eigenen Patienten bereits in die letzte Grundleistungsvergütungsstaffel (2015: € 5,04) fällt.



#### **4.3) Änderungen der Honorarordnung mit Wirksamkeit 1.10.2015**

##### **Neuerungen im Bereitschaftsdienst (Abschnitt C der Honorarordnung)**

Die im Rahmen der Honorarverhandlungen für das Kalenderjahr 2014 bereits grundsätzlich vereinbarte Neuregelung des Bereitschaftsdienstes mit Pauschalhonorierung (vgl. 37. Zusatzprotokoll Punkt III. 2) wird mit Wirksamkeit 1.10.2015 in Form eines Vertrages zwischen Ärztekammer, Kasse, Land OÖ und Rotem Kreuz (RK) vorerst befristet bis zum 31.12.2017 umgesetzt. Mit Inkraft-Treten dieses Vertrages werden für deren Dauer die von diesem Vertrag abweichenden bisherigen Regelungen außer Kraft gesetzt. Der Ärztliche Notdienst in Linz-Stadt ist von dieser Vereinbarung nicht berührt.

Wird dieser vierseitige Vertrag gekündigt oder nach Ablauf der Befristung nicht verlängert, leben die bisherigen Regelungen in Bezug auf die Organisation inkl. Sprengeinteilung, Honorierung und Finanzierung zum Stand 30.9.2015 wieder auf. Hinsichtlich der Sprengeinteilung kann allerdings zwischen Ärztekammer und Kasse eine andere Sprengeinteilung vereinbart werden.

Nachstehend werden die Regelungen aus dem vierseitigen Vertrag, die für die Ärzteschaft relevant sind, dargestellt. Die mit diesem Vertrag verbundenen Änderungen im § 16 „Sonn- und Feiertagsdienst“ des Ärzte-Gesamtvertrages sind unter Punkt b. abgebildet.

##### **a) Organisation**

Für die Organisation des hausärztlichen Notdienstes (HÄND) wird OÖ ohne Linz-Stadt in 22 Regionen aufgeteilt. Die Flexibilität der Organisation innerhalb der Regionen wird erhöht, indem ein Modell in Zusammenarbeit mit dem RK („HÄNDmRK“) oder ein Modell ohne Zusammenarbeit mit dem RK („HÄNDorRK“) ermöglicht werden.

Die Neuorganisation dieser Regionen erfolgt durch die Ärztekammer. Die Art und Ausgestaltung der Notdienste in den einzelnen Regionen wird von der Ärztekammer unter Einbindung der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen in diesen Regionen festgelegt.

Der HÄND-Arzt ist verpflichtet, alle notwendigen Visiten bzw. Leistungen für Anspruchsberechtigte der oö Krankenversicherungsträger (OÖGKK, SVB, BKK Austria Tabak, SV der gewerblichen Wirtschaft, BVA und VAEB) bzw. für Personen, für die ein oö Krankenversicherungsträger aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen zur Betreuung verpflichtet ist, zu erbringen.

Alle im Dienstbereich der jeweiligen HÄND-Region niedergelassenen Ärzte und Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin mit Kassenvertrag verpflichten sich zur Teilnahme am ärztlichen Funk- und Bereitschaftsdienst OÖ (ÄFBD OÖ, Rufnummer 141) mit der Vertragsart „Mobiltelefon“. Für Beiträge nicht angemeldeter Kassenvertragsärzte haftet die Ärztekammer. Ab 1.1.2017 erfolgt die Bezahlung des RK durch die Kasse aus der Honorarsumme der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin.

##### **a)a) HÄNDmRK**

Bei den Modellen HÄNDmRK ist zu unterscheiden, ob der Fahrdienst (FD) über das RK erfolgt oder die HÄND-Ärzte den Fahrdienst übernehmen.

#### **a)a)a. HÄNDmRKuFD**

Im HÄNDmRK und Fahrdienst wird unter der Woche pro Region ein Visitedienst von 19.00-7.00 Uhr eingerichtet. Die Versorgung bis 19.00 Uhr wird über mind 2 Rufbereitschaftsdienste in den Ordinationen der Vertragsärzte, Vertragsgruppenpraxen oder Wahlärzte sichergestellt. Am Wochenende/Feiertag ist pro Region ein Tagvisitedienst von 7.00-19.00 Uhr und ein Nachtvisitedienst von 19.00-7.00 Uhr vorgesehen. Die Administration der Visitedienste läuft in der Regel über das RK. Auch stellt das RK einen Fahrer für den Visitedienst ab.

Zusätzlich werden pro Region 2 Ordinationsbetriebe an jedem Samstag, Sonntag und Feiertag jeweils 2h am Vormittag und 2h am Nachmittag eingerichtet. In einer flächenmäßig kleinen Region kann anstelle von 2 Ordinationsdiensten auch nur 1 Dienst mit längerer Dauer eingerichtet werden. Auch können zwischen den zwei Ordinationsdiensten die 2x2 (je vormittags und nachmittags) Stunden anders aufgeteilt werden, es muss aber in mindestens einer Ordination mindestens 1 Stunde Nachmittagsordination angeboten werden. In Problemfällen (z.B. Patientenbeschwerden) wird dies zwischen Ärztekammer und Kasse mit der Zielsetzung einer Verbesserung besprochen.

#### **a)a)b. HÄNDmRKOFD**

Im HÄNDmRK ohne Fahrdienst werden unter der Woche pro Region zwei Rufbereitschaftsdienste (Ordination und Visitedienst) von 19.00-7.00 Uhr eingerichtet. Die Versorgung bis 19.00 Uhr wird über mind 2 Rufbereitschaftsdienste in den Ordinationen der Vertragsärzte, Vertragsgruppenpraxen oder Wahlärzte sichergestellt. Am Wochenende/Feiertag sind pro Region zwei Rufbereitschaftsdienste von 7.00-7.00 Uhr vorgesehen. Die Administration der Rufbereitschaftsdienste läuft in der Regel über das RK.

#### **a)b) HÄNDoRK**

Die HÄND-Modelle ohne RK sind wie bisher organisiert.

Während der Woche (Montag bis Freitag) wird der HÄND von 14.00 Uhr bis 07.00 Uhr des Folgetages durchgeführt. Die Wochenenden und Feiertage sind über 24 h –Notdienste abgedeckt. Je nach Bedarf ordiniert der Notdienst habende Arzt in seiner Ordination oder visitiert die Patienten.

#### **b) Honorierung des HÄND**

Die Honorierung des HÄND kann auf vier Arten erfolgen. Die unten angeführten Beträge werden für die Laufzeit dieser Vereinbarung nicht valorisiert.

##### **b)a) HÄNDmRK**

Für die HÄNDmRK stehen 3 Varianten der Honorierung zur Auswahl. Die Entscheidung treffen die Vertragsärzte in der Region mit einer einfachen Mehrheit.

- Notdienstpauschale zuzüglich Leistungsverrechnung:
  - Der HÄND-Arzt erhält für eine offiziell vereinbarte HÄND-Stunde im Ordinationsdienst am Wochenende/Feiertag einen Stundensatz von € 18,76. Der Notdienst unter der Woche von 14 – 19 Uhr wird pauschal mit € 50,-- abgegolten.

- Die Notdienstpauschale für den im Fahrdienst tätigen Arzt wird mit € 230,-- pro 12 Stunden angesetzt. Für die Betreuung von Anspruchsberechtigten der öö Krankenfürsorgeeinrichtungen werden diesen keine Wegegebühren in Rechnung gestellt.

Die Leistungsverrechnung (Notdienst-Grundleistung, Ordination, Visite, Sonderleistungen) erfolgt wie bisher über den leistungszuständigen Krankenversicherungsträger.

- Pauschale inkl aller erbrachten Leistungen:
  - Der HÄND-Arzt erhält für 12 Stunden Visitedienst (19.00-7.00 bzw. 7.00-19.00 Uhr) eine Pauschale von € 950,--. Für die Betreuung von Anspruchsberechtigten der öö Krankenfürsorgeeinrichtungen werden diesen keine Wegegebühren in Rechnung gestellt.
  - Für einen 4 stündigen Ordinationsdienst am Wochenende/Feiertag wird dem HÄND-Arzt eine Pauschale in Höhe von € 560,-- ausbezahlt. Pro Stunde beträgt das Honorar demnach € 140,--. Mit dieser Pauschalzahlung ist auch eine allfällige Überschreitung der eingeteilten Dienstzeit abgegolten.
- Pauschale inkl. aller erbrachten Leistungen ohne RK-Wegegebühren („HÄNDmRkoFD“)
  - Der HÄND-Arzt erhält für den Ordinations- und Visitedienst am Wochentag von 19.00 – 7.00 Uhr inkl. Wegegebühren für die vom Arzt gefahrenen Kilometer eine Pauschale von € 950,--.
  - Am Wochenende und Feiertagen wird dem HÄND-Arzt eine Pauschale von € 1.133,-- für Ordinations- und Visitedienst von 7.00-7.00 Uhr inkl. Wegegebühren ausbezahlt.
  - Für die Betreuung von Anspruchsberechtigten der öö Krankenfürsorgeeinrichtungen werden diesen keine Wegegebühren in Rechnung gestellt.

Für die Pauschalhonorierung inkl. aller erbrachten Leistungen gilt weiters:

Für den Rufbereitschaftsdienst unter der Woche bis 19.00 Uhr erfolgt keine Honorierung der Bereitschaft, die erbrachten Leistungen werden wie bisher mit dem leistungszuständigen Krankenversicherungsträger abgerechnet.

Hat der im Ordinationsdienst eingeteilte Arzt auch gleichzeitig offizielle Ordinationszeit (zB Samstagvormittag) erhält er für diese Zeit keine Pauschale, kann aber eine normale Leistungsabrechnung durchführen (auch für fremde Patienten). Für den Ordinationsdienst außerhalb der offiziellen Ordinationszeiten (zB Samstagnachmittag) wird pro eingeteilter Stunde das Pauschalhonorar von € 140,-- bezahlt.

Für Patienten, die im eingeteilten Notdienst betreut und pauschal abgegolten werden, ist eine Leistungsverrechnung (ausgenommen ausschließlich zu Dokumentationszwecken) nicht zulässig, was seitens der Kasse genau geprüft und von Ärztekammer und Kasse gemeinsam verfolgt wird. Die Dokumentationsverpflichtung ist Voraussetzung für die Auszahlung der Pauschalen und muss zum Zeitpunkt der Auszahlung bei der Kasse eingelangt sein.

Eine Verrechnung von Leistungen bei eigenen Patienten für Ärzte, die nicht im HÄND-Dienst eingeteilt sind (z.B. Akutvisiten im Rahmen der Abendordination oder speziell" betreute Patienten zB Palliativ) ist auch weiterhin möglich.

### **b)b) HÄNDORK**

Für Ärzte, die im HÄNDORK tätig sind, gilt folgende Honorierungsform:

- Für den Wochenend- und Feiertagsnotdienst wird nach den bisherigen Bestimmungen lt. Honorarordnung eine Pauschale von mind. € 157,53 je 24h ausbezahlt. Die Höhe der Notdienstpauschale in einem Sprengel ist abhängig von der Größe des Sprengels und der Einwohnerzahl und wird im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und Kasse festgelegt.
- Für den Notdienst unter der Woche von 14.00 – 7.00 Uhr wird eine Pauschale zwischen € 90,01 und € 250,-- ausbezahlt. Die Berechnung der Pauschalhöhe erfolgt nach dem bisherigen Aufteilungsmodell der Ärztekammer unter Berücksichtigung von Sprengelgröße und Einwohnerzahl sowie der Gemeindeeinstufung.

Die Leistungen werden mit dem leistungszuständigen Krankenversicherungsträger verrechnet.

### **b)c) Ausgabenbegrenzung**

Für die Honorare nach Punkt b)a) und b)b) stehen in Summe **max. € 15.463.420,--** pro Jahr zur Verfügung, wobei eine geringfügige Abweichung aufgrund der tatsächlichen Anzahl an Feiertagen im Projektzeitraum möglich ist. Kommt es darüber hinaus zu Überschreitungen dieses Betrages, dann sind diese auszugleichen: zB über die Honorarverhandlungen (SV-Anteil) oder über Vereinbarungen einer zukünftigen Nichtvalorisierung und/oder über eine Reduktion der Beträge. Die Berechnung der künftigen Ausgaben erfolgt nach dem gleichen Schema der im Vorfeld erfolgten Kostenberechnung (inkl. Annahmen und Hochrechnungen).

### **c) Dokumentation**

**Ärzte, die im HÄNDmRK tätig und pauschal honoriert werden**, haben unabhängig von der gesetzlichen Dokumentationspflicht folgende patientenbezogenen Aufzeichnungen für die im Dienst betreuten Patienten zu führen:

- Vor- und Zuname, Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum und Adresse (im Falle von Visiten) der Patienten
- eindeutige Diagnose
- Datum der Behandlung
- erbrachte Leistungen (Ordination oder Visite (bei Kontakten zwischen 19.00 und 7.00 Uhr ist auch die Uhrzeit anzugeben), gegebenenfalls Sonderleistungen

Für die Übermittlung dieser Aufzeichnungen ist ein zwischen Ärztekammer und Kasse abgestimmtes Formblatt zu verwenden. Die Übermittlung kann elektronisch unter Einhaltung des Datenschutzgesetzes oder in Papierform erfolgen. Für Anspruchsberechtigte der § 2- Kassen kann alternativ auch das EDV-Abrechnungssystem verwendet werden, in dem der Arzt die Patienten fiktiv abrechnet. Für Visiten ab 19.00 Uhr ist die Position 6n schon ab 19.00 Uhr zu dokumentieren.

Auf eine e-Card Steckung für die im HÄND betreuten Patienten durch Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen wird für die Laufzeit dieses Projektes verzichtet, sofern nicht die Dokumentationsschiene über das Abrechnungssystem gewählt wird.

Für Vertragsgruppenpraxen bzw. Ärzte (Kassenärzte oder Nichtkassenärzte), die im Rahmen des HÄND nicht pauschal honoriert werden, gelten die Abrechnungs- und Dokumentationsbestimmungen lt. oö Gruppenpraxis-Gesamtvertrag bzw. oö Ärzte-Gesamtvertrag.

### **III. Sonstige Vereinbarungen ab dem 1.1.2016**

#### **1) „Ablösetopf“ zur Erleichterung von nahtlosen Praxisnachfolgen bzw. zur Förderung von neuen Organisationsmodellen**

Zwischen ÄK und Kasse wird grundsätzlich vereinbart, einen sog. „Ablösetopf“ zur (Mit)Finanzierung von Ablösezahlungen bei Pensionierungen von Vertragsärzten zu schaffen.

Die Diskussion über die genaue Ausgestaltung ist allerdings noch nicht abgeschlossen. Falls der Ablösetopf nicht geschaffen würde, werden die Vertragspartner im Rahmen der Honorarverhandlungen für das Kalenderjahr 2016 eine Vereinbarung über die Verwendung des für die Dotierung des Ablösetopfes angesetzten Einmalbetrages im Ausmaß von € 903.183,50 treffen.

#### **2) Honorierung einer Grundleistung für Bearbeitung umfangreicher Entlassungs- und Befundberichten ohne Patientenkontakt**

Ab 1.4.2016 kann – vorerst auf 2 Jahre befristet - eine Grundleistungsvergütung für folgende Leistung verrechnet werden, wenn der Patient in diesem Quartal vom Arzt nicht ohnehin persönlich betreut wird:

Lesen von Krankenhaus-Entlassungsberichten oder ähnlich umfassenden bzw. komplexen Befundberichten von Fachärzten inkl. der erforderlichen Veranlassungen (z.B. Info an Patient, Terminvereinbarung, Kontaktaufnahme mit dem Aussteller des Berichtes usw.).

Das Lesen des Berichtes sowie das Treffen von erforderlichen Veranlassungen und die damit verbundene Abrechnung einer Grundleistungsvergütung müssen zeitnahe mit dem Einlangen des Berichtes erfolgen. In diesen Fällen ist ein Regelfall im ecard System zu stecken und die neu geschaffene Position „BEF“ abzurechnen.

Der Bericht ist der Kasse auf Verlangen vorzulegen.

Die Grundleistungsvergütung ist nicht verrechenbar für das Lesen/die Veranlassungen im Zusammenhang mit Laborbefunden sowie histologischen Befunden.

Die Auswirkungen dieser Regelung werden zeitgerecht vor Ablauf der Frist evaluiert.

#### **3) Beendigung der eAUM-Förderung für Allgemeinmediziner**

Ärzten für Allgemeinmedizin, die ab 1.7.2016 in Vertrag genommen werden, wird die eAUM-Förderung (vgl. 31. Zusatzprotokoll Punkt b.1)7.). nicht mehr gewährt.

## **b. Änderung der Regelung zum Sonn- und Feiertagsdienst**

Mit Wirksamkeit 1.10.2015 wird der § 16 „Sonn- und Feiertagsdienst“ des OÖ Ärzte-Gesamtvertrages vom 27.7.1956 idgF wie folgt geändert (Änderung in Fettschrift):

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist der Versicherungsträger von der Diensterteilung zu verständigen. **Dies erfolgt durch die Abrechnungsdatei, die die Kammer nach Ablauf eines Quartals an den Versicherungsträger übermittelt.**
- (2) **Ist der Vertragsarzt in einer Region niedergelassen, die über den hausärztlichen Notdienst („HÄND“) gemeinsam mit dem Roten Kreuz versorgt wird, hat er mindestens 9 Ordinations- und 9 Visitedienste pro Jahr zu absolvieren, sofern die Dienste nicht anders besetzt werden können. Falls dem Vertragsarzt die Leistung der hausärztlichen Notdienste aus gesundheitlichen Gründen unzumutbar ist, kann eine (temporäre) Befreiung von dieser Mindestverpflichtung durch den Versicherungsträger und die Kammer erfolgen; die Befreiungsgründe sind zwischen Kammer und Versicherungsträger einvernehmlich festzulegen. Ein von der zur Verpflichtung zum hausärztlichen Notdienst befreiter Vertragsarzt hat den Wegfall des Befreiungsgrunds unverzüglich der Kammer und dem Versicherungsträger anzuzeigen. Jeder zum HÄND eingeteilte Vertragsarzt kann sich vertreten lassen und hat in diesem Fall für eine geeignete ärztliche Vertretung Sorge zu tragen.**
- (3) **Jeder zum HÄND eingeteilte Vertragsarzt ist verpflichtet, alle notwendigen Visiten bzw. Leistungen für Anspruchsberechtigte der oö Krankenversicherungsträger (OÖGKK, SVB, BKK Austria Tabak, SV der gewerblichen Wirtschaft, BVA und VAEB) bzw. für Personen, für die ein oö Krankenversicherungsträger aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen zur Betreuung verpflichtet ist, zu erbringen. Im Falle einer Pauschalhonorierung inkl. aller erbrachten Leistungen sind damit auch die im HÄND erbrachten Leistungen der Sonderversicherungsträger abgegolten.**

## **c. Änderung der Verlautbarungsbestimmungen des Ärzte-Gesamtvertrages**

Mit **Wirksamkeit 1.1.2015** wird der § 44 Abs. 1 des OÖ Ärzte-Gesamtvertrages vom 27.7.1956 idgF wie folgt neu textiert :

Die Verlautbarung von gesamtvertraglichen Vereinbarungen und ihre Abänderungen erfolgt gemäß § 338 Abs. 1 letzter Satz ASVG durch Veröffentlichung der Verträge sowie allfälliger Änderungen und Zusatzvereinbarungen durch den Hauptverband im Internet.

## **d. Änderung der Informationsverpflichtung über den Ärzte-Gesamtvertrag**

Mit **Wirksamkeit 1.1.2015** wird der § 44a des OÖ Ärzte-Gesamtvertrages vom 27.7.1956 idgF wie folgt geändert (Änderung in Fettschrift):


Die Kammer und die Kasse verpflichten sich, über **wesentliche** Bestimmungen der gesamtvertraglichen Vereinbarungen und deren Abänderungen die betroffenen Vertragsärzte wie folgt zu informieren:

- a) Auflage in der Kammer und der Kasse zur Einsichtnahme.

- b) Einsichtnahme im Internet auf der Homepage der Kammer.
- c) Information über die wesentlichen Inhalte durch gemeinsame Rundschreiben der Kammer und der Kasse.

Der Präsident:  
**Mag.a Ulrike Rabmer-Koller**  
Verbandsvorsitzende

  
ÄRZTEKAMMER FÜR OÖ  
Der Kurienobmann:

  
Der Kurienobmann-Stellvertreter:  
**Mag. Bernhard Wurzer**  
Generaldirektor-Stellvertreter



  
Die leitende Angestellte:



  
Der Obmann:

Anlage 1: Tarif und Punktwert 2015





## Tarif und Punktwert ab 1. Jänner 2015

### 1.) ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINE FACHÄRZTE

A.) Grundleistungsvergütung

s. Seite 4/5

B.) Vergütung für Ordinationen und Besuche (Pos.Nr. 7/8)

€ 0,46

D.) Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt I

Allgemeine Sonderleistungen

ohne Pos.Nr. 14, 14b, 20, 20a, 22, 23, 24, 27, 27b, 40, 54

€ 0,46

Pos.Nr. 14	€ 0,45
Pos.Nr. 14b	€ 10,40
Pos.Nr. 20, 20a, 22, 23, 24, 40	€ 0,36
Pos.Nr. 27, 27b	€ 0,42
Pos.Nr. 54	€ 0,41

Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt II

Sonderleistungen aus den Fachgebieten

ohne Pos.Nr. 62a, 62b, 63a, 63b, 70, 75a, 75 b-f, 160, 161, 164, 165, 168, 190, 190a, 197, 198,

MS1, MS2, MS3, 200, 210, 211, 211a, 214, 215, 220, 220a, 228b, 233, 234, 236, 237,

239, 240, 249 a-e, 250a, 255, 257, 258, 259, 260, 260a, 260b, 263, 264, 264a, 265,

265a, 266, 266a, 268, 268a, 268b, 346I-352I, 270, 270a, 270b, 271a-d, 272 a-c, 273,

275, 276, 277, 277a, 278, 278d, 279, 282, 286, 288a, 296

€ 0,46

a) Augenheilkunde:	Pos.Nr. 62a	€ 0,42
	Pos.Nr. 62b	€ 0,41
	Pos.Nr. 63a	€ 0,42
	Pos.Nr. 63b	€ 0,41
	Pos. Nr. 70	€ 0,45
	Pos.Nr. 75a	€ 0,40
b) Chirurgie, Orthopädie:	Pos.Nr. 75 b-f	€ 0,38
	Pos.Nr. 160, 161	€ 0,43
	Pos.Nr. 164	€ 0,43
	Pos.Nr. 165	€ 0,47
	Pos.Nr. 168	€ 0,40
c) Gynäkologie:	Pos.Nr. 190, 190a	€ 0,44
	Pos.Nr. 197	€ 0,37
	Pos.Nr. 198, 200, MS1, MS2, MS3	€ 0,34
d) HNO-Krankheiten:	Pos.Nr. 210, 211	€ 0,40
	Pos.Nr. 211a	€ 0,39
	Pos.Nr. 214, 215, 220, 220a	€ 0,40
	Pos.Nr. 228b	€ 0,42
	Pos.Nr. 233	€ 0,42
	Pos.Nr. 234	€ 0,40
	Pos.Nr. 236	€ 0,40
	Pos.Nr. 237	€ 0,40
e) Dermatologie:	Pos.Nr. 239	€ 0,37

	Pos.Nr. 240	€ 0,37
	Pos.Nr. 249 a-e	€ 0,40
	Pos.Nr. 250a	€ 0,39
f) Kinderheilkunde:	Pos.Nr. 255	€ 0,44
	Pos.Nr. 257	€ 0,45
g) Innere und Lunge:	Pos.Nr. 258	€ 0,43
	Pos.Nr. 259, 260, 260a	€ 0,43
	Pos.Nr. 260b	€ 0,42
	Pos.Nr. 263	€ 0,44
	Pos.Nr. 264, 265	€ 0,43
	Pos.Nr. 264a, 265a	€ 0,42
	Pos.Nr. 266	€ 0,42
	Pos.Nr. 266a	€ 0,41
	Pos.Nr. 268, 268a	€ 0,46
	Pos.Nr. 268b	€ 0,43
	Pos.Nr. 346I-352I	€ 0,56
h) Neuro/Psych:	Pos.Nr. 270	€ 0,57
	Pos.Nr. 270a	€ 0,48
	Pos.Nr. 270b	€ 0,51
	Pos.Nr. 271 a-c	€ 0,55
	Pos.Nr. 271 d	€ 18,71
	Pos.Nr. 272 a-c	€ 0,70
	Pos.Nr. 273	€ 0,41
	Pos.Nr. 275-277	€ 0,46
	Pos.Nr. 277a	€ 0,46
	Pos.Nr. 278-278d	€ 0,40
	Pos.Nr. 279	€ 0,53
i) Urologie:	Pos.Nr. 282	€ 0,49
	Pos.Nr. 286	€ 0,41
	Pos.Nr. 288a	€ 0,45
	Pos.Nr. 296	€ 0,41

#### 1.1) FÜR ALLGEMEINMEDIZIN:

Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt III Physiotherapie	€ 0,22
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt IV Elektrokardiographische Untersuchungen EKG	€ 0,26
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt V Röntgenleistungen	€ 0,30

Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt VI	
Med.-diagn. Laboratoriumsuntersuchungen	€ 0,19
Laborgemeinschaftspauschale	€ 0,50

## 1.2) FÜR ALLGEMEINE FACHÄRZTE:

Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt III	
Physiotherapie ohne Pos.Nr. 307, 309, 320 - 324	€ 0,20
Pos.Nr. 307	€ 0,20
Pos.Nr. 309	€ 0,24
Pos.Nr. 320 - 324	€ 0,21

Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt IV	
A) EKG	€ 0,26
B) Ergometrie	€ 0,29

Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt V	
Röntgenleistungen	€ 0,27
Röntgenleistungen f. FA f. Lungenkrankheiten (Pos. Nr. 346I-352I)	€ 0,56

Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt VI	
Med.-diagn. Laboratoriumsuntersuchungen ohne Pos.Nr. 1221, 1224, 1226, 1231, 1245, 1313	€ 0,19
Pos.Nr. 1221, 1224, 1226, 1231, 1245	€ 0,21
Pos.Nr. 1313	€ 0,25

## 2.) FACHÄRZTE FÜR RADIOLOGIE

Röntgen - Diagnostik	€ 0,08
Röntgen - Therapie	€ 0,20
EWR-Zuschlag	€ 1,60

## 3.) MED. -DIAGN. LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN gem. Abschnitt VII

sämtliche Positionen	€ 0,076280
EWR-Zuschlag	€ 11,73

## A. Vergütung für Grundleistungen ab 1. Jänner 2015

Grundleistungsvergütung pro Krankenschein (Überweisungsschein) im Kalendervierteljahr für

### 1.) Ärzte für Allgemeinmedizin

EWR-Zuschlag			€ 5,65
a.) bis 500 Fälle			€ 27,92
von 501 bis 1100 Fälle			€ 24,86
von 1101 bis 1400 Fälle			€ 12,90
ab 1401. Fall			€ 5,24
b.) Vertretung, Erste Hilfe, Bereitschaftsdienst an Wochentagen	26 Punkte à	€ 0,420000	€ 10,92
c.) Ärztlicher Sonn- und Feiertagsdienst, Fälle ohne Grundleistungsvergütung nach lit. a.) oder b.)	18 Punkte à	€ 0,420000	€ 7,56
d.) Kurverschreibung und Kurüberwachung (Verrechenbar gemäß Abschn. F 4.)	66 Punkte à	€ 0,26	€ 17,16

### 2.) Fachärzte

EWR-Zuschlag			€ 11,20
a.) Augenheilkunde u. Optometrie	48 Punkte à	€ 0,38	€ 18,24
Chirurgie	45 Punkte à	€ 0,41	€ 18,45
Unfallchirurgie	45 Punkte à	€ 0,43	€ 19,35
Dermatologie	59 Punkte à	€ 0,39	€ 23,01
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	47 Punkte à	€ 0,41	€ 19,27
Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	58 Punkte à	€ 0,39	€ 22,62
Innere Medizin	54 Punkte à	€ 0,53	€ 28,62
Kinder- u. Jugendheilkunde	63 Punkte à	€ 0,41	€ 25,83
Kinder- u. Jugendpsychiatrie			€ 105,00
Lungenkrankheiten	57 Punkte à	€ 0,45	€ 25,65
Neurologie	59 Punkte à	€ 0,49	€ 28,91
Psychiatrie	59 Punkte à	€ 0,56	€ 33,04
Orthopädie u. orthopädische Chirurgie	42 Punkte à	€ 0,41	€ 17,22
Urologie	56 Punkte à	€ 0,46	€ 25,76
Zuschlag bis 500 Fälle			
Chirurgie	pro Fall	€ 3,60	
Unfallchirurgie	pro Fall	€ 4,01	
Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	pro Fall	€ 2,61	
Kinder- u. Jugendheilkunde	pro Fall	€ 4,60	
Lungenkrankheiten	pro Fall	€ 4,75	
Neurologie	pro Fall	€ 9,40	
Psychiatrie	pro Fall	€ 9,50	
Urologie	pro Fall	€ 4,50	

Kinder- u. Jugendpsychiatrie:  
 patientenunabhängige Ordinationspauschale (für  
 Ordinationen mit mind. 20 vertraglich vereinbarten  
 Wochenstunden) € 3.830,00

---

Sonographiepauschalzuschlag im Fachgebiet Urologie	bis 500 Fälle	32 Punkte à	€ 0,56	€ 17,92
	ab 501. Fall	27 Punkte à	€ 0,56	€ 15,12

b.) Vertretung, Erste Hilfe	26 Punkte à	€ 0,37	€ 9,62
-----------------------------	-------------	--------	--------

---

c.) Ärztlicher Sonn- und Feiertagsdienst, nach lit. a.) oder b.)	Fälle ohne Grundleistungsvergütung 18 Punkte à	€ 0,42	€ 7,56
---	---	--------	--------

---

d.) Kurverschreibung und Kurüberw. (Verrechenbar gemäß Abschn. F 4.)	66 Punkte à	€ 0,26	€ 17,16
---	-------------	--------	---------

---

## B. Vergütung für Ordinationen und Besuche ab 1. Jänner 2015

### Ordinationen:

1 Tagesordination (7 Uhr bis 20 Uhr) an Sonn- oder  
 gesetzlichen Feiertagen bzw. während des  
 Wochenendbereitschaftsdienstes € 9,18  
 Diese Position kann nur verrechnet werden, wenn die Notwendigkeit einer dringlichen  
 ärztlichen Hilfeleistung gegeben war und zur betreffenden Zeit in der Regel keine  
 Ordination abgehalten wird.

1a Tagesordination (7 Uhr bis 20 Uhr) an Werktagen  
 ab der dritten und jeder weiteren persönlichen Inanspruch-  
 nahme des Arztes im selben Quartal € 7,20  
 Von der Verrechenbarkeit sind die Fachärzte für Labormedizin und die  
 Fachärzte für Radiologie ausgeschlossen.

Als persönliche Inanspruchnahme des Arztes im Sinne dieser Sonderleistungsposition  
 gelten nicht

a) persönliche Inanspruchnahme des Arztes bei denen eine Pos. 2a verrechenbar  
 ist oder ausschließlich eine der folgenden Leistungen erbracht wird:

21b (Goldkur), 250 (Bucky), Physiotherapie, Blutabnahme für Laborleistungen  
 und Laborleistungen

b) Serieninjektionen

c) hauptsächlich administrative Tätigkeiten (z.B. Verordnungen, Überweisungen,  
 Rezeptausstellungen)

2a Tagesordination (7 Uhr bis 20 Uhr) an Werktagen  
 dringendes Verlangen des Patienten außerhalb der vereinbarten  
 außerhalb der vereinbarten Ordinationszeiten € 7,80  
 (auch an ordinationsfreien Tagen)

Die Zeit der Inanspruchnahme ist anzuführen. Die Position ist innerhalb von  
 eineinhalb Stunden vor und nach den vereinbarten Ordinationszeiten nicht verrechenbar.

Die Pos. 2a ist im übrigen nur dann verrechenbar, wenn die Leistungserbringung auf-  
 grund der Dringlichkeit des Falles noch am selben Tag notwendig war und die Leistung  
 nicht während der angeführten Zeiten (Ordinationszeit und eineinhalb Stunden vor- und  
 nachher) erbracht werden konnte.

Die Pos. 2a ist daher auch dann verrechenbar, wenn bei Vorliegen der im vorstehenden

Absatz angeführten Voraussetzungen - die dringend notwendige Inanspruchnahme telefonisch vorangemeldet wurde oder wenn die Ordination wegen der großen Anzahl der Patienten und der dadurch bedingten Verlängerung der Ordinationszeit noch nicht geschlossen war.

- 2n Ordination bei Nacht von 20 Uhr bis 22 Uhr € 19,08  
2k Ordination bei Nacht von 22 Uhr bis 7 Uhr € 27,25  
Bei den Positionen 2n und 2k ist die Zeit der Inanspruchnahme anzuführen.
- 3 Besuch bei Tag an Werktagen € 32,25
- 3d Besuch im Alten- oder Pflegeheim € 25,05  
Die Pos. 3d gebührt pro Besuch in einem Heim; und zwar unabhängig davon, wie viele Alten- bzw. Pflegeheimpatienten tatsächlich visitiert wurden.  
Die Pos. 3d ist für den Besuch eines Alten- bzw. Pflegeheimes grundsätzlich nur 1 x pro Tag verrechenbar (Ausnahme nur dann, wenn das Altenheim pro Tag notwendigerweise öfter als 1 x besucht werden musste; in diesem Fall Angabe der Uhrzeit der einzelnen Altenheimbesuche erforderlich).
- 3e Besuch bei einem Alten- oder Pflegeheimpatienten € 7,20  
Die Pos. 3e ist pro tatsächlichem Besuch verrechenbar.  
Weiters gilt bzgl. Pos. 3d und 3e:  
a) Verrechenbar nur für Patienten, die in einem von Ärztekammer und Kasse anerkannten Alten- oder Pflegeheim wohnhaft sind.  
b) Eine Verrechnung der Pos. 1a mit der Pos. 3e am selben Tag ist nur dann möglich, wenn der Alten- oder Pflegeheimpatient an diesem Tag - zusätzlich zu einem Besuch im Heim - auch in der Ordination des Arztes behandelt wurde und dies am Behandlungsschein entsprechend vermerkt ist.
- 3m Weiterer Besuch bei Tag an Werktagen am selben Ort und im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang € 7,20  
Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Pos. 3 limitiert.  
Weiters gilt bezüglich Pos. 3 und 3m:  
a) Werden am selben Ort und in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mehrere anwesende Personen besucht, kann nur einmal die Pos. 3 verrechnet werden. Für jede weitere untersuchte oder behandelte Person ist die Pos. 3m verrechenbar.  
b) Diese Regelung gilt für Mitvisiten am selben Ort:  
- in Einfamilienhaushalten  
- in Mehrfamilienhaushalten, sofern diese Haushalte durch eine gemeinsame Küche verbunden sind  
- in Schulen, Internaten, Hotels  
- an einem Unfallort
- 4 Dringender Besuch - über Berufung - während der Ordinationszeit € 36,20  
Die Zeit der Durchführung ist anzugeben. Die Position ist auch während einer Ordinationstätigkeit bis zu 1,5 Stunden nach der vereinbarten Ordinationszeit verrechenbar.
- 5 Tagesbesuch (7 Uhr bis 20 Uhr) an Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen bzw. während des Wochenendbereitschaftsdienstes € 31,73  
Nur bei Dringlichkeit mit Begründung oder als Erstbesuch verrechenbar.  
Werden zur gleichen Zeit mehrere im selben Haushalt, Internat, Heim, Schule und dgl. oder an einem Unfallort anwesende Personen besucht, so kann nur einmal Pos.Nr. 5 verrechnet werden. Für jede weitere Person ist Pos.Nr. 1 verrechenbar.

6n Besuch bei Nacht von 20 Uhr bis 22 Uhr	€ 47,30
6k Besuch bei Nacht von 22 Uhr bis 7 Uhr	€ 63,76

Für die Positionen 6n und 6k gilt:

Die Zeit der Durchführung ist anzugeben; bei Berufung vor Beginn der Nachtzeit ist auch die Zeit der Berufung anzuführen. Als Zeit der Berufung gilt jener Zeitpunkt, an dem diese dem Arzt zur Kenntnis gelangt.

Werden zur gleichen Zeit mehrere im selben Haushalt, Internat, Heim, Schule und dgl. oder an einem Unfallort anwesende Personen besucht, so kann nur einmal Pos.Nr. 6n oder 6k verrechnet werden. Für jede weitere Person ist Pos.Nr. 2n oder 2k verrechenbar.

### C. Vergütung für Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst ab 1. Jänner 2015

9 Bereitschaftsdienstpauschale, je Einheit als Mindestpauschale (darüber abhängig von Sprengelgröße)	€ 157,53
Für jene Ärzte verrechenbar, die an dem von der Ärztekammer für Oberösterreich im Einvernehmen mit den ö. §-2-Krankenversicherungsträgern eingerichteten ärztlichen Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst Bereitschaftsdienst halten.	

### E. Wegegebühren ab 1. Jänner 2015

#### Kilometer bei Tag:

von 1 bis 1400 Km	pro Km	€ 1,31
von 1401 bis 2000 Km	pro Km	€ 0,62
von 2001 bis 5000 Km	pro Km	€ 0,42
über 5000 Km	keine Vergütung	

#### Kilometer bei Nacht:

ohne Staffelung	pro Km	€ 1,48
-----------------	--------	--------

#### Wegegebühren der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Fachärzte

pauschaliert, Punkte je verrechenbaren Besuch	Punktwert	€ 0,20
---	-----------	--------

in den Städten Linz, Wels und Steyr (je verrechenbaren Besuch 22,5 Punkte)	Punktwert	€ 0,20
---	-----------	--------

Mietfuhrwerk	pro Km	€ 0,29
Gehkilometer	pro Km	€ 1,31

#### Sonntagsdienst und Sonderabrechnung

Kilometer bei Tag	pro Km	€ 1,05
Kilometer bei Nacht	pro Km	€ 1,48

#### Fachärzte für Labormedizin

Kilometer bei Tag	pro Km	€ 0,84
Kilometer bei Nacht	pro Km	€ 1,13

#### Weitere Änderungen der Tarife 2015:

Der Tarif der Position 10a wird von	€ 15,80	auf	€ 16,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10b wird von	€ 26,91	auf	€ 27,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10de wird von	€ 78,32	auf	€ 79,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10dw wird von	€ 24,10	auf	€ 25,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10dz wird von	€ 21,69	auf	€ 22,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10ha wird von	€ 9,76	auf	€ 10,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10hb wird von	€ 9,76	auf	€ 10,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10hc wird von	€ 9,76	auf	€ 10,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10hd wird von	€ 9,76	auf	€ 10,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10k wird von	€ 13,92	auf	€ 14,00	angehoben.
Der Tarif der Position 10r wird von	€ 63,00	auf	€ 64,50	angehoben.
Der Tarif der Position 10x wird von	€ 71,37	auf	€ 71,77	angehoben.
Der Tarif der Position 10y wird von	€ 20,55	auf	€ 20,95	angehoben.
Der Tarif der Position 10z wird von	€ 46,50	auf	€ 46,90	angehoben.
Der Tarif der Position 41a wird von	€ 13,37	auf	€ 13,60	angehoben.
Der Tarif der Position 60a wird von	€ 25,65	auf	€ 25,70	angehoben.
Der Tarif der Position 269b wird von	€ 19,03	auf	€ 19,20	angehoben.
Der Tarif der Position 270c wird von	€ 54,00	auf	€ 56,00	angehoben.
Der Tarif der Position 270d wird von	€ 44,50	auf	€ 46,50	angehoben.
Der Tarif der Position 270e wird von	€ 60,50	auf	€ 62,50	angehoben.
Der Tarif der Position 270f wird von	€ 28,00	auf	€ 29,50	angehoben.
Der Tarif der Position 270g wird von	€ 22,40	auf	€ 22,90	angehoben.
Der Tarif der Position 299 wird von	€ 33,00	auf	€ 33,60	angehoben.
Der Tarif der Position 338 wird von	€ 44,36	auf	€ 44,50	angehoben.
Der Tarif der Position 339a wird von	€ 51,18	auf	€ 51,35	angehoben.
Der Tarif der Position 400 wird von	€ 18,52	auf	€ 18,85	angehoben.
Der Tarif der Position 401 wird von	€ 30,60	auf	€ 31,15	angehoben.
Der Tarif der Position 402 wird von	€ 13,74	auf	€ 13,99	angehoben.
Der Tarif der Position 403 wird von	€ 25,82	auf	€ 26,28	angehoben.
Der Tarif der Position 404 wird von	€ 20,95	auf	€ 21,33	angehoben.
Der Tarif der Position 405 wird von	€ 29,04	auf	€ 29,56	angehoben.
Der Tarif der Position 406 wird von	€ 29,04	auf	€ 29,56	angehoben.
Der Tarif der Position 407 wird von	€ 32,60	auf	€ 33,19	angehoben.
Der Tarif der Position 410 wird von	€ 50,75	auf	€ 51,35	angehoben.
Der Tarif der Position 411 wird von	€ 8,85	auf	€ 8,95	angehoben.
Der Tarif der Position 412 wird von	€ 8,71	auf	€ 8,87	angehoben.
Der Tarif der Position 413 wird von	€ 17,40	auf	€ 17,71	angehoben.
Der Tarif der Position 414 wird von	€ 13,92	auf	€ 14,17	angehoben.
Der Tarif der Position 415 wird von	€ 39,12	auf	€ 39,82	angehoben.
Der Tarif der Position 415 a wird von	€ 18,88	auf	€ 19,08	angehoben.
Der Tarif der Position 416 wird von	€ 39,12	auf	€ 39,82	angehoben.
Der Tarif der Position 416 a wird von	€ 18,88	auf	€ 19,08	angehoben.
Der Tarif der Position 500 wird von	€ 47,00	auf	€ 47,90	angehoben.
Der Tarif der Position 501 wird von	€ 37,95	auf	€ 38,65	angehoben.
Der Tarif der Position 502 wird von	€ 32,86	auf	€ 33,46	angehoben.
Der Tarif der Position 503 wird von	€ 29,53	auf	€ 30,03	angehoben.



Der Tarif der Position 504 wird von	€ 20,16	auf	€ 20,56	angehoben.
Der Tarif der Position 505 wird von	€ 8,77	auf	€ 8,92	angehoben.
Der Tarif der Position 510 wird von	€ 8,77	auf	€ 8,92	angehoben.
Der Tarif der Position 540 wird von	€ 39,74	auf	€ 40,24	angehoben.

#### Limitierung der Quartalshonorarabrechnung:

Bei den allg. Fachärzten durch Kürzung des übersteigenden Betrages um 33 % und des übersteigenden Betrages um 45 %.	€ 56.548,19	€ 66.000,46
---	-------------	-------------

Bei den Fachärzten für Radiologie durch einen Mengenrabatt von		
10 % des	€ 113.966,67	übersteigenden Betrages, von
15 % des	€ 156.495,93	übersteigenden Betrages und von
20 % des	€ 257.647,42	übersteigenden Betrages.

Bei den Fachärzten für Labormedizin durch einen Mengenrabatt von		
von 10% des	€ 200.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 15% des	€ 205.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 20% des	€ 210.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 25% des	€ 220.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 40% des	€ 230.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 55% des	€ 260.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 60% des	€ 290.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 65,45% de	€ 330.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 69% des	€ 350.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 71% des	€ 395.000,00	übersteigenden Betrages, von
von 71,5% des	€ 520.000,00	übersteigenden Betrages und von
von 72,317% d	€ 830.000,00	übersteigenden Betrages.

Die Laborportopauschale für die Fachärzte für Labormedizin wird um 1,82 % erhöht.

#### Limitierung der Quartalshonorarabrechnung für SVB:

Bei den allg. Fachärzten durch Kürzung des übersteigenden Betrages um 33% und des übersteigenden Betrages um 45%.	€ 4.083,86	€ 4.859,73
---	------------	------------

Bei den Fachärzten für Radiologie durch einen Mengenrabatt von		
20 % des	€ 1.958,61	übersteigenden Betrages des SVB-Gesamthonorars inkl. Organsonographie und Knochendichtemessung

Bei den Fachärzten für Labormedizin durch einen Mengenrabatt von		
5 % des	€ 10.222,66	übersteigenden Betrages, von
15 % des	€ 10.952,85	übersteigenden Betrages, von
30 % des	€ 12.413,22	übersteigenden Betrages, von
45 % des	€ 13.873,61	übersteigenden Betrages, von
60 % des	€ 15.333,99	übersteigenden Betrages und von
61 % des	€ 18.254,75	übersteigenden Betrages.

