

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

GESAMTVERTRAGLICHE VEREINBARUNG

vom 1. Februar 2014

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

das **36. 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

vereinbart wird.

Inhaltsverzeichnis

I. Vertragszeitraum und Regelungsbereich	3
II. Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit im Kalenderjahr 2013	3
1) Betrag für Tarifierhebung 2013.....	3
2) Verbindlichkeiten der Ärztekammer.....	3
3) Einrichtung eines Strukturtopfes	4
4) Änderungen der Honorarordnung im Kalenderjahr 2013	4
III. Neustruktur Labor	8
IV. Änderung der Regelung über die Ordinationszeiten	9
V. Sonstige gemeinsame Initiativen ab 1. Jänner 2014	9

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. Jänner 2013.

Soweit im Folgenden keine gesonderte Regelung getroffen wird, gilt die Honorarordnung in der Fassung des 35. Zusatzprotokoll weiter.

II. Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit im Kalenderjahr 2013

1) Betrag für Tarifierhebung 2013

Das laufende Honorar der oberösterreichischen Vertragsärzte (Basisbetrag vertragsärztliche Hilfe 2012: € 244.534.564,00) wird im Kalenderjahr 2013 mit der Entwicklung der Summe der Beiträge (BeSt) der Kasse für 2013 begrenzt. In diesem Rahmen werden die Tarife durchschnittlich mit 2,1% des Basisbetrages vertragsärztliche Hilfe 2012 valorisiert. Die höchstzulässige Frequenzentwicklung (= Frequenzlatte: Anzahl der Fälle und Leistungen pro Fall) ergibt sich somit aus der BeSt abzüglich 2,1%. Über- und Unterschreitungen dieser Frequenzlatte werden für das Kalenderjahr 2013 einmalig und ab dem Kalenderjahr 2014 tarifwirksam ausgeglichen.

Zusätzlich werden die Tarife der Allgemeinmediziner und allgemeinen Fachärzte um € 335.864,97 angehoben, was wie folgt finanziert wird: Die Honorarsumme der Laborfachärzte wird ab 1.1.2014 um 3,5% abgesenkt. 85,7% des dadurch frei werdenden Betrages (= € 335.864,97) wird für die Anhebung der Tarife der Allgemeinmediziner und allgemeinen Fachärzte mit Wirksamkeit 1.1.2013 verwendet. Der Restbetrag wird ab dem Kalenderjahr 2014 jährlich in den Topf „PEQ“ (vgl. 31. Zusatzprotokoll, Punkt II.1.) fließen. Als Ausgleich für den verspäteten Wirksamkeitsbeginn der Absenkung der Labor-Honorarsumme wird die Ärztekammer mit Wirksamkeit 2013 den Betrag von € 335.864,97 aus dem Topf „PEQ“ an die Kasse überweisen.

Mit dieser Tarifierhebung ist die Überschreitung der Frequenzlatte im Kalenderjahr 2012 (vgl. 33. Zusatzprotokoll, Punkt II.1) im Ausmaß von 0,23% des Basisbetrages 2011 mit Wirksamkeit ab 1.1.2013 bereinigt.

2) Verbindlichkeiten der Ärztekammer

Der einmalige Ausgleich der Frequenzlattenüberschreitung im Kalenderjahr 2012 von 0,23% des Basisbetrages 2011 für das Kalenderjahr 2012 (vgl. 33. Zusatzprotokoll, Punkt II.1) sowie die für das Kalenderjahr 2012 vereinbarte Einmalzahlung der Ärztekammer an die Kasse in Höhe von € 305.602,94 erhöhen die offene Verbindlichkeit der Ärztekammer gegenüber der Kasse um € 838.990,56. Im Gegenzug reduziert die Nichtanhebung für Labor (vgl. 31. Zusatzprotokoll, Punkt II.1.) diese Verbindlichkeit um € 413.029,28.

Mit Stand 31. Dezember 2013 belaufen sich somit die Verbindlichkeiten der Ärztekammer auf € 4.123.290,27.

3) Einrichtung eines Strukturtopfes

Ein neu geschaffener „Strukturtopf“ wird von der Kasse mit einem Betrag von € 1 Million gespeist, um insbesondere einen Härteausgleich bei Limitüberschreitungen, die durch Auslagerungen aus dem Spitalsbereich verursacht wurden, durchführen zu können. Dieser Betrag wird je zur Hälfte für die Allgemeinmediziner, die einen finanziellen Verlust durch Erreichen der dritten Grundleistungsstaffel erlitten haben und für die allgemeinen Fachärzte, bei denen in mindestens 2 Quartalen im Kalenderjahr 2013 die höchste Limitierung der Quartals-Honorarabrechnung (= 45%) gegriffen hat, ausgeschüttet.

4) Änderungen der Honorarordnung im Kalenderjahr 2013

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

4.1) Änderungen der Honorarordnung mit Wirksamkeit 1. Jänner 2013

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. Jänner 2013, 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 2,1 % 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 **€ 49.692,78** übersteigenden Betrages um 33 % und des **€ 63.508,80** übersteigenden Betrages um 45 %.

Bei den **Fachärzten für Radiologie** durch einen Mengenrabatt von 10 % des **€ 112.045,69** übersteigenden Betrages, von 15 % des **€ 153.858,09** übersteigenden Betrages und von 20 % des **€ 253.304,61** übersteigenden Betrages des Gesamthonorars inkl. Sonographie und Knochendichtemessung.

Bei den **Fachärzten für Labormedizin** (Abschnitt VII der Honorarordnung) durch einen Mengenrabatt von 10% des € 138.665,33 übersteigenden Betrages, von 15% des € 161.772,42 übersteigenden Betrages, von 20 % des € 184.879,52 übersteigenden Betrages, von 25 % des € 206.453,23 übersteigenden Betrages, von 40 % des € 231.101,30 übersteigenden Betrages, von 55 % des € 261.920,88 übersteigenden Betrages, von 60 % des € 285.027,96 übersteigenden Betrages, von 65,45 % des € 316.685,89 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 € 3.588,75 übersteigenden Betrages um 33 % und des € 4.676,26 übersteigenden Betrages um 45 %.

Bei den **Fachärzten für Radiologie** durch einen Mengenrabatt von 20 % des € 1.925,60 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) Strukturverbesserungen

Folgende Strukturverbesserungen werden ab 1. Jänner 2013 umgesetzt:

f)1. Position 299 (Abschnitt D der Honorarordnung)

Bei der Position 299 „Blutgasanalyse in Ruhe und/oder Belastung bzw. Sauerstoffabgabe“ wird die Limitierung von 10 % auf 15 % der Fälle angehoben.

f)2. Regelbetrieb Palliativversorgung (Abschnitt D der Honorarordnung)

Das Pilotprojekt „Palliativversorgung“ durch niedergelassene Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin wird ab 1. Jänner 2013 in den Regelbetrieb übergeführt (vgl. 32. Zusatzprotokoll, Punkt II.3.).

Die angeführten Positionen unterliegen keiner Limitierung und sind verrechenbar von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin, die von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer hiezu berechtigt wurden. Eine Berechtigung wird dann erteilt, wenn der Arzt das Palliativdiplom erworben oder an einer von der MedAk organisierten Palliativschulung teilgenommen hat.

Pos. Nr.		Euro
3gp	Besuch bei Tag an Werktagen	29,71
3dp	Besuch im Alten- oder Pflegeheim Wird ein Heim mehrmals pro Tag angefahren, kann die Position auch mehrmals täglich verrechnet werden.	23,03
3ep	Besuch bei einem Alten- oder Pflegeheimpatienten	6,68
4p	Dringender Besuch - über Berufung – während der Ordinationszeit	35,12
5p	Tagesbesuch (07 Uhr bis 20 Uhr) an Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen bzw. während des Wochenendbereitschaftsdienstes	30,93
6np	Besuch bei Nacht von 20 Uhr bis 22 Uhr	46,20
6kp	Besuch bei Nacht von 22 Uhr bis 07 Uhr	62,66
7p	Für längere Verweildauer beim Besuch des Kranken über die erste halbe Stunde hinaus, für jede begonnene weitere halbe Stunde	13,04
8p	Konsilium Mit Allgemeinmediziner, nur dann, wenn dieser ein Palliativdiplom hat, auch telefonisch.	13,04
10kp	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt Maximal 20x pro Patient und Quartal verrechenbar	13,92
27p	Intravenöse Tropfinfusion	9,59

f)3. Neuerungen im Bereitschaftsdienst (Abschnitt C der Honorarordnung)

Um den geänderten Rahmenbedingungen (zB schnellere Erreichbarkeit von Orten durch bessere Verkehrsverbindungen), den gesellschaftlichen Veränderungen (höherer Frauenanteil, Ärzte mit familiären Verpflichtungen, etc.) und den Schwierigkeiten, in Sprengeln mit wenigen Ärzten Nachfolger für Vertragsärzte zu finden, Rechnung zu tragen, wird ab 1.1.2013 folgende Neuerung im Bereitschaftsdienst durchgeführt:

Es besteht für die Ärztekammer in Abstimmung mit der Kasse die generelle Möglichkeit, Sprengel zusammenzulegen, sofern eine 2/3 Mehrheit unter den im Bereitschaftsdienst tätigen Ärzten vorliegt. Es kommen anstelle der bisher einheitlichen € 147,54 je Einheit (Position 9 gem. Abschnitt C der Honorarordnung) künftig nach Größe des Sprengels und nach Einwohnerzahl gestaffelte Pauschalen in einer Bandbreite von mind € 151,14 und max. € 340,00 pro Einheit zum Tragen. Die Ärztekammer informiert jeweils vor Sprengelzusammenlegungen die Bevölkerung.

Die neue Textierung zur Vergütung für Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst gem. Abschnitt C der Honorarordnung lautet ab 1. Jänner 2013:

Bereitschaftsdienstpauschale, je Einheit zwischen € 151,14 und € 340,--

Die Höhe der Bereitschaftsdienstpauschale in einem Sprengel ist abhängig von der Größe des Sprengels und der Einwohnerzahl. Die Berechnung erfolgt durch die Ärztekammer für Oberösterreich und wird mit der Kasse abgestimmt, die eine entsprechende Positionsnummer für die Verrechnung vergibt. Die Pauschale ist dann von jenen Ärzten verrechenbar, die an dem von der Ärztekammer für Oberösterreich im Einvernehmen mit den oö §-2 Krankenversicherungsträgern eingerichteten ärztlichen Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst Bereitschaftsdienst halten.

f)4. Position 270, 272d und 272e Fachgruppe Psychiatrie (Abschnitt D der Honorarordnung)

Die Einschränkung der Verrechenbarkeit der Position 270 „Ausführliche psychiatrische Exploration (bei Diagnosen lt. ICD 9 Nr. 290 bis 319)“ auf bisher einmal pro Fall und Quartal wird aufgehoben.

Um Stellennachbesetzungen im Fach Psychiatrie attraktiver zu machen, werden zeitlich befristet Erleichterungen bei den Limitierungsbestimmungen für neue Vertragsärzte, die eine Einzelnachfolge antreten oder eine neu geschaffene Stelle besetzen oder als Juniorpartner nach einer Gruppenpraxis mit einer maximalen Laufzeit von drei Monaten tätig werden, umgesetzt. Die Positionstexte werden wie folgt ergänzt:

	Euro
272d Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn einer Psychotherapie (mindestens 50 Minuten)	73,749074
Verrechenbar nur von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. von Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie und für Fachärzte für Psychiatrie.	
Weiters gilt:	
- Nur bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen verrechenbar.	
- Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.	
- Die Verrechenbarkeit ist mit 50% der Fälle limitiert; für neue Vertragsärzte im ersten Halbjahr ab Vertragsbeginn ist die Verrechenbarkeit mit 70% der Fälle limitiert.	
- Nicht am selben Tag mit folgenden Positionen verrechenbar: 10a, 10b, 270, 270a, 272 a – c, 272e und 279.	
272e Psychiatrischer Längsschnitt (mindestens 60Minuten)	86,763616
Verrechenbar nur von Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie, für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und für Fachärzte für Psychiatrie.	
Die Erfassung und die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der ÄK für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.	
Weiters gilt:	
- Nur bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen verrechenbar	

- Einmal pro Krankheitsfall und Patient sowie pro Arzt und Quartal verrechenbar
- Diese Position ist nicht verrechenbar, wenn sie für den Versicherten zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal verrechnet wurde, es sei denn es liegt ein neuer Erkrankungsfall vor und es fand in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt statt.
- Nicht am selben Tag mit folgenden Positionen verrechenbar: 10a, 10b, 270a, 272a – c, 272d und 279.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 35% der Fälle limitiert; **für neue Vertragsärzte ist die Verrechenbarkeit im ersten Halbjahr ab Vertragsbeginn mit 70% der Fälle und im zweiten Halbjahr ab Vertragsbeginn mit 50% der Fälle limitiert.**

f)5. Position 1324 (Abschnitt D der Honorarordnung)

Die Beschränkung der Position „Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis incl. 16. Lebensjahr“ wird bis inklusive 18. Lebensjahr erweitert.

III. Neustruktur Labor

Im Kalenderjahr 2014 erfolgt eine umfassende Neukonzeptionierung der Laborstruktur mit folgenden Eckpfeilern:

a) Notfalllabor für Allgemeinmediziner und Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin

Das Labor gem. Abschnitt D.VI. der Honorarordnung wird für die Ärzte für Allgemeinmedizin und Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin (AA) auf Notfallparameter beschränkt. Die Umsetzung erfolgt mit Blick auf getätigte Investitionen mit Übergangsfristen. Die dadurch bewirkten Einsparungen (insbesondere durch Verschiebungen vom AA-Labor zum kostengünstigeren Großlabor) werden an die AA tarifwirksam ausgeschüttet, wobei unter anderem folgende Schwerpunkte in Frage kommen:

- Gleichstellung der Betragshöhe der Visitenpositionen 3 und 3d. Die Position 3d soll in Zukunft für den ersten Patienten im Altersheim verrechenbar sein, die Position 3e für jeden weiteren Patienten im Rahmen der Altenheimvisite. Auch der Tarif der Position 3e wird deutlich angehoben.
- Abgeltung der Tätigkeiten im Rahmen der Palliativbetreuung durch zusätzliche Honorarposition

Die Möglichkeit des Direkteinkaufs im Labor VII ((vgl. 32. Zusatzprotokoll, Punkt III.2) wird vorerst bis 30.6.2014 verlängert und entfällt jedenfalls mit in Kraft treten der neuen Regelung.

b) Konzentration der Großlabors

Die Vertragsarztstellen für Labormedizin sollen bei Gleichbleiben der Anzahl der Laborärzte (Anmerkung: Stellenreduktionen im Zuge der Stellenplanung sind davon nicht berührt) auf wenige Standorte konzentriert werden mit dem Ziel, die Kostensituation und die Honorarsummen zu senken ohne das Einkommen der Laborfachärzte zu schmälern. Im ersten Schritt wird die Umsetzung von standortübergreifenden Gruppenpraxen für die Labors konzipiert. Analog sonstiger Regelungen zu standortübergreifenden Gruppenpraxen werden keine Abschläge vorgesehen, jedoch verschärfte Limitierungen. Details dazu werden im Gruppenpraxen-Gesamtvertrag geregelt.

IV. Änderung der Regelung über die Ordinationszeiten

Mit **Wirksamkeit 1.1.2014** wird der § 11 Abs. 2a des OÖ Ärzte-Gesamtvertrages vom 27.7.1956 idgF wie folgt neu textiert (inhaltliche Änderungen in Fettschrift):

- (2a) Für Niederlassungen von Vertragsärzten ab dem 1. Juli 2006 gilt folgende Ordinationszeitenregelung:
- a. Die Mindestöffnungszeit beträgt 20 Wochenstunden.
 - b. Die Arztpraxis ist an zumindest fünf Werktagen (Montag bis Samstag) geöffnet zu halten.
 - c. Es müssen mindestens zwei Nachmittagsordinationen **beginnend ab 14:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 16:00 Uhr zu je zwei Stunden, - bzw. Abendordinationen beginnend ab 16:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 18:00 Uhr zu je zwei Stunden** angeboten werden, wobei eine Nachmittags- bzw. Abendordination durch eine zweistündige Samstagordination ersetzt werden kann.
 - d. Sofern im jeweiligen Versorgungsgebiet (**für Allgemeinmedizin die Gemeinde sowie die umliegenden Gemeinden, sofern sie versorgungsrelevant sind, für Fachärzte der Bezirk, bzw. in Linz** innerhalb der von Ärztekammer für OÖ und Kasse festgelegten Bezirke I bis V) bereits ein oder mehrere Vertragsärzte derselben Fachrichtung ansässig sind, hat sich der neu in Vertrag genommene Arzt an den Ordinationszeiten bestehender Vertragsärzte zu orientieren. Das heißt die Nachmittags- bzw. Abendordination des neu in Vertrag genommenen Arztes dürfen sich höchstens an einem Tag mit den bestehenden Nachmittags- bzw. Abendordinationen bereits niedergelassener Ärzte überschneiden. **Sollte sich durch diese Regelung zwingend nur mehr ein fixer Nachmittag ergeben, kann stattdessen an einem anderen Tag eine Abendordination angeboten werden.** Ab zwei Vertragsärzten derselben Fachrichtung ist von Montag bis Freitag zumindest eine Ordination eines Vertragsarztes geöffnet zu halten. Der ordinationsfreie Tag des neu in Vertrag genommenen Arztes darf sich nicht mit dem/den ordinationsfreien Tag(en) bereits niedergelassener Vertragsärzte überschneiden.
 - e. Im Einzelfall kann im Einvernehmen von ÄK und Kasse auf Antrag eines Arztes bei Vorliegen einer entsprechenden Begründung (zB gesundheitliche Probleme) von den Regelungen Abstand genommen werden bzw. eine andere, kundenorientierte Verteilung von Nachmittags- bzw. Abendordinationen vereinbart werden. Eine Zustimmung erfolgt grundsätzlich nur befristet auf längstens zwei Jahre, kann aber nach positiver Evaluierung auch unbefristet erteilt werden.

V. Sonstige gemeinsame Initiativen ab 1. Jänner 2014

Ärztekammer und Kasse werden auch weiterhin den Weg der kooperativen Zusammenarbeit gehen, um das oö Gesundheitswesen modern, qualitativ hochwertig und finanzierbar zu erhalten. Unter anderem sind folgende Initiativen geplant:

- a) **Erhöhung der Quote von elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (eAUM)**

Ärztammer und Kasse werden aktiv die Anhebung der öö eAUM-Nutzungsquote unterstützen inklusive Unterstützung des verpflichtenden Umstiegs aller Ärzte ab 1. Jänner 2015 (vgl. 31. Zusatzprotokoll, Punkt III.1)7.).

b) Mitarbeit der Ärzteschaft bei der Erarbeitung von Maßnahmen zur Frequenzdämpfung im CT / MR-Bereich

Die Ärztekammer wird sich in die geplante institutionenübergreifende Arbeitsgruppe mit der Wirtschaftskammer und der Sozialversicherung zur Erarbeitung von frequenzdämpfenden Maßnahmen hineinreklamieren und an konstruktiven Lösungen mitarbeiten.

c) Finanzierung des Ökotools Wundversorgung aus dem Topf „PEQ“

Die Ärztekammer wird auch weiterhin intensiv an der Eindämmung der Folgekostenentwicklung mitarbeiten. Sollten im Zusammenhang mit der Einbindung des neuen Ökotools für die Wundversorgung in die Arztsoftware Kosten entstehen, werden diese aus dem Topf „PEQ“ finanziert.

d) Förderung des EPA-Gütesiegels durch Zusatzpunkte bei der Bewerbung auf eine Kassenstelle

Zur Förderung des EPA-Gütesiegels (=Qualitätszertifikat für Arztpraxen) werden künftig, analog der Regelung zur Barrierefreiheit, für die Absichtserklärung, dieses Gütesiegel innerhalb eines noch festzulegenden Zeitraums zu erwerben, Bewerbern auf eine Kassenstelle Zusatzpunkte in Höhe von zwei Diplomen vergeben. Diese Punkte werden im Rahmen der maximal zu erreichenden Punkteanzahl für Diplome angerechnet. Eine Konkretisierung dieser Regelung erfolgt in den Richtlinien für die Auswahl von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen und Vertragsgruppenpraxen bzw. von Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen aufgrund der Reihungskriterienverordnung idgF.

VI. Prozess moderne Medizin

Um eine zügige Bearbeitung der Anträge auf Aufnahme einer neuen Leistung sicherzustellen, wurde der Prozess zur Sicherstellung der Qualitätsmedizin als Sachleistung (vgl. 21. Zusatzprotokoll, Punkt b) überarbeitet und konkretisiert.

Folgende Fristen für die Bearbeitung eines Antrages werden mit Gültigkeit 1.1.2014 vereinbart:

Prozessschritte	Akteur(e)	Frist
(1) Prüfung eines Antrages einer FG auf Einführung einer neuen Leistung und Übermittlung an GKK oder evtl. Veranlassung von Nachbesserung / Änderung und anschließende Übermittlung an GKK	ÄK	4 Wochen
(2) Prüfung des Antrages auf GKK-Seite (mit allfälliger Rücksprache mit ÄK-Mediziner) und Stellungnahme	GKK	10 Wochen (Bei Eingang des Antrages bei der GKK zwischen 01.01. - 31.05. und 01.09. - 30.11., ansonsten beginnt die Frist mit dem nächstfolgenden 01.01. bzw. 01.09. zu laufen.

(3) Zustimmung oder Erwidern mit konkreten Kritikpunkten und Änderungsvorschlägen, inkl. Begründung der Kritik bzw. Änderungsvorschläge, zur Stellungnahme der Gegenseite	ÄK/GKK	4 Wochen Wenn Prüfungsergebnis der GKK zwischen 01.07. und 01.09. bei ÄK einlangt, beginnt die Frist mit 01.09. zu laufen
(4 a) Falls keine Differenzen zwischen ÄK und GKK hinsichtlich ob/wie der Leistung: gemeinsames RS	ÄK/GKK	Fertiger Entwurf binnen 4 Wochen
(4 b) Falls Differenzen zwischen ÄK und GKK hinsichtlich ob/wie der neuen Leistung: Verhandlung auf Büroebene bzw. bei medizinischen Fragestellungen ggf. mit FG-Vertreter bzw. von diesem nominierten Arzt	ÄK/GKK	4 Wochen
(4c) Falls keine Einigung auf Büroebene: Einberufung Kalkulationsausschuss (Teilnehmer ÄK: Fachgruppenobmann, Dr. Fiedler und Büro)	ÄK/GKK	6 Wochen
(5 a) Falls in Kalkulationsausschuss (bzw. bereits auf Büroebene) Einigung erzielt werden kann: Verfahren wie unter 4 a)		sofort
(5 b) Falls in Kalkulationsausschuss keine Einigung erzielt werden kann: Gemeinsame Auswahl eines Sachverständigen. - Frist für Auswahl:	ÄK/GKK	4 Wochen
(6 a) Falls keine Einigung auf gemeinsamen Sachverständigen: Angelegenheit wird an die Schiedskommission herangetragen (Streitigkeit aus dem Ärztegesamtvertrag).	ÄK/GKK	Verfahren vor Schiedskommission
(6 b) Bei Einigung auf gemeinsamen Sachverständigen (Kostentragung GA erfolgt durch ÄK und GKK gemeinsam): - Frist für Gutachten:	ÄK/GKK	4 Wochen
(7) Annahme oder Ablehnung der Gutachtenergebnisse über: Aufnahme der Neuen Leistung ja/nein und Tariffhöhe	ÄK/GKK	Innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt des Gutachtens

Die Einhaltung dieser Fristen soll grundsätzlich jene Partei vor Verzögerungen schützen, welche den Antrag auf Einführung einer neuen Leistung eingebracht hat. Es wird daher vereinbart, dass die antragstellende Partei diese Fristen überschreiten kann, wobei aber der anderen Partei in diesem Fall eine Überschreitung im gleichen Ausmaß zusteht.

Sollten die Fristen entgegen der oben genannten Grundsätze von einem Vertragspartner überschritten werden, so ist der andere grundsätzlich berechtigt, unmittelbar in den oben unter 5 b genannten Prozess (gegebenenfalls durch einseitige Bestellung eines Sachverständigen) einzutreten, wobei aber beide Parteien bei Vorliegen von triftigen Gründen Bereitschaft zu einer einvernehmlichen Fristerstreckung zeigen.

Der Präsident: ÄRZTEKAMMER FÜR OÖ
Der Kurienobmann: Der Kurienobmann-Stellvertreter:

HAUPTVERBAND DER ÖSTERR. SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Die leitende Angestellte: OÖ GEBIETSKRANKENKASSE Der Obmann:

Anlage 1