

19. Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag vom 1.7.1993

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Steiermark, Kurie der niedergelassenen Ärzte einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – unter Mitfertigung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse im Namen und mit Rechtswirkung für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 1. Juli 1993 idgF angeführten Krankenversicherungsträger – andererseits.

Präambel Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

§ 1

Regelungsbereich

- (1) Mit der vorliegenden Zusatzvereinbarung wird im Einvernehmen der Vertragsparteien aufgrund des Ergebnisses der Honorarverhandlungen für das Jahr 2016 die Detailregelung der Honorierung für die Vertrags(fach)ärzte (ds Ärzte für Allgemeinmedizin, allgemeine Fachärzte, Fachärzte für Radiologie und die Fachärzte für Labormedizin, ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) getroffen.
 - a) Ab 01.01.2016 werden alle Tarife bzw. Fixbeträge sowie die Beträge zur Berechnung der abgestuften Honorierung bei Sonderleistungen und Ordinationen – ausgenommen die Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, die Tarife und Beträge zur Berech-

nung der abgestuften Honorierung für medizinisch-chemische Laboruntersuchungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin der Abschnitte V/A und V/B sowie für Fachärzte für medizinisch-chemische Labormedizin des Abschnittes V/C des Teiles B der Honorarordnung jeweils um 2,87 % angehoben.

- b) Ab 01.01.2016 entfällt die Stufe 3 der weiteren Ordination der Position 015 „Ordination“.
 - c) Ab 01.01.2016 wird das Limit für die Verrechnung der Position 116 CRP (C-reaktives-Protein-Schnelltest) für Fachärzte für Kinder-, und Jugendheilkunde im 2. und 3. Quartal von 4 % auf 10 % der Behandlungsfälle angehoben.
 - d) Ab 01.01.2016 wird die Fachspezifische Zuschlagsposition für Kinder- und Jugendheilkunde von EUR 5,27 auf EUR 5,67 angehoben.
 - e) Die Honorarerhöhung für das Jahr 2016 wird in Form einer Nachzahlung auf die Abrechnungen des 1., 2. und 3. Quartals 2016, längstens mit dem Resthonorar für das 4. Quartal 2016 ausbezahlt. Die Honorierung des 4. Quartals 2016 sowie der Folgequartale erfolgt bereits mit den erhöhten Tarifen und nach den Bestimmungen dieser 19. Zusatzvereinbarung.
- (2) Im Einvernehmen der Vertragsparteien wird in § 21 des Gesamtvertrages die verpflichtende Verwendung des Öko-Tools bei der Verschreibung von Heilmitteln ab 01.07.2017 vereinbart.
- (3) Weiters wird einvernehmlich eine Präzisierung des Ökonomiegebotes in § 10 des Gesamtvertrages vorgenommen.

§ 2

Änderung des Gesamtvertrages

Mit Wirksamkeit ab 01.01.2017 entfällt die in Pkt. 3 angeführte Betriebskrankenkasse Austria Tabak.

§ 2 des Gesamtvertrages lautet:

1. Steiermärkische Gebietskrankenkasse
8011 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, Postfach 900

2. Betriebskrankenkasse Kapfenberg
8605 Kapfenberg, Friedrich-Böhler-Straße 11, Postfach 94
3. Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme
8704 Leoben, Kerpelystraße 201
4. Betriebskrankenkasse Zeltweg
8740 Zeltweg, Alpinestraße 1
5. Sozialversicherungsanstalt der Bauern
1030 Wien, Ghegastraße 1

§ 10 Abs. 2 des Gesamtvertrages lautet ab 01.01.2017 wie folgt:

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse bis 30.09.2013:

- (2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist, einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die aufgrund der ärztlichen Ausbildung zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen des Versicherungsträgers vom Arzt zu begründen. Für erforderliche Leistungen, die der Vertragsarzt nicht selbst erbringen kann, hat er Überweisungen oder Zuweisungen unter Berücksichtigung des Ökonomiegebotes vorzunehmen, wobei er sich auch zu vergewissern hat, ob und inwieweit entsprechende maßgebliche Vorbefunde vorhanden sind. Im Falle einer notwendigen Überweisung oder Zuweisung ist grundsätzlich zu Vertragspartnern zu überweisen oder zuzuweisen. Eine Zuweisung oder Überweisung zu Wahlbehandlern soll nur dann erfolgen wenn ein Vertragspartner unter Berücksichtigung der Dringlichkeit der Behandlung oder Untersuchung in zumutbarer Entfernung nicht vorhanden ist.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 01.10.2013:

- (2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist, einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen

zu erzielen und die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die aufgrund der ärztlichen Ausbildung zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen des Versicherungsträgers vom Arzt zu begründen. Ausgenommen von der Behandlungsverpflichtung sind jene Leistungen, die in der Honorarordnung entsprechend gekennzeichnet sind und deren Erbringung bestimmten Planstellen vorbehalten ist. Für erforderliche Leistungen, die der Vertragsarzt nicht selbst erbringen kann, hat er Überweisungen oder Zuweisungen unter Berücksichtigung des Ökonomiegebotes vorzunehmen, wobei er sich auch zu vergewissern hat, ob und inwieweit entsprechende maßgebliche Vorbefunde vorhanden sind. Im Falle einer notwendigen Überweisung oder Zuweisung ist grundsätzlich zu Vertragspartnern zu überweisen oder zuzuweisen. Eine Zuweisung oder Überweisung zu Wahlbehandlern soll nur dann erfolgen wenn ein Vertragspartner unter Berücksichtigung der Dringlichkeit der Behandlung oder Untersuchung in zumutbarer Entfernung nicht vorhanden ist.

§ 21 des Gesamtvertrages lautet wie folgt:

- (1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.
- (2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen beachten.
- (3) Dem Vertragsarzt steht ein Öko-Tool über die Arzt-Software oder eine Web-Version (auch über die e-card-Infrastruktur) zur Verfügung. Der Vertragsarzt ist ab 01.07.2017 verpflichtet, dieses Instrument bei der Verordnung von Heilmitteln zu verwenden.
- (4) Der Vertragsarzt soll dabei unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die im Öko-Tool enthaltenen Arznei- und Heilmittel verordnen. Dies gilt auch bei wirkstoffgleichen und wirkstoffähnlichen Arznei- und Heilmittel sowie Biosimilars.

- (5) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.
- (6) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung des Versicherungsträgers nicht verschrieben werden.
- (7) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien sowie bestimmten Einmalgeräten ist vom Vertragsarzt beim Versicherungsträger anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigestellt. Das Nähere wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (8) Beabsichtigt der Chef-(Kontroll-)arzt, eine vom Vertragsarzt abgelehnte, genehmigungspflichtige Spezialität zu bewilligen, so ist diesem vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (9) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 6 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 36 Anwendung.

§ 3

Änderung der Honorarordnung

- (1) Ab 01.01.2016 werden alle Tarife bzw. Fixbeträge sowie die Beträge zur Berechnung der abgestuften Honorierung bei Sonderleistungen und Ordinationen – ausgenommen die Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, die Tarife und Beträge zur Berechnung der abgestuften Honorierung für medizinisch-chemische Laboruntersuchungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin der Abschnitte V/A und V/B sowie für Fachärzte für medizinisch-chemische Labormedizin des Abschnittes V/C des Teiles B der Honorarordnung jeweils um 2,87 % angehoben.

- (2) Ab 01.01.2016 entfällt die Stufe 3 der weiteren Ordination der Position 015 „Ordination“.

Teil A, Abschnitt IX, Punkt 2 der Honorarordnung, lautet daher wie folgt:

2. Ordinationen

(verrechenbar bei ärztlichen Leistungen)

2.1. Erstordination

Die Erstordination ist pro Behandlungsschein einmal pro Quartal verrechenbar.

Sind in einer Vertragsgruppenpraxis Ärzte verschiedener Fachgruppen tätig, so kann pro tätig werdender Fachgruppe jeweils einmal im Quartal eine Erstordination pro Behandlungsschein verrechnet werden.

2.2. Weitere Ordinationen

Jede weitere Ordination während eines Quartals wird gesondert bezahlt. Die Honoraransätze der weiteren Ordinationen sind in zwei Stufen gegliedert. Die Anzahl der weiteren Ordinationen, die mit dem Honorar der jeweiligen Stufe bezahlt werden, wird durch Multiplikation der Gesamtzahl der Behandlungsfälle des Vertrags(fach)arztes (der jeweilig betroffenen Fachgruppe in der Vertragsgruppenpraxis) pro Quartal mit den für die Allgemeinmediziner und Fachärzte nachangeführten Faktoren festgestellt.

	Stufe 1 bis inkl.	Stufe 2
- ALLGEMEINMEDIZINER:	1,40	über 1,40
- FG AUGEN:	0,20	über 0,20
- FG CHIRURGIE:	1,11	über 1,11
- FG DERMATOLOGIE:	0,60	über 0,60
- FG GYNÄKOLOGIE:	0,25	über 0,25
- FG HNO:	0,93	über 0,93
- FG INT. MEDIZIN:	0,40	über 0,40
- FG KINDERHEILKUNDE:	0,55	über 0,55
- FG LUNGENHEILKUNDE:	0,25	über 0,25
- FG NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE:	0,55	über 0,55
- FG ORTHOPÄDIE:	0,48	über 0,48
- FG UROLOGIE:	0,64	über 0,64

Teil B, Abschnitt I, Position 015 „Ordination“, lautet wie folgt:

I a Ordinationen und Visiten:

015 Ordination:

Erstordination		19,40
beinhaltet Grundbetrag von		8,62
u n d		
weitere Ordination	Stufe 1	6,73
	Stufe 2	4,65

- (3) Ab 01.01.2016 wird die Fachspezifische Zuschlagsposition für Kinder- und Jugendheilkunde von EUR 5,27 auf EUR 5,67 angehoben, sodass die Honorarposition lautet wie folgt:

Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	5,67
---	------

- (4) Mit Wirksamkeit ab 01.01.2016 wird das Limit für die Verrechnung der Position 116 CRP (C-reaktives-Protein-Schnelltest) für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde im 2. und 3. Quartal von 4 % auf 10 % der Behandlungsfälle angehoben, sodass die Honorarposition lautet wie folgt:

116 CRP (C-reaktives Protein-Schnelltest) verrechenbar von: Ärzten für Allgemeinmedizin in 5 % (1. und 4. Quartal) bzw. 2 % der Behandlungsfälle (2. und 3. Quartal) FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in 15 % (1. und 4. Quartal) bzw. 10 % der Behandlungsfälle (2. und 3. Quartal); nicht gemeinsam mit Pos. 055 (Blutsenkung) und Pos. 056 (Mikrosenkung) verrechenbar.	5,81
--	------

§ 4

Stellenplan

Der als Beilage angefügte Stellenplan der Vertragsärzte (Fassung 1. Jänner 2017) wird in dieser Form zwischen den Gesamtvertragsparteien vereinbart.

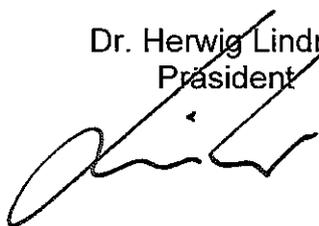
Schlussbestimmungen

Der Gesamtvertrag und die Honorarordnung in der Fassung aller bis zum 31.12.2015 abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und Anhänge gelten uneingeschränkt weiter, sofern in der vorliegenden Zusatzvereinbarung einzelne Bestimmungen nicht ausdrücklich aufgehoben oder abgeändert wurden.

Graz, am 15.02.2017

Ärzttekammer für Steiermark

Dr. Herwig Lindner
Präsident




Dr. Norbert Meindl
Obmann-Stv. der Kurie
niedergelassene Ärzte



In Vollmacht der § 2-Krankenversicherungsträger Steiermärkische Gebietskrankenkasse

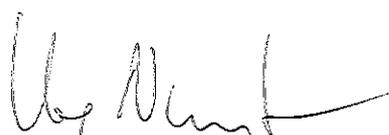
Die leitende Angestellte:



Gen. Dir. HR Mag. Hirschenberger

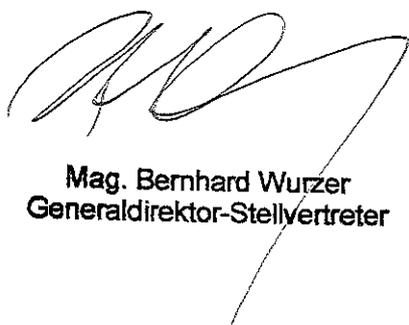


Die Obfrau:



Mag.a Nussbaum

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor-Stellvertreter




Mag.a Ulrike Rabmer-Koller
Verbandsvorsitzende