



Ergeht an:

- alle niedergelassenen Ärzte (außer Radiologen und Labormediziner)
- alle Landesärztekammern
- ÖÄK
- Verteilung an alle Abteilungen im Haus
- Alle EDV-Firmen
- Firma Günzberg (Tarifdiskette)

Graz, am 18.1.2007

FAX: 0316/8044-135

email: ngl.aerzte@aekstmk.or.at

A 3-47/Me

rs-1-2007.doc

Honorarabschluss 2006

(Ansprechpartner: Gerd Wonisch, Tel 0316/8044-34)

- o Alle Neuerungen und Änderungen im Detail

Coloskopie im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung

(Ansprechpartnerin: Karin Ferk, Tel 0316/8044-11)

- o Verhandlungen sind abgeschlossen
- o € 160,-- pro VU – Coloskopie; € 30,-- für Polypektomie (jeweils bis zu 2 Polypen)
- o Start mit 1. Jänner 2007
- o Chirurgen und Internisten erhalten eine gesonderte ausführliche Information

Probetrieb des elektronischen Versandes der VU-Bögen – derzeit noch keine Lesemöglichkeit bei den Kassen

(Ansprechpartnerin: Birgit Pöttler, Tel 0316/8044-69)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Details zum Honorarabschluss 2006

Es freut uns Ihnen mitteilen zu können, dass das Detail nunmehr inhaltlich abgestimmt ist und folgende Tarif- bzw. Vertragsänderungen greifen, die mit der Honorarvorauszahlung für den Monat März 2007 nachgezahlt werden (vorbehaltlich der Zustimmung des Hauptverbandes, wovon wir jedoch ausgehen). Die Tarifierhebungen betragen **tarifwirksam** für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte insgesamt

5,24% (€8.462.509,90).

Für Radiologen und Labormediziner ist keine Erhöhung vorgesehen.

Zusätzlich zu den Tarifierhebungen wird die einmalige Abschlagszahlung in der Höhe von 0,8% der Honorarsumme – ist gleich

0,90% (€1.481.770,35)

für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte angewiesen. Diese Abschlagszahlung stellt aus unserer Sicht wenigstens eine teilweise Abgeltung der getätigten Investitionen dar, die im Zuge von E-Card und Erstattungskodex notwendig wurden.

Weiters wird die Einsparungssumme aus dem **ArzneiDialog Zeitraum 4. Quartal 2003 bis 3. Quartal 2004** so wie im Vorjahr pauschal auf Basis der abgerechneten Behandlungsfälle nachbezahlt. Ab 1.1.2007 werden mit diesen Mitteln Tarife erhöht bzw. neue Leistungen (24h-RR, Ärztlicher Koordinationszuschlag für Fachärzte und Polypektomie) eingeführt. Es handelt sich um eine Nachzahlung von

1,8% (€2.844.421,32)

für Allgemeinmediziner und Fachärzte.

In Summe beträgt die **Honorarnachzahlung für das Jahr 2006 inkl. der ArzneiDialog-Nachzahlung aus 2003/2004 € 12.788.701,57** und bedeutet ein Honorarplus für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte von

insgesamt 7,9%.

Die Nachzahlung erfolgt für die schon abgerechneten Quartale (1. bis 3. Quartal 2006) mit der Honorarvorauszahlung für den Monat März 2007. Das 4. Quartal 2006 wird bereits mit den neuen Tarifen abgerechnet.

Neben der generellen Tarifierhebung aller Leistungen und Fixbeträge um 2,82% ergeben sich zusätzlich folgende Änderungen:

Anhebung der Erstordination von € 14,30 auf **€15,75**

Anhebung des Besuchszuschlags (Pos. 005) von € 5,26 auf **€6,41**

Anhebung des fixen Wegegelds für Graz, Leoben, Kapfenberg von € 2,37 auf **€3,44**

Anhebung des Pauschalbetrags für den Bereitschaftsdienst am Land für je 12 Stunden (vorbehaltlich der Zustimmung des Tarifausschusses) von € 82,27 auf **€100,00**

Änderung bei der Pos. 100 Befundbericht

Bislang war die Verrechnung des Befundberichts nur in der Anzahl der Überweisungsscheine pro Quartal für allgemeine Fachärzte möglich. Ab sofort ist die Pos. 100 „Befundbericht“ für Fachärzte auch bei eigenen Patienten verrechenbar, allerdings mit einem festgelegten Prozentsatz pro Fachgruppe limitiert. Der Befundbericht ist an den Hausarzt bzw. an den zuweisenden Arzt direkt zuzusenden. Diese Änderung wurde im Sinne der Verbesserung der Kommunikation zwischen Fachärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin vorgenommen und ist ein Beitrag zur Vermeidung von Doppel- bzw. Mehrfachuntersuchungen. Die Frequenzen des Befundberichts sind in den letzten Quartalen (seit Einführung der E-Card) dramatisch zurückgegangen, da die Patientinnen und Patienten die Fachärztinnen und Fachärzte direkt aufgesucht haben (ohne Überweisung). Somit gingen wichtige Informationen verloren. Wir appellieren an alle Fachgruppen Patienten, die keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, an einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin zu überweisen (§ 13 Abs. 2 Gesamtvertrag).

Die **Pos. 148 Hausärztlicher Koordinationszuschlag wird geändert in Ärztlicher Koordinationszuschlag** und ist ab sofort von Ärzten für Allgemeinmedizin **dreimal pro Fall und Quartal**, insgesamt in höchstens 6% der Behandlungsfälle pro Quartal, pro Quartal verrechenbar. Bisher war eine Verrechnung lediglich 1 mal pro Fall und Quartal möglich. Die Position ist nun auch von Fachärzten verrechenbar (siehe unten).

Anhebung des Tarifs und Textänderung bei der **Pos. 282 Verbandanlage bzw. Verbandwechsel** (bei Ulcera oder großflächigen Exkorationen, Verbrennungen und bei operativ versorgten Wunden **(ausgenommen kleine Pflasterverbände)**, für FÄ für Dermatologie und Chirurgie in 15 %, **für Ärzte für Allgemeinmedizin in 8 %** und die übrigen Fachärzte in 5 % der Behandlungsfälle eines Quartals, (Limitausnahme siehe Pkt. 2.15. der Erläuterungen zu Abschnitt II – Pos. 283) von €2,28 auf **€3,54**

Anhebung des Limits bei der Pos. 456 Urologische Ultraschalluntersuchung von 50% auf 60% der Behandlungsfälle pro Quartal – maximal 2 Felder pro Patient und Tag

Folgende neue Leistungen werden ab sofort eingeführt:

Pos. 148 Ärztlicher Koordinationszuschlag **€11,04**

NEU

verrechenbar **dreimal pro Fall und Quartal** in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 6% der Behandlungsfälle pro Quartal für Allgemeinmediziner und insgesamt in höchstens **3% der Behandlungsfälle pro Quartal für allgemeine Fachärzte.**

Die Pos. 148 ist bei folgenden demonstrativ aufgezählten Leistungen verrechenbar:

- Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten
- Koordinierung des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements
- Telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung
- Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes
- Organisation von Pflegemaßnahmen, (OP) Terminen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation
- Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland
- Besprechung der weiterführenden Therapie mit dem Hausarzt
- Einholen externer Befunde bei fehlender Überweisung

Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren (Anmerkung: ein Vermerk in der Kartei ist ausreichend!)

(Die Einbeziehung der allgemeinen Fachärzte in die Verrechnung erfolgt vorbehaltlich der Zustimmung des Tarifausschusses im Hauptverband)

Pos. 519 24-Stunden Blutdruckmonitoring**NEU**

verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin in 7%
der Behandlungsfälle pro Quartal und für Ärzte für
Allgemeinmedizin in 1% der Behandlungsfälle pro Quartal.

€29,30Indikationen der Verrechenbarkeit:

- a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht
 - o bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtetes durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung
- b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei:
 - o sekundärer Hypertonie
 - o Praeeklampsie
 - o Schlafapnoe
 - o Hypertoner Herzhypertrophie
- c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:
 - o bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch)
 - o nach Schlaganfall, Herzinfarkt
 - o mit Herzinsuffizienz
 - o mit echokardiographisch festgestellter Linkshypertrophie
 - o mit Diabetes mellitus
 - o mit fehlender Rückbildung von Organschäden*
 - o mit Wechselschichtdienst
 - o mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B.: unerklärbarer Schwindel)*
 - o zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie*
 - o bei Schwangeren mit EPH-Gestose

Medizinische Erläuterungen:Untersuchungshäufigkeit:

- o einmal zur Diagnostik
- o ein- bis mehrmalige Kontrolluntersuchung(en) bei ungenügender medikamentöser Einstellung

*Nur bei unzureichender Klärung durch die Kombination von Sprechstundenmessung und Selbstmessung.

Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind 3 Jahre aufzubewahren. Auf Verlangen ist den vom Versicherungsträger beauftragten Personen Einsicht in die betreffenden Unterlagen zu gewähren, soweit dies aufgrund der dem Versicherungsträger gesetzlich übertragenen Aufgaben erforderlich und mit den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes in Einklang zu bringen ist.

Pos. 525 Elektromyographie**NEU**

verrechenbar von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie sowie von Fachärzten für Neurologie in 25% der Behandlungsfälle; EMG-Untersuchungen können im Rahmen des Limits pro Behandlungsfall und Quartal einmal verrechnet werden

€23,26**Pos. 526 Elektroneurographie****NEU**

verrechenbar von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie sowie von Fachärzten für Neurologie in 25% der Behandlungsfälle; ENG-Untersuchungen können im Rahmen des Limits pro Behandlungsfall und Quartal einmal Verrechnet werden

€23,26

Pos. 580 24-Stunden-EKG**NEU**

verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin in 20% der Behandlungsfälle

€39,97

Der Umfang der 24-Stunden-EKG-Untersuchung umfasst alle Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind, insbesondere das Anlegen und die Abnahme des Speichergerätes, Auswertung und Befunderstellung.

Pos. 583 Doppler-Echokardiographie (Zuschlag zur Pos. 507 Echokardiographie)**NEU**

Inkl. eventuell erforderlicher Vitiumdiagnostik mit gepulstem und/oder CW-Doppler, inkl. eventuell erforderlichem Color Doppler Imaging (inkl. Befunderstellung und Bilddokumentation = Print und Messdaten)

Verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin in 20% der Behandlungsfälle

€25,87

Das verwendete Gerät ist unter Vorlage einer Rechnungskopie an die Gemeinsame Ärzteverrechnungstelle zu übermitteln. Es gelten die selben Ausbildungsbedingungen wie bei der Pos. 507 Echokardiographie.

Pos. 847 Farbduplexsonographie der Carotis und des Vertebralis-Arteriensystems**NEU**

verrechenbar von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie sowie von Fachärzten für Neurologie in 25% der Behandlungsfälle

€37,18**Pos. 593 Bidirektionale dopplersonographische Untersuchung der extra- und intrakraniellen Arterien****NEU**

verrechenbar von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie sowie von Fachärzten für Neurologie in 25% der Behandlungsfälle

€30,09

Diese Position ist einschließlich Frequenzanalyse, Dokumentation und Beurteilung nur bei pathologischem Befund der Basisuntersuchung (Pos. 847) oder bei spezieller klinischer Fragestellung verrechenbar.

Indikationen:

- Abklärung der cerebrovaskulären Insuffizienz: TIA, Insult Stenosen; Flussanomalien der basilaris u. terminalen Vertebralis.
- Abschätzung der OP-Indikationen bei extracraniellen Stenosen.
- Gefäßmalformationen
- Diff. Diagnostik: vaskuläre : degenerative Demenzen
- Vasculitis (Hirndruck, Stillstand, Spasmus: klinischer Bereich).

Die Pos. 525, 526, 580, 583, 847 und 593 sind Leistungen, die bislang von Kassenärzten mit einer Sondervereinbarung (abgeschlossen zwischen Arzt und Kasse – ohne Zustimmung der Ärztekammer) erbracht wurden. Diese Sonderverträge werden ins Honorarsystem überführt und sind für alle Kolleginnen und Kollegen der betreffenden Fachgruppen, die die entsprechende fachliche Qualifikation erfüllen, verrechenbar.

Anhebung der kurativen Coloskopie mit 1.1.2007 von €70,33 auf €160,-

Endlich ist es gelungen die Coloskopie im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung zu regeln. Eine Information mit allen Details ergeht gleichzeitig an alle niedergelassenen Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Chirurgie. Alle Ärztinnen und Ärzte mit einem Vorsorgeuntersuchungseinzelvertrag können ab sofort zur VU-Coloskopie zuweisen. Wir ersuchen Sie auf der Überweisung den Vermerk VU Coloskopie anzubringen.

202 Coloskopie (kurativ)**€160,00**

(nur von FÄ für Chirurgie und Innere Medizin verrechenbar)

206 Polypektomie (kurativ)**€30,00**

(jeweils bis zu 2 Polypen, nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin verrechenbar)

207 Coloskopie im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung**€160,00**

(nur von FÄ für Chirurgie und Innere Medizin verrechenbar)

208 Polypektomie im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung

€ 30,00

(jeweils bis zu 2 Polypen, nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin verrechenbar)

Neben diesen Tarifveränderungen werden folgende vertragliche Änderungen wirksam, die im Lichte des Gesamtpakets zu sehen sind:

Auslaufen der ArzneiDialog Vereinbarung

Die ArzneiDialog Vereinbarung tritt mit 30.9.2006 außer Kraft und wird durch eine neue Vereinbarung ersetzt. Diese ist noch in den nächsten Wochen mit der Kasse zu verhandeln.

Verpflichtender barrierefreier Zugang für neue Vertragsärzte

Ab 1.1.2007 müssen neue Standorte von Ordinationen über einen barrierefreien Zugang verfügen. Binnen 6 Monaten ab Eröffnung eines neuen Ordinationsstandorts muss die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt den Versicherungsträger über die Erfüllung der Kriterien des barrierefreien Zugangs informieren. Für bereits am 1.1.2007 bestehende Ordinationsstandorte von Vertragsärzten sind nach Möglichkeit Maßnahmen zur Erleichterung des Zuganges mit dem Ziel zu setzen, dass bis 31.12.2012 mindestens 25% aller Ordinationsstandorte und 90% der Ordinationen von neu in Vertrag genommenen Ärztinnen und Ärzten über einen barrierefreien Zugang verfügen. Bis zu diesem Zeitpunkt wird der gegebene IST Stand evaluiert und darauf aufbauend eine neue Zielvereinbarung verhandelt. Kriterien der Barrierefreiheit sind die Bestimmungen des Anhangs zum Gruppenpraxis-Gesamtvertrag vom 1.10.2004. Die Kriterien finden Sie auf unserer Homepage unter www.aekstmk.or.at - Service – Recht - Niedergelassene Ärzte - Kriterien Barrierefreiheit.

Änderung der Zahlungsfristen für Vorauszahlung und Restzahlung

Die monatliche Honorarvorauszahlung wird künftig am 3. des Monats (früher: 1. des Monats), für den die Zahlung bestimmt ist, abgefertigt.

Die Anweisung des Resthonorars auf die Quartalsabrechnung wird jeweils am 1. des vierten Monats (früher 30. des dritten Monats), der auf das Kalendervierteljahr folgt, für das die Abrechnung durchgeführt wurde, vorgenommen. Im Jänner erfolgt die Anweisung am 2. des Monats. Diese Neureglung ist im Lichte des Gesamtpakets zu sehen und aus unserer Sicht durchaus akzeptabel.

Probetrieb des elektronischen Versandes der VU-Bögen – derzeit noch keine Lesemöglichkeit bei den Kassen

Einige Softwareanbieter haben ihre Klienten bereits über den Probetrieb des elektronischen Versandes der VU-Bögen ab 17. Jänner 2007 informiert.

Diese elektronischen Befundbögen können jedoch von den Kassen noch nicht gelesen werden. Daher bleibt die weitere Vorgangsweise wie bisher:

Kleine Kassen

Übermittlung der Papier-Befundbögen an die Sonderversicherungsträger mit der Abrechnung.

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Archivieren der Papier - Befundbögen in der Ordination und Übermittlung nur auf Anfrage.

Wir werden Sie über die weitere Vorgangsweise auf dem Laufenden halten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jörg Pruckner eh
Kurienobmann

Dr. Dietmar Bayer eh
Präsident

TIPP: §2-Kassen: Die Pos. 147 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ kann zusätzlich zur Ordination (Pos. 015) zur Erweiterung und Vertiefung der Therapie bei eigenen Patienten erbracht werden. Denken Sie daran! Details dazu finden Sie im Jänner Heft des „Ärzte Steiermark“. Die Regelung gilt sinngemäß auch für die Kleinen Kassen.

Kurie Niedergelassene Ärzte
ngl.aerzte@aekstmk.or.at