

16. 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

Honorarerhöhung

- (1) Mit der vorliegenden Zusatzvereinbarung wird im Einvernehmen der Vertragsparteien aufgrund des Ergebnisses der Honorarverhandlungen für das Jahr 2012 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.

- (2) Ab 01.01.2012 werden alle Tarife bzw. Fixbeträge sowie die Beträge zur Berechnung der abgestuften Honorierung bei Sonderleistungen – ausgenommen die Pauschale für den Ärztenotdienst Graz, die Tarife der Pos. 201, 206 und 208, die Tarife und Beträge zur Berechnung der abgestuften Honorierung für medizinisch-chemische Laboruntersuchungen des Abschnittes V/C des Teiles B der Honorarordnung sowie die Tarife und Staffelbeträge für die Honorierung der Fachärzte für Radiologie – jeweils um 2% angehoben.
- (3) Ab 01.01.2012 wird der Tarif für die Pos. 201 (Gastroskopie), 206 (Polypektomie) und 208 (VU-Polypektomie) um jeweils 5% angehoben.
- (4) Ab 01.01.2012 wird die Pauschale für den Ärztenotdienst Graz von € 345,61 auf € 388,98 angehoben.
- (5) Die Honorarerhöhung für das Jahr 2012 wird in Form einer Nachzahlung auf die Abrechnungen des 1., 2. und 3. Quartals 2012, spätestens mit dem Resthonorar für das 4. Quartal 2012 ausbezahlt. Die Honorierung des 4. Quartals 2012 sowie der Folgequartale erfolgt bereits mit den erhöhten Tarifen und nach den Bestimmungen dieser 16. Zusatzvereinbarung.

§ 2

Einsparungen im Laborbereich

- (1) Ab 01.01.2013 werden in der Honorarordnung Teil B, Abschnitt V, die Punktewerte für die Ermittlung der Honorierung von Laborleistungen für Ärzte für Allgemeinmedizin in den Staffeln 1 und 2 um jeweils 9,79% gesenkt.
- (2) Ab 01.01.2013 werden in der Honorarordnung Teil B, Abschnitt V, die Punktewerte für die Ermittlung der Honorierung von Laborleistungen für Fachärzte für Innere Medizin in den Staffeln 1 und 2 um jeweils 9,79% gesenkt.
- (3) Ab 01.01.2013 werden in der Honorarordnung Teil B, Abschnitt V, die Prozentsätze für die Ermittlung der Honorierung von Laborleistungen für Fachärzte

für medizinisch-chemische Labordiagnostik um jeweils 10 Prozentpunkte gesenkt.

- (4) Die durch diese Maßnahme erzielten Einsparungen werden zu 50% für die Einführung der neuen Leistungen CRP, D-Dimer, Minimental-Test und neue Indikationen für die Phototherapie verwendet, die ab 01.01.2013 in die Honorarordnung aufgenommen werden.
- (5) Diese Absenkungen bedeuten insgesamt - bezogen auf das Jahr 2011 - eine rechnerische Reduzierung der Honorierung im Laborbereich für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin in der Höhe von 8,78%, für Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik in der Höhe von 14,62%.
- (6) Die Vertragsparteien vereinbaren, im Jahr 2013 Gespräche mit dem Ziel zu führen, weitere Senkungen des Laboraufwandes unter Berücksichtigung des Aufwandniveaus des Labormusterkataloges zu erreichen.
- (7) Ab 01.01.2013 wird in die Honorarordnung eine Regelung betreffend die Leistungserbringung in Laborgemeinschaften aufgenommen. Die Gesamtvertragsparteien vereinbaren weitere Gespräch mit dem Ziel, eine Bestimmung in die Honorarordnung aufzunehmen, wonach Laborfachärzte hinkünftig keine Laborgemeinschaften führen dürfen.
- (8) Ab 01.01.2013 werden hinsichtlich einiger Laborleistungen Verrechnungsbeschränkungen in die Honorarordnung aufgenommen bzw. Leistungen aus den Laborkatalogen entfernt.

§ 3

Stellenplan

Der als Beilage angefügte Stellenplan der Vertragsärzte (Fassung 1. Jänner 2013) wird in dieser Form zwischen den Gesamtvertragsparteien vereinbart.

§ 4**Neuregelung des § 10 GV**

Für ab 01.10.2013 neu in Vertrag genommene Ärzte wird in § 10 des Gesamtvertrages die Behandlungsverpflichtung von Vertragsärzten neu geregelt. Ausgenommen von der Behandlungsverpflichtung sind jene Leistungen, die in der Honorarordnung entsprechend gekennzeichnet sind und deren Erbringung bestimmten Planstellen vorbehalten ist. Welche Leistungen der Honorarordnung von der Behandlungspflicht ausgenommen werden, ist zwischen den Gesamtvertragsparteien bis 30.09.2013 zu vereinbaren.

§ 5**Elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung**

- (1) Jene Vertragsärzte, die die Arbeits(un)fähigkeitsmeldungen auf elektronischem Wege (eAUM) erstatten sowie der Kasse die in Abs. 2 angeführten Diagnosen unter Verwendung der entsprechenden ICD-Codierung übermitteln und dies der Kasse mittels entsprechender schriftlicher Erklärung bis spätestens 31.12.2013 mitteilen, erhalten von der Kasse eine einmalige finanzielle Abgeltung in Höhe von € 350,--. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse wird dafür den Ärztinnen und Ärzten ein Antragsformular zur Verfügung stellen. Nach dem 31.12.2013 erhält die Kammer von der Kasse eine Aufstellung jener Ärzte, die die Abgeltung in Anspruch genommen haben.
- (2) Die Diagnosen und ICD-Codes im Sinne des Abs. 1 lauten wie folgt:

Krankheitsdiagnosen	ICD
Abortus imminens	O200
Abszeß, Hautabszeß, Furunkel	L029
Angina (tonsilaris), Tonsillitis	J068
Appendektomie, akute Appendicitis	K35
Arthralgie	M12
Arthritis	M13

Asthma bronchiale	J45
Bandscheibenschaden	M519
Bauchschmerzen	R10
Bronchitis	J20
Bursitis	M702
Cephalaea, Kopfschmerz	R51
Cervicalsyndrom	M53
CTS, Karpaltunnelsyndrom	G560
Curettage	N858
Depression	F32
Dorsalgie	M548
Duodenitis, Gastritis	K29
Durchfall, Diarrhoe, Gastroenteritis	A09
Emesis gravidarum	O210
Epicondylitis	M771
Erysipel	A46
febrilhaftes Infekt, grippales Infekt	J069
Furunkel	L029
Gicht, Gichtanfall	M109
Gonalgie	M796
Gonarthrose	M179
Grippe, Influenza	J10
Hämorrhoiden, akute Hämorrhoidenerkrankung	I84
Harnwegsinfektion	N390
Hernia inguinalis	K40
Hypertonie	I10
Hypotonie	I95
HWS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom	M435
Intercostalneuralgie	G56
Ischialgie	M543
Konjunktivitis	H10
Kollaps	R55
Krankheiten der Zähne	K089
Kreislaufdysregulation, Kreislaufschwäche	I98

Laryngitis	J04
Lumbago	M545
Lumboischialgie	M544
Meniskusschaden	M233
Migräne	G43
Myalgie	M35
Neuralgie	M792
Otitis externa	H60
Otitis media	H669
Panikattacken	F410
Pharyngitis	J02
Phlebitis	I80
Pneumonie	J188
Polyarthrose	M15
Rhinitis	J00
Sinusitis	J01
Tendovaginitis	M654
Tracheobronchitis	J40
Übelkeit, Erbrechen	R11
Überlastungsreaktion	F43
Vertigo, Schwindel	R42
Zahnextraktion	K081
Zahnschmerz	K089
Zoster, Herpes Zoster	B02
Zystitis	N30
Unfallsdiagnosen	
Commotio cerebri	S060
Fraktur Finger	S626
Fraktur Fuß	S92
Fraktur Handgelenk/Hand	S62
Fraktur Kniescheibe	S820
Fraktur Nasenbein	S022

Fraktur Schulter/Oberarm	S42
Fraktur Rippe(n)	S223
Fraktur Schädel	S02
Fraktur Unterarm	S52
Fraktur Unterschenkel	S829
Fraktur Zehe	S925
Fremdkörper Auge	T150
Meniskusverletzung	S832
Peitschenschlagsyndrom nach Verkehrsunfall, Zerrung HWS	S134
Prellung Finger	S600
Prellung Fuß	S903
Prellung Handgelenk	S602
Prellung Knie	S800
Prellung Knöchel	S900
Prellung Schulter	S400
Prellung Thorax	S202
Prellung Schädel/contusio capitis	S00
Schnittwunde Finger	S610
Zerrung Finger	S636
Zerrung Handgelenk	S635
Zerrung Knie	S834
Zerrung Sprunggelenk	S934

§ 6

Genehmigungen

Für Leistungen, deren Verrechnung einer ausdrücklichen Genehmigung der Krankenversicherungsträger bzw. einer Sondervereinbarung bedarf oder an einen spezifischen Nachweis gebunden ist, wird eine einheitliche Regelung in die Honorarordnung aufgenommen.

§ 7**Pos. 290 (Gipsabdruck)**

Die Gesamtvertragsparteien vereinbaren weitere Gespräche mit dem Ziel, die Pos. 290 (Gipsabdruck) aus dem Leistungskatalog zu streichen.

§ 8**Änderungen des Gesamtvertrages**

(1) § 10 Abs. 2 des Gesamtvertrages lautet:

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. 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.

(2) § 24 des Gesamtvertrages lautet:

§ 24 MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT

(1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Ärztlichen Dienst des Versicherungsträgers aufgrund eines Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes zu. Der Vertragsarzt hat in der Regel am gleichen Tag, an dem er die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen.

(2) Die Krankenstandsmeldung ist entweder elektronisch (elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung – eAUM) oder auf dem vorgesehenen Papiervordruck zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsoferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z. B. Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Der Vertragsarzt hat bei der Ausstellung der Arbeitsfähigkeitsmeldung alle notwendigen Angaben im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten zu machen. Wenn möglich (z.B. wenn medizinisch absehbar) ist das Enddatum der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.

(4) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich dem Vertragsarzt fallweise vorzustellen, damit dieser den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann.

(5) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Heilstätte oder nach einem Kuraufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

§ 9

Änderung der Honorarordnung

(1) Mit Wirksamkeit ab 01.01.2012 werden alle Tarife bzw. Fixbeträge sowie die Beträge zur Berechnung der abgestuften Honorierung bei Sonderleistungen – ausgenommen die Pauschale für den Ärztenotdienst Graz, die Tarife der Pos. 201, 206 und 208 in Teil B, Abschnitt II, die Tarife und Beträge zur Berechnung der abgestuften Honorierung für medizinisch-chemische Laboruntersuchungen in Teil B, Abschnitt V/C sowie die Tarife für die Honorierung der Fachärzte für Radiologie in Teil B, Abschnitt VI – linear um 2% angehoben.

(2) Mit Wirksamkeit ab 01.01.2012 wird in Teil B, Abschnitt I, die Pauschale für den Ärztenotdienst Graz von € 345,61 auf € 388,98 angehoben, sodass die Honorarposition wie folgt lautet:

Pos.Nr.: Art der Leistung:	€
Ärztenotdienst Graz für je 12 Stunden	388,98

- (3) Ab 01.01.2012 werden in Teil B, Abschnitt II, die Tarife für die Pos. 201 (Gastroskopie), 206 (Polypektomie) und 208 (VU-Polypektomie) um jeweils 5% angehoben, sodass die Honorarpositionen wie folgt lauten:

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
201	Gastroskopie (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin)	66,14
206	Polypektomie (jeweils bis zu 2 Polypen) (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin)	33,86
208	Polypektomie im Rahmen einer VU-Coloskopie (jeweils bis zu 2 Polypen) (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin)	33,86

- (4) Ab 01.01.2013 werden in Teil B, Abschnitt II, die Pos. 116, 510 und 527 eingeführt. Die Honorarpositionen lauten wie folgt:

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
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. 4% der Behandlungsfälle (2. und 3. Quartal); nicht gemeinsam mit Pos. 055 (Blutsenkung) und Pos. 056 (Mikrosenkung) verrechenbar	5,33
510	D-Dimer-Schnelltest verrechenbar von FÄ für Innere Medizin, Lungenheilkunde und Haut- und Geschlechtskrankheiten in 2% der Behandlungsfälle; nur zur Ausschlussdiagnostik einer Thrombose bei niedriger klinischer Thrombosewahrscheinlichkeit (Wells Score). Nicht verrechenbar bei Verdacht auf postoperative VTE, tumorassoziierte VTE, schwangerschaftsassozierte VTE	20,26
527	Minimental-Test zur Einleitung und Überprüfung der Therapie mit Antidementiva; verrechenbar von FÄ für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und FÄ für Neurologie in 12% der Behandlungsfälle	13,20

- (5) Ab 01.01.2013 lauten die Pos. 328 und 329 in Teil B, Abschnitt II, wie folgt:

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
328	Phototherapie (SUP) bei Psoriasis, Neurodermitis, Parapsoriasis, Akne, Pruritis, Vitiligo, Lichen ruber planus, Pityriasis lichenoides Hautlymphome (verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie) 1.-16. Therapie	6,86
329	Phototherapie (SUP) bei Psoriasis, Neurodermitis, Parapsoriasis, Akne, Pruritis, Vitiligo, Lichen ruber planus, Pityriasis lichenoides Hautlymphome (verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie) ab der 17. Therapie	4,72

(6) Ab 01.01.2013 lautet Pkt. 2.5 der Erläuterungen zu Teil B, Abschnitt V/A-C wie folgt:

2.5. Honorierung/Ärzte für Allgemeinmedizin

Die Honorierung der Laboruntersuchungen von Ärzten für Allgemeinmedizin erfolgt nach Punkten.

Die Berechnung des Laborhonorares für den einzelnen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgt in der Weise, dass pro Behandlungsfall im Quartal 10 Punkte mit einem Punktwert von € 0,1505, 10 Punkte mit einem Punktwert von € 0,0752 und jeder weitere Punkt mit einem Punktwert von € 0,0416 berechnet werden.

Die Summe aller mit € 0,1505 bzw. € 0,0752 honorierbaren Punkte ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der Behandlungsfälle mit jeweils 10.

(7) Ab 01.01.2013 lautet Pkt. 3.5. der Erläuterungen zu Teil B, Abschnitt V/A-C wie folgt:

3.5. Die Honorierung der Laboruntersuchungen erfolgt nach Punkten.

Die Berechnung des Laborhonorares für den einzelnen Arzt erfolgt in der Weise, dass für jeden Behandlungsfall im Quartal 70 Punkte mit einem Punktwert von € 0,1505, 20 Punkte mit einem Punktwert von € 0,0752 und jeder weitere Punkt mit einem Punktwert von € 0,0416 berechnet werden. Die Summe aller mit € 0,1505 honorierbaren Punkte ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der Behandlungsfälle mit jeweils 70, aller mit € 0,0752 honorierbaren Punkte aus der Multiplikation mit jeweils 20.

(8) Ab 01.01.2013 lautet Pkt. 4.8 der Erläuterungen zu Teil B, Abschnitt V/A-C wie folgt:

- 4.8. Das Honorar für den einzelnen Vertragsfacharzt wird nach folgenden Grundsätzen berechnet.

Die von dem Vertragsfacharzt für medizinisch-chemische Labormedizin erbrachten Laboruntersuchungen werden ab dem Jahr 2013 bis zu einer Honorarsumme von € 1.359.551,-- mit den im Tarifverzeichnis enthaltenen Honoraransätzen vergütet.

Leistungen, die ab dem Jahr 2013 über der Honorarsumme von € 1.359.551,-- liegen, werden mit 30 % der Honorarsätze lt. Tarifverzeichnis honoriert, bis eine Honorarsumme von € 1.811.545,-- erreicht ist.

Leistungen, die darüber hinausgehen, werden mit 15 % der Honoraransätze lt. Tarifverzeichnis vergütet. In Vertragsgruppenpraxen mit mehreren Fachärzten für Labormedizin vervielfachen sich die Honorarsummen mit der Anzahl der tätigen Gesellschafter in der Gruppenpraxis, die Fachärzte für Labormedizin sind (z.B. bei zwei Gesellschaftern beträgt die Honorarsumme mit Vollhonorierung € 2.719.102,--).

Leistungen im Rahmen von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden davon abweichend immer mit vollen Honoraransätzen honoriert und nicht in die abgestufte Honorierung einbezogen.

- (9) Ab 01.01.2013 wird nach Pkt. 1.5. der Erläuterungen zu Teil B, Abschnitt V/A-C die neuen Pkt. 1.6. und 1.7. eingefügt. Diese lauten wie folgt:

1.6. Laborgemeinschaften

1.6.1. Anmeldung

Laborleistungen der Abschnitte V/A (Allgemeinmediziner und allgemeine Fachärzte) sowie V/B (Internisten) der Honorarordnung können auch über Laborgemeinschaften erbracht werden.

Die Teilnahme an einer Laborgemeinschaft ist der Kasse zu melden. Die Verrechnung kann frühestens jeweils mit Beginn jenes Quartals einsetzen, in welchem die Übermittlung der entsprechenden Unterlagen nachweislich erfolgt, sofern diese spätestens am 20. des zweiten Monats dieses Quartals beim Geschäftsausschuss der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger einlangen.

Die Verrechnung kann erfolgen, wenn nicht von der Ärztekammer oder von der Kasse innerhalb von 14 Tagen nach Einlangen der Anmeldung eine Ablehnung erfolgt.

Die Kasse benötigt für die Prüfung der Berechtigung vom Leiter der Laborgemeinschaft einmalig den Nachweis über die in der Laborgemeinschaft verwendeten Geräte. Dazu sind folgende Nachweise vorzulegen:

- Rechnung samt Zahlungsbestätigung (beim Kauf des Gerätes) o d e r
- Leasingvertrag (bei Leasinggeräten) o d e r
- Übernahmebestätigung (bei Geräten, die übernommen wurden) u n d
- Gerätebeschreibung

Jeder Gerätewechsel ist der Kasse unverzüglich durch den Leiter der Laborgemeinschaft schriftlich mitzuteilen.

Eine Berechtigung zur Teilnahme an der Laborgemeinschaft ist zu erteilen, sofern alle Bedingungen laut diesen Bestimmungen erfüllt sind, die Anmeldung zum Rundversuch oder die Bestätigung über die Teilnahme am letzten Rundversuch beigelegt ist.

1.6.2. Qualitätssicherung

Für die Laborgemeinschaften sind folgende Maßnahmen verpflichtend einzuhalten und darüber Aufzeichnungen zu führen, die auf Verlangen von der Kasse eingesehen werden können und dieser zur Verfügung zu stellen sind:

a) Verpflichtung zur internen Qualitätssicherung

Der Leiter der Laborgemeinschaft ist für die Laborgemeinschaft zur internen Qualitätssicherung und deren Dokumentation verpflichtet. Er hat dabei ein Qualitätsmanagementsystem zu implementieren und die arbeitsmedizinischen sowie sicherheitstechnischen Auflagen zu erfüllen. Entsprechend den Empfehlungen der Gerätehersteller hat die regelmäßige Kalibrierung und Überprüfung der Messgenauigkeit des Analyseverfahrens zu erfolgen.

Der Kasse ist über Ersuchen ein geeigneter Nachweis zu erbringen.

b) Verpflichtung zur externen Qualitätssicherung

Der Leiter der Laborgemeinschaft ist verpflichtet, regelmäßig an der extern angebotenen Qualitätssicherung (Rundversuche) teilzunehmen. Wird dabei bei einem oder mehreren Parametern ein nicht akzeptables Ergebnis erzielt, verpflichtet sich der Laborleiter unverzüglich die Ursache aufzuklären und zu beheben.

Es gelten die Bestimmungen analog der Regelung der kleinen Kassen: Die Kasse erhält jedes Quartal eine Liste der Ärztekammer über die Teilnehmer am Rundversuch mit Datum, Name der Laborgemeinschaft und ausgewerteten Positionen. Nimmt eine Laborgemeinschaft am Rundversuch nicht teil, wird die Honorierung ausgesetzt, bis die Teilnahme am Rundversuch erfolgt. Die detaillierte praktische Umsetzung ist noch zwischen Kammer und Kasse zu vereinbaren.

c) Strukturqualität

Personalvoraussetzungen:

Die Laborleistungen müssen von berufsrechtlich befugten Fachkräften durchgeführt werden.

d) Prozessqualität

Jedes Mitglied der Laborgemeinschaft hat die vereinbarten qualitätssichernden Maßnahmen einzuhalten und dafür Sorge zu tragen, dass insbesondere die Blutproben nur in geeigneten Medien bzw. Röhrchen, einwandfrei gekennzeichnet und unter Einhaltung der entsprechenden Transportstandards weitergeleitet werden.

Alle Röhrchen/Probengefäße und Begleitscheine sind mit Namen des Patienten oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zum Patienten garantieren.

Folgende Auswertzeiten müssen von der Laborgemeinschaft eingehalten werden:

- a. In dringenden Fällen müssen die Ergebnisse während der Betriebszeiten der Laborgemeinschaft 30 Minuten nach Probeeingang dem einsendenden Arzt vorliegen, sofern es technisch und/oder organisatorisch möglich ist.
- b. Bei Probeabnahme während der Vormittagsordination müssen die Ergebnisse in der Regel am Abnahmetag spätestens jedoch Vormittag des nächsten Tages dem einsendenden Arzt vorliegen, sofern es technisch und/oder organisatorisch möglich ist.

e) Ergebnisqualität

Die Untersuchungsergebnisse (Befunde) sind ausschließlich vom Vertragsarzt patientenbezogen zu validieren. Die Befunde haben jedenfalls pro bestimmtem Parameter neben dem Untersuchungsergebnis den Normalwert bzw. Referenzwert auszuweisen. Pathologische Untersuchungsergebnisse sind speziell zu kennzeichnen und hervorzuheben.

Für jede Blutprobe, die in der Laborgemeinschaft erbracht wird, sind Aufzeichnungen mit folgendem Inhalt zu führen:

- Bezeichnung der Laborgemeinschaft
- Leistungsveranlassender Arzt

1.7. Schilddrüsendiagnostik

Bei der Anforderung bzw. Bestimmung von Schilddrüsenparametern (TSH, FT3, FT4) ist auf eine Stufendiagnostik Bedacht zu nehmen. Zur Eingangsdagnostik ist primär bTSH zu bestimmen. Bei pathologischem Wert, bekannter Schilddrüsenerkrankung oder zur Therapieverlaufskontrolle ist die ergänzende Bestimmung von FT3 und FT4 vorzunehmen.

(10) Ab 01.01.2013 werden in Teil B, Abschnitt V/C nachstehende Leistungen aus dem Leistungskatalog gestrichen:

Pos. 737	Eisenbindungskapazität i.S.
Pos. 852	TRH-Test

(11) Ab 01.01.2013 wird in Teil B, Abschnitt V/B nachstehende Leistung aus dem Leistungskatalog gestrichen:

Pos. 627	Fructosamine
----------	--------------

(12) Ab 01.01.2013 lauten nachstehende Leistungen in Teil B, Abschnitt V/C, wie folgt:

Pos.Nr.:	Art der Leistung:
=====	
778	PSA (Prostata-spezifisches Antigen) Nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren höchstens 1x pro Patient und Quartal verrechenbar; in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition ab dem vollendeten 40. Lebensjahr höchstens 1x pro Jahr; Ausnahme von der Verrechnungsbeschränkung nur bei Überschreitung der altersspezifischen Grenzwerte nach Oesterling; Zuweisung nur durch Fachärzte für Urologie
714	HbA 1c verrechenbar bei Diabetes 1x pro Patient und Quartal

(13) Ab 01.01.2013 lautet nachstehende Leistung in Teil B, Abschnitt V/B, wie folgt:

Pos.Nr.:	Art der Leistung:
=====	
626	HbA 1c verrechenbar bei Diabetes 1x pro Patient und Quartal

(14) Ab 01.01.2013 wird in Teil A, I., nach Pkt. 6. ein neuer Pkt. 7. aufgenommen.
Dieser lautet:

7. Für Leistungen, deren Verrechnung einer ausdrücklichen Genehmigung der Krankenversicherungsträger bzw. einer Sondervereinbarung bedarf oder an den Nachweis der entsprechenden Ausbildung und/oder des verwendeten Gerätes (Rechnungskopie) gebunden ist, gilt Folgendes:

Die Verrechnung kann frühestens jeweils mit Beginn jenes Quartals einsetzen, in welchem die Übermittlung der entsprechenden Unterlagen nachweislich erfolgt, sofern diese spätestens am 20. des zweiten Monats dieses Quartals beim Geschäftsausschuss der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger einlangen.

Die Verrechnung kann erfolgen, wenn nicht von der Ärztekammer oder vom Geschäftsausschuss der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger innerhalb von 14 Tagen nach Einlangen der entsprechenden Unterlagen eine Ablehnung erfolgt.

- (15) Ab 01.01.2013 entfällt Pkt. 6.2.2. in Teil B, Erläuterungen zu Abschnitt II.

- (16) Ab 01.01.2013 lautet in Teil B, Erläuterungen zu Abschnitt II, Pkt. 2.25 wie folgt:

2.25. Für die Verrechnung der Pos. 401 (Audiometrie) durch Ärzte für Allgemeinmedizin ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie an den Geschäftsausschuss der steiermärkischen Krankenversicherungsträger zu melden.

- (17) Ab 01.01.2013 lautet in Teil B, Erläuterungen zu Abschnitt II, Pkt. 4.4. wie folgt:

4.4. Im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern können Ärzte für Allgemeinmedizin EKG-Untersuchungen bzw. -Verrechnungen in medizinisch begründeten Notfällen durchführen (Definition Notfall-EKG: Stenocardien, Verdacht auf grobe Rhythmusstörungen wie Vorhofflimmern oder lebensbedrohliche Tachycardien und Infarkte). Voraussetzung für die Verrechnung bildet die entsprechende fachliche Qualifikation, die von der Ärztekammer für Steiermark geprüft wird und zu bestätigen ist.

- (18) Ab 01.01.2013 lautet in Teil B, Abschnitt VI, Erläuterungen zur Sonographie Pkt. 1. Wie folgt:

1. Die Befähigung zur Durchführung der Sonographie ist gegenüber der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern (Geschäftsausschuss der steiermärkischen Krankenversicherungsträger) nachzuweisen. Das verwendete Gerät ist unter Vorlage einer Rechnungskopie dem Geschäftsausschuss der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger zu melden.

§ 11

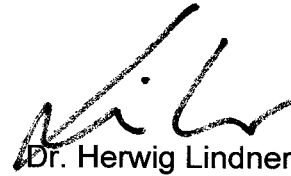
Schlussbestimmungen

Der Gesamtvertrag und die Honorarordnung in der Fassung aller bis zum 31.12.2011 abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und Anhänge gelten uneingeschränkt weiter, sofern in der vorliegenden Zusatzvereinbarung einzelne Bestimmungen nicht ausdrücklich aufgehoben oder abgeändert wurden.

Graz, am 15. MRZ. 2013



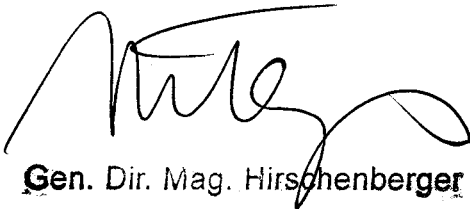
VP MR Dr. Jörg Garzarolli
Obmann der Kurie
Niedergelassene Ärzte




Dr. Herwig Lindner
Präsident

In Vollmacht der § 2-Krankenversicherungsträger
Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Die leitende Angestellte:



Gen. Dir. Mag. Hirschenberger



Der Obmann:

Pessler

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Verbandsvorsitzende:



Der Generaldirektor:

