II.

HONORARORDNUNG
(i.d.f.d. ZV 2022 bis 2024)

A.

Allgemeine Bestimmungen

Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit der im Bundesland Niederösterreich niedergelassenen und in einem Vertragsverhältnis zu den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern stehenden Vertragsärzte erfolgt nach den Bestimmungen dieser Honorarordnung.

Zur Verrechnung können grundsätzlich nur jene ärztlichen Leistungen gelangen, welche im „Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen“ (Abschnitt C) taxativ aufgezählt sind, unter Beachtung der bei den einzelnen Positionen angeführten Erläuterungen bzw. Bemerkungen und der nachstehenden Bestimmungen:

1. Als Nachtzeit für Ordinationen und Besuche gilt die Zeit von 20 bis 7 Uhr.

2. Nachtbesuche können nur zur Verrechnung gelangen, wenn die Berufung nach 20 Uhr erfolgt und die Leistung vor 7 Uhr vollendet wird.

3. a) Sofern gemäß § 16 des Gesamtvertrages ein Sonn- und Feiertagsdienst eingerichtet ist, gilt als

   a) Sonntagsdienst die Zeit von Samstag 7 Uhr bis Montag 7 Uhr,

   b) Feiertagsdienst die Zeit von 20 Uhr des dem gesetzlichen Feiertag vorausgehenden Tages bis 7 Uhr des dem gesetzlichen Feiertag folgenden Tages,

   c) Feiertagsdienst an Doppelfeiertagen (z. B. Ostern, Pfingsten) die Zeit von 7 Uhr des zweiten Feiertages bis 7 Uhr des folgenden Tages.

   Der 24. Dezember (Heiliger Abend) und 31. Dezember (Silvester) gelten als Feiertage im Sinne lit. b), sofern sie nicht an einen Samstag bzw. Sonntag und somit in die normale Sonntagsdienstzeit fallen.

   b) Wird der Bereitschaftsdienst geteilt, erhält jeder der den Dienst versehenden Ärzte das für 24 Stunden vereinbarte Bereitschaftsdienstpauschale.

   c) Einmannsprengel, die wegen geographischer Verhältnisse nicht in einen gemeinsamen Sonn- und Feiertagsdienst eingeteilt werden können, erhalten in der Regel für jedes zweite Wochenende das vereinbarte Bereitschaftsdienstpauschale, sofern

nicht wegen besonderer lokaler Verhältnisse eine Honorierung für jedes Wochenende vereinbart wird.

d) Versorgt ein Arzt gleichzeitig auch den verwaisten Nachbarsprengel, gebührt für jeden absolvierten Sonn- und Feiertagsdienst das Bereitschaftsdienstpauschale.

e) Die Festsetzung dieser Sprengel erfolgt im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und den in § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern.

f) Den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern zum Sonn- und Feiertagsdienst eingeteilt sind, gebührt neben den nach Abschnitt C/d bis g für getätigte Einzelleistungen zustehenden Vergütungssätzen und den nach Abschnitt C/b zustehenden Wegegebühren ein „Bereitschaftsdienstpauschale“.

g) Die Verrechnung des Bereitschaftsdienstpauschales erfolgt in der Form, dass der anspruchsberechtigte Vertragsarzt anlässlich der Erstellung der Quartalsabrechnung auf der „Honorarliste“ (links neben der Unterschrift) datumsmäßig die im abgelaufenen Quartal getätigten Sonn- und Feiertagsdienste anführt.

h) Zur Verrechnung der im Sonn- und Feiertagsdienst erbrachten Einzelleistungen ist - sofern es sich um keine eigenen Patienten handelt - vom Vertragsarzt bei der Prüfung der Anspruchsberechtigung der Sonderfall Bereitschaftsdienst auszuwählen.

i) Grundsätzlich wird für im Sonn- und Feiertagsdienst angelegte Sonderfälle kein Honorar für eine Grundvergütung geleistet.

j) Leistungen, die im Sonn- und Feiertags-Bereitschaftsdienst getätigt werden, werden von der Gemeinsamen Verrechnungsstelle als „Sonntagsleistungen“ (Sonntagsordinationen bzw. Sonntagsvisiten) anerkannt und honoriert.

4. Entspricht eine Leistung sowohl einer Sonntagsordination (-visite) als auch einer Nachtordination (-visite), wird jeweils die höher bewertete Position honoriert.

5. Leistet ein Vertragsarzt Beistand bei Partus, ohne von der Hebamme berufen zu werden und in Abwesenheit derselben (Pos. C/d/511), so steht ihm, wenn er die Entbindung vollendet hat, ohne Rücksicht auf die Dauer des Beistandes die Hälfte der Vergütung zu, auf welche die nächstwohnende Hebamme Anspruch hat.

Die Verrechnung dieser geburtshilflichen Leistungen hat jedoch nicht über die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle, sondern direkt mit dem für die Wöchnerin zuständigen Krankenversicherungsträger zu erfolgen.

In diesem Falle stehen dem Vertragsarzt sonstige im „Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen“ (Abschnitt C) angeführte Vergütungen - ausgenommen für medizinisch begründete Leistungen - durch die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle nicht zu.

6. Ärztliche Leistungen, für die eine Genehmigung der Krankenversicherungsträger erforderlich ist, sind im „Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen“ (Abschnitt C) besonders angemerkt. Die Bestimmungen des § 14 des Gesamtvertrages sind zu beachten.

   Die Anträge auf Genehmigung sind beim Ärztlichen Dienst der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, einzureichen.

7. Vertragsärzte, die zugleich als so genannte „Auchzahnärzte“ einen Kassenvertrag besitzen, können weder die Pos. Nr. C/d/170 noch in diesem Zusammenhang einen Krankenkassenscheck verrechnen,

8. Vertragsfachärzte, die zugleich als Primarärzte in einem niederösterreichischen Krankenhaus tätig sind, können Vergütungssätze für Einzelleistungen nicht verrechnen, wenn innerhalb von 24 Stunden eine stationäre Spitalsaufnahme des Patienten erfolgt.

9. Vertragsärzte, welche physiotherapeutische Leistungen (Abschnitt C/e) erbringen, können diese nur dann verrechnen, wenn sie die bezüglichen Physiko-Apparate der für sämtliche § 2-Kassen zuständigen Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, gemeldet haben.

10. Allgemeine Bestimmungen für die Verrechnung und Honorierung von Röntgenleistungen (Abschnitt C/g)

    a) Die Honorierung der Vertragsfachärzte für Radiologie erfolgt grundsätzlich unter Beachtung der Bestimmungen dieser Vereinbarungen zu § 13 des Gesamtvertrages (Abschnitt I) ohne Honorierung einer Grundvergütung und ausschließlich nach den in Abschnitt C/g angeführten Einzelleistungen unter Bedachtnahme auf die dort angeführten allgemeinen Bestimmungen.

    b) Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin können zur Erbringung bestimmter röntgendiagnostischer Leistungen unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Röntgensachverständigenausschusses über Antrag der Ärztekammer

für Niederösterreich von den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern zugelassen werden.

c) Für die Zulassung der unter lit. b) genannten Ärzte ist grundsätzlich Voraussetzung, dass diese die erforderlichen Kenntnisse und geeigneten Apparaturen dem Röntgensachverständigenausschuss nachweisen. Außerdem ist zu beachten, dass Ärzte für Allgemeinmedizin die Zulassung nur erhalten können, wenn am gleichen Ort oder dessen näherer Umgebung kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist. Eine allenfalls bereits erteilte Zulassung ist zurückzunehmen, wenn in dem betreffenden Ort oder dessen näherer Umgebung ein Facharzt für Radiologie den Kassenvertrag erhält.

Bei Fachärzten anderer Sparten ist im Falle der Kassenzulassung eines Facharztes für Radiologie am gleichen Ort oder dessen näherer Umgebung zu berücksichtigen, dass nur jene röntgendiagnostischen Leistungen (lit. b) verrechnet werden können, die im Rahmen der klinischen Untersuchung bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten unbedingt erforderlich sind.

d) Die Zusammensetzung, die näheren Aufgaben und Befugnisse des unter lit. b) angeführten Röntgensachverständigenausschusses werden zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern mit verbindlicher Wirkung für sämtliche Vertragsärzte, die Röntgenleistungen erbringen, gesondert vereinbart.

11. a) Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren (Abschnitt C/b) besteht unter Beachtung der Bestimmungen des § 12 des Gesamtvertrages erst bei mehr als einem Doppelkilometer. Ist der Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren gegeben, gilt der ab dem ersten Doppelkilometer angefangene Kilometer als voll. Vertragsärzte mit Niederlassungsort St. Pölten erhalten eine Pauschalabgeltung im Ausmaß von zwei Doppelkilometergebühren pro Visite, solche mit Niederlassungsort Wr. Neustadt erhalten eine Pauschalabgeltung von einer Doppelkilometergebühr pro Visite.

b) Für die Vertretung an ordinationsfreien Wochentagen eines Vertragsarztes steht dem Vertreter - sofern es sich bei diesem um einen Vertragsarzt handelt - ein Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren zu; wenn es sich um eine Erste-Hilfe-Leistung handelt, wird auch die Grundvergütung anerkannt.

c) Die Verrechnung der Wegegebühren kann jedoch nur im Ausmaße der Entfernung des vom Ordinationssitz des ordinationsfreien Vertragsarztes nächstgelegenen Vertragsarztes für Allgemeinmedizin zum Wohnsitz des zu besuchenden Kassenpatienten erfolgen.

d) Während der Vertretung eines Vertragsarztes für Allgemeinmedizin bei Urlaub oder Erkrankung werden in berücksichtigungswürdigen Fällen und nach einvernehmlicher Ansprache zwischen den Vertragsparteien die innerhalb eines Sonntagsdienstsprengels angefallenen Wegegebühren voll honoriert.

e) Gemeindeärzte, die gleichzeitig Vertragsärzte sind, haben innerhalb ihres Sprengels bis auf weiteres Anspruch auf die vollen Wegegebühren, auch wenn sie nicht als nächsterreichbare Ärzte im Sinne des § 12 Abs. 2 des Gesamtvertrages in Anspruch genommen werden.

f) Die Kassen werden bei Überprüfung der Wegegebührenabrechnungen bei Ärzten, die in Gebirgsgegenden bestimmte Strecken nur zu Fuß zurücklegen können und bei anderen schwierigen Wegeverhältnissen einen toleranten Maßstab anlegen und die zur Überprüfung herangezogenen Organe entsprechend anweisen.

12. Laborregelung

a) Vertragsärzte, die Laborleistungen erbringen, können diese nur dann verrechnen, wenn sie Type, Nummer und Baujahr des in der eigenen Ordination bzw. im Rahmen einer Laborgemeinschaft verwendeten Laborgerätes der Gemeinsamen Verrechnungsstelle melden. Bei Teilnahme an einer Laborgemeinschaft ist deren Adresse anzugeben.

b) Eine Laborgemeinschaft liegt dann vor, wenn ein und dasselbe Laborgerät von mehr als einem Vertragsarzt benützt wird.

c) Die Honorierung für Laborleistungen erfolgt nach unterschiedlichen Punktewerten, je nach dem, ob die Leistung in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer Laborgemeinschaft erbracht wird (Abschnitt C/f).

d) Werden von Mitgliedern einer Laborgemeinschaft Leistungen nicht mit dem gemeinsam verwendeten Laborgerät erbracht, sind die in Abschnitt C/f für in der eigenen Ordination erbrachten Laborleistungen vorgesehenen Positionsnummern zu verwenden.

e) Die Punkteanzahl der in der eigenen Ordination selbst erbrachten Leistungen wird auf die Staffelgrenzen angerechnet.

f) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, eine interne und externe Qualitätskontrolle für Laborleistungen durchzuführen.

g) Laborparameter, welche einer externen Qualitätskontrolle unterzogen werden können, werden nur honoriert, wenn im Abrechnungszeitraum eine Bestätigung über die

Teilnahme an den Rundversuchen der ÖQUASTA vorliegt. Die Ärztekammer für Niederösterreich übermittelt jeweils unmittelbar nach Quartalsende eine Liste aller Teilnehmer an den Rundversuchen an die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle. Vertragsärzte, welche auf dieser Liste nicht aufscheinen, können diese Laborleistungen nicht honoriert erhalten.

Folgende Laborparameter unterliegen einer externen Qualitätskontrolle:

Reststickstoff	GPT
Harnstoff-Stickstoff	Gamma GT
Kreatinin enzymatisch	Lactatdehydrogenase
Harnsäure	Gesamtcholesterin quant. im Serum
Blutzucker	CPK (Creatin-Phospho-Kinase, UV-Test)
Bilirubin	Triglyzeride (Neutralfett) quant. i. S.
Alkal. Phosphatase	HDL-Cholesterin
GOT	

h) Am Jahresende übermittelt die Ärztekammer für Niederösterreich der Gemeinsamen Verrechnungsstelle pro Arzt einen Ausdruck über jene Laborparameter, welche bei den Rundversuchen der ÖQUASTA im vergangenen Jahr wenigstens einmal im positiven Bereich (2S-Bereich) lagen. Ab dem ersten Quartal des folgenden Jahres können dem Vertragsarzt nur jene Laborparameter honoriert werden, welche der externen Qualitätskontrolle unterliegen und auf obgenannter Liste aufscheinen. Scheint ein Laborparameter, welcher der externen Qualitätskontrolle unterliegt, nicht auf der Positiv-Liste auf, kann er nicht honoriert werden. Wird im laufenden Jahr bei einem Rundversuch der ÖQUASTA für einen derartigen Parameter ein positiver Nachweis erbracht, kann die Honorierung erst ab dem folgenden Abrechnungsquartal durchgeführt werden (Beispiel: Positivnachweis im ersten Quartal, Honorierung ab dem zweiten Quartal).

i) Auch bei Zuweisungen von Laborleistungen gilt das Ökonomieprinzip. Grundsätzlich ist an den Vertragspartner zuzuweisen, dessen Leistungserbringung die geringsten Kosten verursacht, sofern die Leistung ausreichend und zweckmäßig ist. In einem gemeinsamen Rundschreiben der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse werden die jeweils günstigsten Vertragspartner kundgemacht. Eine Zuweisung an andere Vertragspartner ist aus wichtigen Gründen im einzelnen Untersuchungsfall (z. B. nicht ausreichende Qualität, Dringlichkeit der Bearbeitung, erforderliche Rücksprache mit einem Facharzt) zulässig. Die Gründe sind der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse schriftlich mitzuteilen.

13. a) Im Falle der Erkrankung des Vertragsarztes ist dieser verpflichtet, sofort eine Meldung über die Erkrankung sowohl der Ärztekammer für Niederösterreich, 1010 Wien, Wipplingerstraße 2, als auch der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, Ärztereferat-Innenrevision-Controlling, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, zu erstatten. Die Meldung hat schriftlich zu erfolgen. Ebenso muss die Wiederaufnahme der kassenärztlichen Tätigkeit an die vorgenannten Stellen unverzüglich gemeldet werden.

b) Für die Dauer seiner Erkrankung steht dem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin ab dem ersten Tag, sofern die Krankmeldung im Sinne des Abs. 1 erfolgt ist, das Recht zu, einen oder mehrere Vertragsärzte für Allgemeinmedizin mit seiner Vertretung zu betrauen. Im ersteren Falle ist der vertretende Vertragsarzt sowohl der Ärztekammer für Niederösterreich als auch der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, Ärztereferat-Innenrevision-Controlling, namentlich bekannt zu geben.

c) Der Vertreter gilt als genehmigt, wenn nicht binnen acht Tagen nach der Meldung von den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern oder der Ärztekammer für Niederösterreich ein Einspruch erhoben wird. An der Ordinationstür des erkrankten Vertragsarztes ist ein entsprechender Aushang sichtbar anzubringen.

d) Der vertretende Vertragsarzt bzw. die vertretenden Vertragsärzte sind berechtigt, für den Kassenpatienten bei der Prüfung der Anspruchsberechtigung den Sonderfall Vertretung-Krankheit auszuwählen.

e) Die im Rahmen dieser Behandlungsfälle erbrachten Einzelleistungen werden von der Gemeinsamen Verrechnungsstelle voll vergütet. Die Grundvergütung wird für denselben Kassenpatienten pro Quartal nur einmal für den datumsmäßig ersten zur Verrechnung gelangenden Sonderfall honoriert.

f) Wegegebühren werden für die Vertretungszeit grundsätzlich nur vom Ordinationssitz des nächsterreichbaren Vertragsarztes vergütet. Im Übrigen gelten hinsichtlich der Verrechnung der Wegegebühren die Vertragsbestimmungen bzw. die zu § 12 Abs. 4 des Gesamtvertrages getroffenen Zusatzvereinbarungen.

g) Wurde vom vertretenden Arzt ein Regelfall angelegt, kann dieser in einen Sonderfall Vertretung-Krankheit umgewandelt werden, wenn eine weitere Behandlung des Patienten bei dem vertretenen Arzt nach Wiederherstellung der Dienstfähigkeit notwendig erscheint.

14. a) Im Wesentlichen gelten für die Vertretung des Vertragsarztes für den Fall des Urlaubes die gleichen Bestimmungen, wie sie unter Punkt 13 für die Vertretung im Erkrankungsfall angeführt wurden.

b) Die Urlaubsdauer darf 42 Kalendertage im Kalenderjahr nicht übersteigen. Eine weitere Urlaubsvertretung im Gesamtausmaß von maximal 14 Kalendertagen über das vorgenannte Höchstausmaß von 42 Kalendertagen ist möglich, wenn es sich um die Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen bzw. an Kader-, Truppen- oder Waffenübungen des österreichischen Bundesheeres handelt.

c) Der beabsichtigte Urlaub ist möglichst frühzeitig der Ärztekammer für Niederösterreich zu melden. Detailregelungen über Meldefristen werden von dieser festgelegt.

d) Als Vertreter von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin können sämtliche Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, als Vertreter von Fachärzten jene des entsprechenden Sonderfaches herangezogen werden. Es muss jedoch mindestens ein Vertragsarzt als Vertreter bestellt und namentlich bekannt gegeben werden.

e) Hinsichtlich der Mindestzahl der ordinierenden Vertragsärzte gilt folgende Regelung:

1. Ärzte für Allgemeinmedizin

Zahl der Vertragsärzte im Bereitschaftsdienstsprengel	Mindestzahl der ordinierenden Vertragsärzte
2 oder 3	1 (Am ordinationsfreien Tag hat der Vertragsarzt für seine Vertretung zu sorgen.)
4 oder 5	2
6 bis 9	3
ab 10	50 %

2. Allgemeine Fachärzte

In Bezirken, in denen mehrere Vertragsärzte des gleichen Sonderfaches niedergelassen sind, haben diese ihre Urlaube derart abzustimmen, dass im Bezirk zumindest ein Arzt des betreffenden Faches anwesend ist. Ist im Bezirk nur ein Arzt des Faches niedergelassen, soll der Urlaub mit einem Fachkollegen eines Nachbarbezirkes abgestimmt werden, um die ärztliche Versorgung in erreichbarer Nähe sicherzustellen.

f) Das Datum des Einlangens der Urlaubsmeldung bei der Ärztekammer für Niederösterreich ist für die Anerkennung des Urlaubes maßgeblich.

g) Der auf Urlaub gehende Vertragsarzt hat an seiner Ordination mit einem Aushang (Name und Telefonnummer) bekannt zu geben, welcher Arzt (welche Ärzte) seine Urlaubsvertretung übernimmt (übernehmen).

h) Der urlaubsvertretende Vertragsarzt ist berechtigt, bei der Prüfung der Anspruchsberechtigung des Kassenpatienten den Sonderfall der Vertretung-Urlaub bzw. Vertretung-Fortbildung anzulegen. Die erstmalige Konsultation des vertretenden Arztes im Quartal wird mit einer Grundvergütung laut Abschnitt C/c zuzüglich der getätigten Einzelleistungen honoriert.

i) Für die Wegegebühren gelten die gleichen Bestimmungen wie unter Punkt 13. In Ausnahmefällen - insbesondere bei besonderen regionalen Gegebenheiten - kann im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und Kasse eine Sonderregelung über die Honorierung der Wegegebühren getroffen werden.

j) Der vertretene Vertragsarzt ist berechtigt, sofern er im gleichen Quartal vom Versicherten in Anspruch genommen wird, einen Regelfall anzulegen.

k) Pro Patient kann in einem Quartal nur ein Sonderfall Vertretung-Urlaub/Vertretung-Fortbildung mit Anspruch auf Grundvergütung abgerechnet werden (bei mehreren Vertretungen im selben Quartal müssen alle Leistungen in einem Behandlungsfall eingetragen werden).

l) Falls ein Nichtvertragsarzt zum Vertreter in der Ordination des Vertragsarztes bestellt wird, gelten die Bestimmungen des § 9 des Gesamtvertrages. In diesen Fällen wird keine Vergütung von den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern an den Vertreter geleistet.

15. Zuschlag für Tagesvisiten an Werktagen (C/d/1): Die obere Limitgrenze ergibt sich aus dem Verhältnis der Zahl der Tagesvisiten zu jener der pro Quartal abgerechneten Behandlungsfälle mit 1 : 2. Diese Bestimmung wird im Einvernehmen der Vertragsparteien bis auf weiteres nicht angewendet.

16. „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)“

a) Das Honorar für die Pos. Nr. 19 - „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)“ beträgt ab *01.01.2024 16,90 €.*

b) Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.

c) Zur Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte, ausgenommen der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin, berechtigt.

d) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Betreuungspersonen bzw. Betreuungsorganisationen (gültig ab 1.1.2020), Eltern bei Kindern bzw. mit Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.

e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.

f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. Eine zusätzliche Verrechnung der Pos. 8, 9 bzw. 12 am gleichen Tag ist prinzipiell nicht möglich, es sei denn, die Leistungen werden zu unzusammenhängenden Zeiten erbracht (Angabe der Uhrzeit ist unbedingt erforderlich). In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.

g) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsärzten für Chirurgie, Vertragsfachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Vertragsfachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde (gültig ab 1.1.2022) in höchstens 25 % der Behandlungsfälle pro Quartal, von den Vertragsfachärzten für Innere Medizin in höchstens 18 % der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 11 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

h) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Bei Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie ist eine gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ und der Position „Psychotherapeutische Sitzung“ bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartales nur mit Begründung möglich.

   Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann bei der Erstordination verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen (Satz ab 1.4.2020 gestrichen).

i) Neben der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ sind die Pos. 109, 602, 652 bis 655, 657, 682 bis 684, 685, 690, 6804, 6806, 6807, 6901, 6902, 6906, 6907 und 6908 nicht am gleichen Tag verrechenbar (gültig ab 1.1.2023).

j) Die Aufwendungen für die Pos. 19 sind zur Gänze auf die Honorarsumme anzurechnen.

17. „Regelung für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie“

a) Den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie obliegt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Begutachtung bei psychischen, psychosozialen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen und Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter an minderjährigen Versicherten bzw. anspruchsberechtigten Angehörigen (§ 123 ASVG) der Versicherungsträger.

b) Die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung erfordert auf Grund der Störungsbilder neben einem entsprechenden zeitlichen Aufwand vor allem einen vernetzenden, interdisziplinären Zugang. Das ausführliche fachärztliche Gespräch ist sowohl für die Anamneseerhebung als auch für die Diagnostik, Behandlung und Beratung das wichtigste Element.

c) Die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie haben unabhängig von der gesetzlichen Dokumentationspflicht folgende patientenbezogene Aufzeichnungen zu führen:

- Vor- und Zuname, Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum und Adresse der Patienten
- Vor- und Zuname, Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum und Adresse des Versicherten, falls der Patient Angehöriger ist
- Diagnose
- Behandlungsplan
- Leistungserbringer, an die die Patienten zur Diagnostik (klinisch-psychologische Diagnostik, Labor etc.) weiter verwiesen werden
- Leistungserbringer, an die die Patienten zur Therapie (Psychotherapie etc.) weiter verwiesen werden
- von diesen anderen Leistungserbringern übermittelte Befunde

Die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind verpflichtet, diese Aufzeichnungen mindestens drei Jahre ab dem letzten Behandlungstag aufzubewahren, sofern nicht gesetzlich eine längere Aufbewahrungsfrist vorgesehen ist.

d) Die Honorierung der von den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie erbrachten Leistungen erfolgt in Orientierung an den Bestimmungen des bis 31.12.2011 gültigen Pilotprojektes. In diesem Zusammenhang wird die Honorarordnung, Abschnitt C. (Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen), mit Wirksamkeit ab 01.01.2012 um eine neue lit. i mit der Überschrift „Vergütungen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ ergänzt.

e) Eine über die in der Honorarordnung, Abschnitt C. (Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen), lit. i (Vergütungen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie), genannten Positionen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie) hinausgehende Verrechnung von Leistungspositionen der Honorarordnung ist unzulässig.

18. „Einhaltung von Qualitätsstandards bei der Colonoskopie“

a) Bei der Verrechnung der Pos. 405, 405G, 406, 406G, 56 und 57 sind folgende Punkte von jenen Ärzten ohne ÖGGH-Zertifikat zu dokumentieren (bei aufrechtem ÖGGH-Zertifikat muss dies nicht gesondert für die ÖGK dokumentiert werden):
   - schriftliche, leitliniengerechte Empfehlung an den Patienten im Anschluss an die Untersuchung bzw. im Rahmen der Befundbesprechung (ergebnisorientiertes Intervall)
   - schriftlicher Nachweis über die Aufklärung des Patienten betreffend Untersuchung und Darmvorbereitung mindestens 24 Stunden vor der Untersuchung.

b) Nachweis für „Qualitätszuschlag für Polypektomie“

Vertragsfachärzte für Chirurgie und Innere Medizin sind unter folgenden Voraussetzungen zur Abrechnung des Zuschlages berechtigt:

1. Vorlage des Qualitätszertifikates Darmkrebsvorsorge der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH-Zertifikat).

   Eine Kopie des ÖGGH-Zertifikates ist der Österreichischen Gesundheitskasse in Niederösterreich in 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, zu übermitteln. Die Verrechnung des Zuschlages ist für die Gültigkeitsdauer des Zertifikates zulässig.

2. Erreichen einer Coecumintubationsrate von ≥ 85% und Vorlage eines Hygienenachweises:

   a. Das Kriterium der Coecumintubationsrate ≥ 85 % wird anhand der abgerechneten kurativen und Vorsorge-Colonoskopien der Vertragsfachärzte für Chirurgie und Innere Medizin des Abrechnunsgzeitraumes des 3. Quartals überprüft.

      Dazu wird von der Österreichischen Gesundheitskasse in Niederösterreich eine Stichprobe im Ausmaß von 25 Prozent der abgerechneten Colonoskopien gezogen. Die entsprechende Namensliste der Patienten wird dem Vertragsfacharzt übermittelt. Seitens des Medizinischen Dienstes der Österreichischen Gesundheitskasse in Niederösterreich erfolgt anhand der Befunde die

Prüfung, ob die Coecumintubationsrate von ≥ 85% erreicht wird. Ist dies der Fall, erfolgt die (Weiter-)Honorierung des Zuschlages.

Sollte die Coecumintubationsrate von ≥ 85% nicht erreicht werden, wird der Vertragsfacharzt und das Referat für Endoskopie der Ärztekammer für Niederösterreich informiert.

Für das nächstfolgende Quartal nach der Information über das Nichterreichen kann eine neuerliche Prüfung der Coecumintubationsrate von ≥ 85% erfolgen. Ein diesbezügliches Ansuchen ist zu stellen. Wird das Kriterium erfüllt, ist eine Verrechnung des Zuschlages ab diesem Quartal möglich.

Für neue Vertragsfachärzte wird das erste Abrechnungsquartal ab Invertragnahme zur Überprüfung herangezogen. Wird das Kriterium erfüllt, ist eine Verrechnung des Zuschlages ab diesem Quartal möglich.

Die laufende Prüfung der Coecumintubationsrate von ≥ 85% erfolgt alle zwei Jahre.

b. Der Hygienenachweis ist der Österreichischen Gesundheitskasse in Niederösterreich alle zwei Jahre vorzulegen und kann durch den Nachweis einer Validierung durch ein Hygieneinstitut oder eine gleichwertige Einrichtung, die Vorlage einer Bestätigung eines Facharztes für Mikrobiologie und Hygiene oder die Übermittlung eines mikrobiologischen Befundes erbracht werden.

B.

Rechnungslegung und Honoraranweisung

1. Die Rechnungslegung hat nach den Bestimmungen der §§ 29 und 31 des Gesamtvertrages bzw. nach den hiezu getroffenen Zusatzvereinbarungen zu erfolgen. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, ab 1.1.2003 elektronisch nach den vom Hauptverband erlassenen „Einheitlichen Grundsätzen über die EDV-Abrechnung der Vertragsärzte“ samt Anlagen in der aktuellen Fassung sowie der jeweils gültigen gesamtvertraglichen Vereinbarung über die EDV-Rechnungslegung abzurechnen.

2. Der Vertragsarzt hat die rechnungsmäßigen, in allen in Betracht kommenden Rubriken ordnungsgemäß ausgefüllten, Unterlagen über die durchgeführten Behandlungen und Leistungen am Ende eines jeden Kalendervierteljahres zusammenzustellen und bis zum 15. des nächstfolgenden Monats unter Anschluss einer in allen Rubriken ausgefüllten Honorarliste der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger, 3100 St. Pölten. Kremser Landstraße 3, einzusenden. Die hiezu erforderlichen Drucksorten werden dem Vertragsarzt von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle kostenlos zur Verfügung gestellt.

   Arztabrechnungen, die nicht termingerecht eingereicht werden, sind bei der nächsten Quartalsabrechnung zu berücksichtigen. Eine Honorierung kann für das laufende Quartal nicht erfolgen.

3. Folgende Belege sind dem Versicherungsträger zu übermitteln:

   a) Belege mit Bewilligungsvermerken des Versicherungsträgers

   b) Histologische Befunde (Pos. 412 der Honorarordnung)

   c) Ernährungspläne (Pos. 653 der Honorarordnung)

   d) Vorsorgeuntersuchungsunterlagen, sofern eine elektronische Datenübermittlung noch nicht möglich ist

   e) Verrechnungsscheine, Patientenerklärungen für zwischenstaatlich Betreute.

   Sämtliche Belege sind alphabetisch zu ordnen.

   Auf allen Belegen müssen die Versicherungsdaten (Versicherungsnummer, zumindest aber das Geburtsdatum) leserlich eingetragen sein.

4. Die jeweiligen Wegegebühren werden von den Vertragsärzten in der Abrechnungsdatei selbst erfasst. Diese sind mit den Positionsnummern 290 für Tagesdoppelkilometer bzw. 291 für die Nachtdoppelkilometer und der jeweiligen Anzahl der Doppelkilometer beim jeweiligen Patienten einzutragen. Eine Ausnahme bilden hier die pauschalierten Wegegebühren für das Gemeindegebiet von St. Pölten und von Wr. Neustadt. Diese werden – unverändert – automatisch von der Österreichischen Gesundheitskasse hinzugefügt und dürfen somit nicht eingetragen werden.

   Bei der Verrechnung einer Visite bzw. von Wegegebühren ist eine Visitenadresse anzugeben.

   Bei mehreren Krankenbesuchen, die auf derselben Strecke liegen, ist wie folgt vorzugehen:
   Es ist bei Visiten eine Route zusammen zu stellen und nur bei jenem Patienten, der am entferntesten wohnt, sind die Kilometer für die einfache Strecke einzutragen. Werden beispielsweise fünf Patienten besucht, sind bei vier Patienten keine Wegegebühren einzutragen, sondern nur beim Fünften mit der längsten Wegstrecke.

5. a) Die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger ist angewiesen, dem Vertragsarzt, der die im Punkt 2 vereinbarte Frist zur Rechnungslegung entweder für die gesamte Abrechnung eines Quartals oder für zumindest 20 % der abgerechneten Scheine nicht einhält, 5 (fünf) Prozent von dem diesem Arzt für das betreffende Quartal zustehenden Gesamthonorar in Abzug zu bringen.

   Der einbehaltene Betrag wird zur Hälfte dem Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenfonds (AIHV-Fonds) der Ärztekammer für Niederösterreich überwiesen, der Rest als Verwaltungskostenaufwand den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern gutgeschrieben.

   b) Erfolgt die Rechnungslegung ab dem 1.1.2003 nicht nach den Regelungen gemäß Abschnitt B Punkt 1 der Honorarordnung, wird dem Vertragsarzt im Zuge der Honorarabrechnung je erfasstem Beleg ein Betrag in der Höhe von € 0,50 in Abzug gebracht. Der sich daraus ergebende Gesamtabzug für den Vertragsarzt wird auf der Honorarabrechnung ausgewiesen. Den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern werden diese einbehaltenen Beträge bei den Verwaltungskosten gutgeschrieben.

   Beginnend mit der Vorlage von Honorarabrechnungen ab 1.1.2004 erfolgt jeweils zum 1. Jänner eines Kalenderjahres eine Aufwertung des Abzugsbetrages (mathematisch gerundet) im Ausmaß des durchschnittlichen Prozentsatzes der nominellen Tarifanhebung auf Basis der jeweils zuletzt abgeschlossenen Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag. Erfolgt für ein Kalenderjahr keine nominelle Tarifanhebung, wird

der Abzugsbetrag nicht aufgewertet. Auf Grund der Zusatzvereinbarung für *die Jahre 2022 bis 2024* erhöht sich der genannte Betrag auf *€ 0,82.*

c) Die Regelung des Punkt 5 lit. b gilt nur für Vertragsärzte, die bereits vor dem 1.1.2003 in einem aufrechten Vertragsverhältnis zu den § 2-Krankenversicherungsträgern im Sinne dieses Gesamtvertrages gestanden sind.

6. Den Vertragsärzten gebührt eine monatliche Vorauszahlung in der Höhe von 25 % jenes Honorares, das im Vergleichsquartal des Vorjahres überwiesen wurde. Die Überweisung der Vorauszahlungen erfolgt spätestens bis zum 15. eines jeden Monates.

   Die errechneten Beträge sind auf € 50,00 auf- bzw. abzurunden. Bei der Berechnung der Vorauszahlungen bleiben die aus einer Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung erzielten Honorare unberücksichtigt. Bei Erkrankung des Vertragsarztes und gleichzeitiger Inanspruchnahme der Krankheitsregelung wird die Vorauszahlung für den laufenden Monat überwiesen. Danach wird die Vorauszahlung im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Niederösterreich eingestellt, sofern eine länger dauernde Erkrankung vorauszusehen ist und inzwischen keine den vertraglichen Bestimmungen entsprechende Gesundmeldung erfolgte.

   Vorauszahlungen werden bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des Punktes 2. über die Rechnungslegung im Sinne des § 31 Abs. 2 des Gesamtvertrages nicht gewährt.

7. Die Vorauszahlung für die zur Kassenpraxis neu zugelassenen Ärzte wird bis zur Fertigstellung der ersten Quartalsabrechnung auf Grund der vom Arzt bekannt gegebenen Fälle und des Fallwertes der entsprechenden Fachgruppe vom Vergleichsquartal des Vorjahres ermittelt.

   Die Überweisung erfolgt spätestens bis zum 15. eines jeden Monates in der Höhe von 25 % des errechneten Betrages (gerundet auf € 50,00).

8. Die Überweisung des restlichen Honoraranteiles für das betreffende Quartal erfolgt unter Beachtung der Bestimmungen dieses Abschnittes spätestens bis Ende des nächstfolgenden Quartals.

9. Sämtliche Zahlungen, wie Vorauszahlungen und der restliche Honoraranteil sind von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger auf ein vom Vertragsarzt bekannt gegebenes Konto eines Geldinstitutes zu leisten. Die Überweisungen sind zeitgerecht mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, sobald der Auftrag auf Überweisung vom Krankenversicherungsträger an das Geldinstitut spätestens zu den in Z 6 bis 8 genannten Terminen ergangen ist und in der Folge durchgeführt wird. Fällt ein in Z 6 bis 8 genannter Termin bzw. das Ende

einer bestimmten Frist auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag, so gilt der letzte Banktag vor Ablauf der Frist als letzter Tag der Frist.

10. Bei allfälligen Abrechnungs- und Honorardifferenzen sind die Bestimmungen der §§ 31, 32 und 36 des Gesamtvertrages bzw. des § 5 des Einzelvertrages zu beachten.

C.

Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen

Die Honorierung sämtlicher Vertragsärzte in Niederösterreich wird nach folgendem Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und den nachstehenden Vergütungssätzen bzw. Punkten, deren Wirksamkeitsbeginn jeweils angeführt ist, unter grundsätzlicher Beachtung der Bestimmungen der Honorarordnung (Abschnitt A) vorgenommen.

Die vertraglichen Leistungen umfassen:

a) Bereitschaftsdienstpauschale

b) Vergütung für Wegegebühren

c) Grundvergütung

d) Vergütungen für Einzelleistungen

e) Vergütungen für Physiko-Therapie

f) Vergütungen für Laborleistungen

g) Vergütungen für Röntgenleistungen (Diagnostik und Therapie) bei Fachärzten für Radiologie

h) Vergütungen für röntgendiagnostische Untersuchungen durch Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin

i) Vergütungen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

k) Vergütungen für Leistungen aus dem Fachgebiet der Neurologie

l) Vergütungen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie

a) Bereitschaftsdienstpauschale

Das Bereitschaftsdienstpauschale beträgt für je angefangene 24 Stunden *€ 252,65.*

b) Vergütung für Wegegebühren

Siehe Bestimmungen der Honorarordnung A/11. Die Vergütung für Wegegebühren beträgt
für den Tagesdoppelkilometer..... *€ 2,19.*
für dem Nachtdoppelkilometer ..... *€ 3,27.*

c) Grundvergütung

Für jede gültige Erstkonsultation werden pro Kalendervierteljahr als Grundvergütung den

- Vertragsärzten für Allgemeinmedizin .....*€ 7,59*
- Vertragsfachärzten für Chirurgie .....*€ 7,14*

- Vertragsfachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ..... *€ 5,20*
- Vertragsfachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten ..... *€ 8,51*
- Vertragsfachärzten für Innere Medizin ..... € 15,32
- Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde ..... *€ 16,33*
- Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten ..... *€ 4,29*
- Vertragsfachärzten für Neurologie und Psychiatrie ..... *€ 3,75*
- Vertragsfachärzten für Neurologie ..... *€ 7,24*
- Vertragsfachärzten für Psychiatrie ..... *€ 9,32*
- Vertragsfachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie ..... *€ 6,26*
- Vertragsfachärzten für Unfallchirurgie ..... *€ 4,51*
- Vertragsfachärzten für Urologie ..... *€ 5,88*
- Fachärzten aller anderen Vertragsfachsparten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Radiologie und Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie) ..... *€ 3,62*

honoriert.

- Hausarztzuschlag ..... *€ 8,14*

- Fachspezifischer Zuschlag bei Vertragsärzten für Kinder- und Jugendheilkunde ..... *€ 7,73*

d) Vergütungen für Einzelleistungen

Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Punktewert *€ 0,7376*

Mit Ausnahme der Ordinationen und Visiten sowie einzelner Untersuchungen erfolgt die Bewertung der Einzelleistungen nach Punkten.

Die einzelnen Leistungen sind den Fachgebieten entsprechend zusammengefasst:

Pos.-Nr.:	Aus dem Fachgebiet:
1 - 12	Ordinationen und Visiten
19	Ärztliches Gespräch
51 - 54	Vorsorgeuntersuchungen
70 - 90	Mutter-Kind-Pass-Leistungen
100 - 164	Allgemeine Einzelleistungen
170	Leistungen von Ärzten für Allgemeinmedizin ohne Zahnarztvertrag
210 - 240	Augenheilkunde
310 - 341	Oto-, Rhino- und Laryngologie
398 - 406	Endoskopische Untersuchungen
410 - 485	Chirurgie und Orthopädie
486 - 498	Unfallchirurgie
510 - 572	Gynäkologie und Urologie
601 - 699	Dermatologie, Interne Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie

ORDINATIONEN UND VISITEN

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	
1	Tagesvisite an Werktagen	*44,63*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“
2	Dringend verlangte und sofort getätigte Visite an Werktagen	*50,68*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“
3	Nachtordination (20 Uhr bis 7 Uhr)	*36,09*	
4	Nachtvisite (Berufung ab 20 Uhr und Vollendung vor 7 Uhr)	*65,12*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“
5	Visite an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen bzw. während des Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienstzeitraumes (nur Erstvisite oder im Bereitschaftsdienst, bei eigenen Fällen nur nach Berufung)	*45,52*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“
6	Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen (bei eigenen Fällen nur bei Unfällen oder unabweisbaren Fällen mit Begründung) bzw. während des Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienstzeitraumes. Ordinationen, die an solchen Tagen in die ordentlichen Sprechstunden fallen, können nicht nach dieser Position verrechnet werden (gilt nur für eigene Patienten)	*19,22*	
7	Schriftlicher, erster, an den zuweisenden bzw. behandelnden Vertragsarzt gerichteter, selbst erhobener Befund. Unbedingt erforderlich: Anamnese, Status, Diagnose, Therapievorschlag. Nur verrechenbar von Vertragsfachärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Radiologie). Der Befundbericht ist grundsätzlich nur einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Lediglich bei Zutreffen besonderer Indikationen wird unter Bedachtnahme auf eine entsprechende medizinische Begründung bei Überweisungsfällen die Verrechnung weiterer Befundberichte pro Fall und Quartal anerkannt. Die Begründung ist auf dem Überweisungsschein anzuführen. Die Verrechnung einer weiteren Pos. 7 ist höchstens in 5 % der Überweisungsfälle möglich	*9,52*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“
8	Dringend verlangte Tagesordination außerhalb der üblichen Sprechstunde (Uhrzeit ist anzugeben)	*14,45*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“
9	Ordination mit eingeschränktem Leistungsumfang - darunter sind jene ärztlichen Leistungen in der Ordinationsstätte des Arztes zu verstehen, die weder Ordination (Pos. 12) noch ärztliches Gespräch sind (z. B. Verordnungen, Überweisungen, Rezeptausstellungen)	*4,00*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	
10	Konsilium am Krankenbett über Berufung und im Beisein des behandelnden Arztes, von beiden Ärzten verrechenbar, bei Tag (zusätzliche Tagesvisite ist nicht verrechenbar) Anmerkung: Bei Berufung eines Vertragsfacharztes können Wegegebühren nur vom nächstgelegenen Vertragsfacharzt der einschlägigen Facharztrichtung, bei Berufung eines Vertragsarztes für Allgemeinmedizin vom nächstgelegenen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin aus verrechnet werden.	*43,46*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“
11	Konsilium am Krankenbett über Berufung und im Beisein des behandelnden Arztes, von beiden Ärzten verrechenbar, bei Nacht (zusätzliche Nachtvisite ist nicht verrechenbar) Anmerkung: Bei Berufung eines Vertragsfacharztes können Wegegebühren nur vom nächstgelegenen Vertragsfacharzt der einschlägigen Facharztrichtung, bei Berufung eines Vertragsarztes für Allgemeinmedizin vom nächstgelegenen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin aus verrechnet werden.	*62,71*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“
12	Ordination - darunter sind jene persönlichen ärztlichen Leistungen zu verstehen, die für die Diagnose oder Therapie in der Ordinationsstätte des Arztes erbracht werden <u>Limit-Bestimmungen pro Arzt für Allgemeinmedizin und Quartal:</u> Verhältnis der Pos. 9 zu Pos. 12 maximal 15 : 85. Übersteigt die Anzahl der Pos. 12 diese Relation, erfolgt eine Umwandlung derart, dass zwischen den Pos. 9 und 12 das Verhältnis 15 : 85 hergestellt ist. (gültig ab 1.1.2022) <u>Limit-Bestimmungen aller Ärzte pro Jahr:</u> Die Summe der Pos. 9 und 12 darf das Dreifache der Fälle mit Grundvergütung nicht überschreiten. Die Verrechnung der Pos. 9 oder 12 ist bei alleiniger Erbringung von Physikoleistungen nicht möglich.	*10,34*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“
15	Besuchszuschlag (verrechenbar bei gleichzeitigem Besuch mehrerer Anspruchsberechtigter in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einem Kurhaus oder Erholungsheim) (gültig ab 1.1.2020)	*10,34*	Siehe „Erläuternde Bemerkungen“

ÄRZTLICHES GESPRÄCH

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	
19	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	*16,90*	Siehe Honorarordnung Abschnitt A Punkt 16 oder Information E 1.

Pos. Nr.		Art der Leistung	€
PA, I, At	51	**Vorsorgeuntersuchungen** Vorsorgeuntersuchungshonorar für das allgemeine Untersuchungsprogramm inklusive der Blutuntersuchungen auf Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyzeride und Rotes Blutbild	bis 31.12.2015: 75,00 ab 01.01.2016: 86,00 ab 01.01.2017: 88,00 ab 01.01.2019: 91,00 Anmerkung: Die Erhöhung auf 91,00 € ab 01.01.2019 erfolgt nur, wenn zu diesem Zeitpunkt bereits das elektronische Bewilligungsservice (eBS) flächendeckend und verpflichtend auf Basis eines Gesamtvertrages zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer (Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte) auf Bundesebene eingeführt ist.
PA, I, At	52	Vorsorgeuntersuchungshonorar für das allgemeine Untersuchungsprogramm exklusive der Blutuntersuchungen auf Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyzeride und Rotes Blutbild	bis 31.12.2015: 66,01 ab 01.01.2016: 78,94 ab 01.01.2017: 80,94 ab 01.01.2019: 83,94 Anmerkung: Die Erhöhung auf 83,94 € ab 01.01.2019 erfolgt nur, wenn zu diesem Zeitpunkt bereits das elektronische Bewilligungsservice (eBS) flächendeckend und verpflichtend auf Basis eines Gesamtvertrages zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer (Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte) auf Bundesebene eingeführt ist.
I	53	Vorsorgeuntersuchungshonorar für den Laborblock (Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyzeride und Rotes Blutbild) durch Vertragsfachärzte für Innere Medizin auf Grund einer Zuweisung	bis 31.12.2015: 8,99 ab 01.01.2016: 7,06
PA, F	54	Vorsorgeuntersuchungshonorar für die gynäkologische Untersuchung nach dem Gesamtvertrag vom 1. Jänner 1988 durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18,24

Pos. Nr.	Art der Leistung	€
PA, F 60	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP	ab 01.07.2018: 3,00 Anmerkung: Verrechenbar für Frauen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren
Für die Abnahme und Fixierung eines gynäkologischen Abstrichs bzw. die Durchführung einer Koloskopie im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung auf Grund einer Zuweisung sind Pos. 55, 56 oder 57 (analog Pos. 100, 405, 406) zu verrechnen.		
PA, F BERAUF	Beratung und Risikoaufklärung im Rahmen BKFP	ab 01.07.2023: 17,00 ab 01.07.2024: 18,00 Verrechenbarkeit befristet auf zwei Jahre, sohin bis 30.06.2025. Die Position ist bei Frauen von Beginn des 41.bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres einmal alle 2 Jahre verrechenbar. In diesem Zwei-Jahreszeitraum kann sie von den Ärzten der Allgemeinmedizin in 20 % der Fälle in der Zielgruppe und von den Ärzten der Gynäkologie in 25 % der Fälle in der Zielgruppe verrechnet werden. Konkrete Inhalte der Gesprächsposition sind Ersteinschätzung des familiären Risikos (Indikationenliste), Erhebung weiterer Risikofaktoren anhand der Anamnese und vorliegender Radiologiebefunde sowie Beratung bzgl. Inanspruchnahme des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms.

Pos. Nr.		Art der Leistung	€
K, O, Rad, (KJP)	70	**Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen** Erstuntersuchung der kindlichen Hüften des Neugeborenen mittels Ultraschall, sofern die Entbindung nicht in einer Krankenanstalt erfolgte, durch Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und Radiologie mit entsprechendem Ausbildungsnachweis und erforderlicher Geräteausstattung	42,63
K, O, Rad, (KJP)	71	Weitere Untersuchung der kindlichen Hüften des Neugeborenen mittels Ultraschall in der 6. bis 8. Lebenswoche durch Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und Radiologie mit entsprechendem Ausbildungsnachweis und erforderlicher Geräteausstattung	42,63
PA, F	72	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der ersten Untersuchung, ausschließlich der internen Untersuchung, durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	31,55
PA, F	73	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der zweiten Untersuchung, ausschließlich der internen Untersuchung, durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	31,55
PA, F	74	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der dritten Untersuchung, ausschließlich der internen Untersuchung, durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	31,55
PA, F	75	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der vierten Untersuchung, ausschließlich der internen Untersuchung, durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	31,55
PA, F	76	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der fünften Untersuchung, ausschließlich der internen Untersuchung, durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	31,55
PA, I	77	Mutter-Kind-Pass-Honorar für die interne Untersuchung durch die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte für Innere Medizin	20,22
PA, K (KJP)	78	Mutter-Kind-Pass-Honorar bei Haus(Heim)entbindungen, Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	31,30
PA, K (KJP)	79	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der ersten Untersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	38,16

Pos. Nr.		Art der Leistung	€
PA, K (KJP)	80	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der zweiten Untersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	38,16
PA, K (KJP)	81	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der dritten Untersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	38,16
PA, K (KJP)	82	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der vierten Untersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	38,16
PA, K (KJP)	83	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der fünften Untersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	38,16
PA, K, (KJP)	84	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der sechsten Untersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	38,16
PA, K, (KJP)	85	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der siebenten Untersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	38,16
PA, K, (KJP)	86	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der achten Untersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	38,16
PA, K, O, (KJP)	87	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der Hals-, Nasen- und Ohren-Untersuchung des Kindes im 4. bis. 7 Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	20,22
PA, K, L, (KJP)	88	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der Hals-, Nasen- und Ohren-Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	31,42
PA, Au, K, (KJP)	89	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der augenärztlichen Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Augenheilkunde	31,42
Au	90	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der augenfachärztlichen Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat durch Vertragsfachärzte für Augenheilkunde	38,16

ALLGEMEINE EINZELLEISTUNGEN

Die Bereitstellung von Farbstoffen und Reagenzien, Objektträgern, Fixiermitteln, Teststreifen, Instrumenten, Nahtmaterialien, Abdeckungen und ähnlichem ist bei allen Leistungen schon bei der Erstellung der Punktezahl berücksichtigt und kann vom Arzt nicht extra in Rechnung gestellt werden.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, F 100	Abnahme und Fixierung eines gynäkologisch-cytologischen Abstriches einschließlich Versandkosten	10	
PA, F 55	Abnahme und Fixierung eines gynäkologisch-cytologischen Abstriches **im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung** einschließlich Versandkosten	10	Durchführung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung mit Ausnahme einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung nach dem Gesamtvertrag vom 1. Jänner 1988 (Pos. 54) bzw. für Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei Zuweisung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung.
104	Blutabnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung	8	Nicht gleichzeitig mit Pos. 111 verrechenbar. Die Pos. 104 kann nicht verrechnet werden, wenn die Blutabnahme nur zur Verrechnung einer oder mehrerer der nachstehend angeführten Positionen erfolgt: 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 828, 829, 839, 843, 844, 845, 846, 847. Die alleinige Verrechnung dieser Position ist nur möglich, wenn das Blut zur weiteren Versendung gebraucht wird. Diese Versendung ist am Krankenkassenscheck zu vermerken.
105	Blutabnahme zur Laboruntersuchung (gültig ab 1.7.2023)	14	Bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr. Die Anmerkung zu Pos. 104 hat auch hier Gültigkeit.
109	Wartezeit über die erste halbe Stunde hinaus, für jede weitere halbe Stunde	55	Verrechenbar bei Pos. Nr. 510, 512, höchstens zehn halbe Stunden, sowie bei Pos. 116 und 117, jedoch nur am Krankenbett sowie bei lebensnotwendiger Begleitung im Rettungsfahrzeug als auch bei lebensbedrohlichen akuten Notfällen (Diagnose ist anzugeben).
110	Intramuskuläre, subcutane, intracutane Injektion, pro Injektion	5	Bis zu 3 Quaddeln in einer Sitzung gelten jeweils als eine Injektion. Voraussetzung für die Abrechnung mehrmaliger i. m. Injektionen pro Sitzung ist jeweils ein erneuter Einstich.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
111	Intravenöse Injektion	10	Nicht mit den Pos. 402, 402V, 405, 405G, 406, 406G, 56 und 57 am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024)
112	Intravenöse Injektion	20	Bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.
113	Eigenblutinjektion einschließlich Blutabnahme	20	Höchstens 10 Injektionen pro Fall und Quartal verrechenbar.
114	Aderlass durch Venenpunktion	20	
115	Subcutane Infusion	30	Bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.
116	Intravenöse Infusion	30	Siehe auch Pos. 109. Im Honorar für diese Leistung ist das Infusionsbesteck inkludiert, es muss daher vom Vertragsarzt beigestellt, darf nicht separat rezeptiert oder durch Zuzahlung finanziert werden. Mindestens 250 ml Infusionslösung und mindestens 30 Minuten Liegezeit. Individuelle Dosierung und Liegezeit im Kindesalter. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 104, Pos. 105 und Pos. 115. Mit Pos. 111 oder Pos. 112 nur mit besonderer Begründung gleichzeitig verrechenbar. Siehe „Erläuternde Bemerkungen“.
I, Uch 117	Bluttransfusion, inklusive Kreuzprobe	200	Siehe auch Pos. 109.
118	Venaesektio	70	
119	Intraarterielle Injektion	40	
120	Intracardiale Injektion	30	
PA, Ch, I, O, Uch 121	Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke, pro Gelenk	20	Anästhesie nicht gesondert verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
PA, Ch, I, O, Uch 122	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke, pro Gelenk (nur Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen)	*25,54*	Anästhesie nicht gesondert verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
123	Unblutige Implantation mit Troikart	30	Kann nur dreimal pro Fall und Quartal verrechnet werden. Anästhesie nicht gesondert verrechenbar.
PA, Ch, I, K, O, Uch 124	Punktion von Ergüssen kleiner Gelenke therapeutisch, event. Instillation inbegriffen	30	Anästhesie nicht gesondert verrechenbar, außer bei akuten Verletzungen.
PA, Ch, I, K, O, Uch 125	Punktion von Ergüssen großer Gelenke (nur Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen) therapeutisch, event. Instillation inbegriffen	55	Anästhesie nicht gesondert verrechenbar, außer bei akuten Verletzungen.
Ch, O, Uch 129	Plexusanästhesie	40	
130	Inhalations- oder intravenöse Narkose	90	
131	Infiltrationsanästhesie, Leitungsanästhesie	30	
132	Regionale bzw. segmentale Infiltrationsanästhesie als Heilbehandlung je Region und Seite	20	Höchstens zweimal pro Tag verrechenbar. Die Behandlung hat am Schmerzpunkt zu erfolgen. Methoden der Neuraltherapie sind nicht verrechenbar. Die behandelte Region ist anzugeben. Quaddelung nicht unter Pos. 132 verrechenbar. Über 10 Infiltrationen nur nach vorheriger chefärztlicher Genehmigung.
N, O, NEU (gültig ab 1.4.2020) 133	Injektion an den peripheren Nerv. Peri - endo u. epineurale Infiltration	30	Aus der Diagnose muss die Lokalisation genau hervorgehen. Methoden der Neuraltherapie sind nicht verrechenbar. Höchstens dreimal pro Fall und Quartal.
PA, I, N, O, L, Ch, Uch, NEU (gültig ab 1.4.2020) 134	Injektion oder Infiltration an die Nervenwurzel oder an den Nervenstamm	55	Höchstens dreimal, für Orthopäden höchstens fünfmal pro Fall und Quartal verrechenbar, Region ist anzugeben.
O 135	Manuelle Therapie	22	In 50 % der Fälle jeweils höchstens dreimal pro Fall und Quartal verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
K, N, Uch, NEU (gültig ab 1.4.2020)	140	Lumbalpunktion	120	
I, K	141	Knochenmarkspunktion	40	
	142	Punktion aus oberflächlichen Körpergebilden (z. B. Cyste, Lymphknoten, Schleimbeutel, Haematom u. ä., ausgenommen bei Abszessen)	20	
	143	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle oder der Prostata, inklusive eventueller Injektion, diagnostisch	55	
	144	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle, inklusive eventueller Injektion, therapeutisch	120	
PA, D, Ch	150	I. v. Injektion zur Varizenverödung (Besenreiservenen ausgenommen)	20	Maximal zehn Injektionen pro Extremität und Quartal verrechenbar.
PA, D, Ch, Uch	151	Elastischer oder fixer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen	30	Nur bei statischen Beinleiden infolge Venenerkrankung, Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität. Siehe „Erläuternde Bemerkungen“.
PA, D, Ch, Uch	152	Korrektur des Kompressionsverbandes gemäß Pos. 151	30	
	153	Anlegen eines Zinkleimverbands	10	
	158	Volumsauffüllung durch Infusion zur Schockbekämpfung	40	Diagnose ist anzugeben. Im Honorar für diese Leistung ist das Infusionsbesteck inkludiert. Es muss daher vom Vertragsarzt beigestellt, darf nicht separat rezeptiert oder durch Zuzahlung finanziert werden.
	159	Endotracheale Intubation im Zusammenhang mit Erstversorgung im Notfall	70	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
160	Wiederbelebungsversuch (ausgenommen bei Neugeborenen)	150	
161	Magenspülung bei Vergiftungen	90	
162	Reposition einer incarc. Hernie	40	
163	Abtragung einer oder mehrerer großer Brandblasen bzw. ausgedehnte o. tiefreichende Nekrosenabtragung	20	Im Verlauf derselben Behandlung nur einmal pro Tag und maximal dreimal pro Behandlungsfall verrechenbar.
164	Digitale rectale Untersuchung	5	

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
165	Reinigung/Wundtoilette einer Wunde, bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar.	*23,31*	Die Anzahl der Regionen ergibt sich auf Grund der Diagnose. Die spezifische Diagnose ist anzuführen. Nicht mit Pos. 166 am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2020)
166	Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflaster.	*6,99*	Nicht mit Pos. 165 am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2020)
167	Naht- und/oder Klammerentfernung, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar.	*2,92*	Die Anzahl der Regionen ergibt sich auf Grund der Diagnose. Die spezifische Diagnose ist anzuführen. (gültig ab 1.1.2020)

LEISTUNGEN VON ÄRZTEN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN OHNE ZAHNARZTVERTRAG

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA 170	Zahnextraktion	15	Anästhesie separat verrechenbar.

Zur Beachtung! Auchzahnärzte können diese Position und im Zusammenhang damit auch einen Krankenkassenscheck n i c h t verrechnen, sondern verrechnen lediglich nach dem Tarif für Auchzahnärzte.

LEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER AUGENHEILKUNDE

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
	210	Fremdkörperentfernung aus der Cornea, einschließlich Anästhesie	45	
PA, Au, Ch, D	211	Operative Entfernung kleiner Geschwülste im Bereiche der Lider (z. B. Chalazion)	55	
Au	212	Flügelfelloperation (Pterygium)	212	Die Verwendung von atraumatischem Nahtmaterial ist zwingend vorgeschrieben.
Au	213	Lidoperation	181	Die Verwendung von atraumatischem Nahtmaterial ist zwingend vorgeschrieben.
Au	215	Erstmalige Sondierung oder Spülung der Tränenwege, je Seite, einschließlich Anästhesie	46	Nur einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Inkl. Oberflächenanästhesie.
Au	216	jede weitere Sondierung der Tränenwege, je Seite, einschließlich Anästhesie	15	Inkl. Oberflächenanästhesie.
Au	217	Hornhautabrasio bei flächenhaften Erkrankungen des Hornhautepithels, einschließlich Anästhesie	72	Nicht bei Rostringentfernung verrechenbar.
(PA), Au	218	Spaltlampenuntersuchung	10	Höchstens achtmal pro Fall und Quartal verrechenbar, darüber hinaus mit chefärztlicher Bewilligung.
Au	219	Skiaskopie oder Bestimmung de Astigmatismus nach Javal	20	
Au	220	Gesichtsfeldbestimmung	40	
Au	221	Tonometrie	15	Inkl. Oberflächenanästhesie.

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
Au 222	Applanationstonometrie oder Tonographie bei begründetem Glaukomverdacht	*18,17*	Inkl. Oberflächenanästhesie. Siehe „Erläuternde Bemerkungen“.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
Au 223	Prüfung des Muskelgleichgewichtes (Heterophoriebestimmung)	10	
Au 224	Prüfung auf Doppelbilder (Hess-Schirm)	10	Mit medizinischer Begründung.
Au 225	Retrobulbäre Injektion	21	
Au 226	Orthoptischer Befund bzw. Behandlungssitzung	20	Je Sitzung.
Au 227	Pleoptischer Befund bzw. Behandlungssitzung	21	Je Sitzung.
Au 228	Ophtalmodynamometrie zur Messung des Netzhautarteriendruckes bzw. des Druckes in der Arteria carotis inklusive der notwendigen Tonometrien	56	
PA, Au 229	Epilation der Trichiasis, je Seite, einschließlich Anästhesie	21	
Au 230	Kontaktglasuntersuchung bei Glaukomverdacht, Verdacht auf Netzhautriss oder Myopia gravis	26	Inkl. Oberflächenanästhesie.
Au 231	Besonders eingehende Untersuchung des Augenhintergrundes bei medikamentös erweiterter Pupille in besonderen Fällen (Diabetes, Schädeltumore, Netzhautablösung)	11	
Au 232	Schirmer’sche Probe bei Verdacht auf Hyposekretion der Tränendrüsen	10	Maximal in 10 % der Fälle verrechenbar.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
Au	233	Rostringentfernung inkl. Anästhesie	40	Zusammen mit Pos. 210 nur mit Begründung verrechenbar (tiefer Rostring).
Au	234	Subjektive Prüfung der Sehschärfe bei Kindern zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr unter besonderer Berücksichtigung der binokularen und geistigen Entwicklung im Rahmen einer Amblyopiebehandlung	30	Maximal in 5 % der Behandlungsfälle verrechenbar.
Au	235	Koagulation wie bei Ablatio retinae nach jeder Methode (umschriebene und ausgedehnte Netzhauterkrankungen)	1165	Einmal pro Fall, Quartal und Auge, maximal in 1 % der Fälle verrechenbar. Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich.
Au	240	Eingriff bei Trichiasis, je Seite, (elektrolytische Epilation der Wimpern oder operative Epilation mit dem Trepan zur dauerhaften Entfernung der Haarwurzeln), inkl. Anästhesie	55	In maximal 1 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.

LEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER OTO-, RHINO- UND LARYNGOLOGIE

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, L, K	310	Cerumenentfernung, je Seite	5	Bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.
	311	Fremdkörperentfernung aus der Nase, aus dem Rachen oder aus dem Gehörgang	30	Cerumen gilt nicht als Fremdkörper.
	312	Fremdkörperentfernung aus der Nase, aus dem Rachen oder aus dem Gehörgang	55	Bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr. Cerumen gilt nicht als Fremdkörper.
PA, L, K	313	Ätzung, Galvanokaustik oder Elektrolyse der Nasenschleimhaut, je Seite	10	
PA, Ch, K, L, Uch	314	Nasentamponade	40	Einmal pro Tag (außer mit Zeitangabe), nicht im Zusammenhang mit einer Operation verrechenbar.
PA, L	315	Paracentese des Trommelfelles, je Seite	55	
PA, K, L	316	Peritonsillarabszesseröffnung	70	
L	317	Retropharyngealabszesseröffnung	90	
PA, L	318	Septumabszesseröffnung	90	
L	319	Punktion des Mittelohres, je Seite	70	
L	320	Atticspülung, je Seite	20	
L	321	Katheterismus der Tube, je Seite	10	
L	322	Punktion inklusive Spülung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen	55	Einmal pro Tag und Seite verrechenbar.
L	323	Adenotomie	120	
L	324	Tonsillektomie	300	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
L	325	Entfernung von Geschwülsten oder Polypen aus der Nase oder den Ohren, je Seite, oder aus dem Rachen	90	
L	326	Operative Eingriffe an den Nasenmuscheln (Mukotomie oder Elektrokaustik), je Seite	90	Maximal in 5 % der Fälle verrechenbar.
L	327	Septumresektion nach Kilian od. Septumplastik nach Cottle od. Verschluss einer Septumperforation durch Lappen	400	
L	328	Operative Eröffnung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen, je Seite	120	
L	329	Operative Eingriffe am Kehlkopf, einschließlich Anästhesie	250	
L	330	Endoskopie der Kieferhöhle	90	Einschließlich Punktion und eventueller Spülung.
L	333	Tonaudiometrie (Tonaudiogramm)	55	
L	334	Sprachaudiometrie	50	In 15 % der Fälle verrechenbar.
L	335	Vestibularisprüfung	40	
PA, K, L	336	Therapeutische Ohrspülung, je Seite	5	
PA, L	337	Spülung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen bei liegendem Katheder, je Seite	10	Maximal zweimal täglich je Seite verrechenbar.
L	338	Pneumomassage des Trommelfelles	2	
L	339	Ohrmikroskopie	15	Limitierung bis 31.12.2016: Maximal in 10 % der Fälle verrechenbar. Limitierung ab 01.01.2017: Maximal in 20 % der Fälle verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
L 340	Ohrmikroskopisch-instrumentelle Ohrreinigung	20	In 10 % der Fälle, nicht gemeinsam mit Pos. 339 verrechenbar.
L 341	Tympanometrie, Stapediumsreflexmessung	24	In 10 % der Fälle der Patienten über 14 Jahre verrechenbar.

ENDOSKOPISCHE UNTERSUCHUNGEN

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
L	398	Nasenendoskopie	35	Eine Kombination der Pos. 398 und 399 ist möglich. Beide Positionen sind insgesamt in 40 % der Fälle verrechenbar. (gültig bis 31.12.2019) Beide Positionen sind insgesamt in 45 % der Fälle verrechenbar. (gültig ab 1.1.2020) Beide Positionen sind insgesamt in 60 % der Fälle verrechenbar. (gültig ab 1.1.2021)
L	399	Endoskopie des Epipharynx oder Larynx	35	Eine Kombination der Pos. 398 und 399 ist möglich. Beide Positionen sind insgesamt in 40 % der Fälle verrechenbar. (gültig bis 31.12.2019) Beide Positionen sind insgesamt in 45 % der Fälle verrechenbar. (gültig ab 1.1.2020) Beide Positionen sind insgesamt in 60 % der Fälle verrechenbar. (gültig ab 1.1.2021)
At, L	400	Bronchoskopie, inklusive Probeexcision und eventueller Blutstillung	200	
Ch, I, L	401	Oesophagoskopie, inklusive Probeexcision und eventueller Blutstillung	70	Nicht zusammen mit Pos. 402 verrechenbar.
Ch, I	402	Gastro-Duodenoskopie, inklusive Probeexcision und eventueller Polypektomie sowie Blutstillung (Oesophagoskopie eingeschl.)	150	(gültig bis 31.12.2023)

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
Ch, I	402	Gastro-Duodenoskopie, inkl. Sedierung, Probeexcision und eventueller Polypektomie sowie Blutstillung (Oesophagoskopie eingeschl.)	135,64	Nicht mit Pos. 405, 405G, 406, 406G, 56 und 57 am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024) (ab 1.1.2025: € 160,64)

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
Ch, I 402V	Gastro-Duodenoskopie, inkl. Probeexcision und eventueller Polypektomie sowie Blutstillung (Oesophagoskopie eingeschl.) in Verbindung mit VU-Colonoskopie am gleichen Tag	110,64	Nur im Zusammenhang mit Pos. 56 oder 57 verrechenbar.. (gültig ab 1.1.2024)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
Ch, I 403	Rektoskopie, inklusive Probeexcision und Polypektomie sowie eventueller Blutstillung	90	
At, Ch, I, L 404	Fremdkörperentfernung inklusive Blutstillung im Zusammenhang mit einer Endoskopie aus der Luft- oder Speiseröhre	50	
Ch, I 405	Colonoskopie inklusive Probeexcision und allenfalls notwendiger Polypektomie, wenn eine komplette Colonoskopie aus medizinischen Gründen nicht durchgeführt werden konnte bzw. nicht durchgeführt werden musste und eine Untersuchung mindestens bis zur flexura colica sinistra erfolgte. Rektoskopie nicht separat verrechenbar. Eine Dokumentation und Begründung für die nicht vollständige Durchführung der Colonoskopie ist erforderlich	195	Ausbildungsnachweis erforderlich. (gültig bis 31.12.2023)
Ch, I 406	Colonoskopie inkl. notwendiger Polypektomie und/oder notwendiger Probeexcision. Dokumentation erforderlich	300	Ausbildungsnachweis erforderlich. (gültig bis 31.12.2023)

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
Ch, I 405	Colonoskopie inkl. Sedierung, Probeexcision und allenfalls notwendiger Polypektomie, wenn eine komplette Colonoskopie aus medizinischen Gründen nicht durchgeführt werden konnte bzw. nicht durchgeführt werden musste und eine Untersuchung mindestens bis zur flexura colica sinistra erfolgte. Rektoskopie nicht separat verrechenbar. Eine Dokumentation und Begründung für die nicht vollständige Durchführung der Colonoskopie ist erforderlich	188,83	Ausbildungsnachweis erforderlich. Nicht mit Pos. 402 und 402 V am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024) (ab 1.1.2025: € 233,83)
Ch, I 405G	Gastro-Duodenoskopie, inkl. Sedierung, Probeexcision und eventueller Polypektomie sowie Blutstillung (Oesophagoskopie eingeschl.) in Verbindung mit einer Colonoskopie inklusive Probeexcision und allenfalls notwendiger Polypektomie, wenn eine komplette Colonoskopie aus medizinischen Gründen nicht durchgeführt werden konnte bzw. nicht durchgeführt werden musste und eine Untersuchung mindestens bis zur flexura colica sinistra erfolgte am gleichen Tag. Rektoskopie nicht separat verrechenbar. Eine Dokumentation und Begründung für die nicht vollständige Durchführung der Colonoskopie ist erforderlich	299,46	Ausbildungsnachweis erforderlich. Nicht mit Pos. 402 und 405 am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024) (ab 1.1.2025: € 344,46)
Ch, I 406	Colonoskopie inkl. Sedierung, notwendiger Polypektomie und/oder notwendiger Probeexcision. Dokumentation erforderlich	266,27	Ausbildungsnachweis erforderlich. Nicht mit Pos. 402 und 402V am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024) (ab 1.1.2025: € 311,27)

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
Ch, I 406G	Gastro-Duodenoskopie, inkl. Sedierung, Probeexcision und eventueller Polypektomie sowie Blutstillung (Oesophagoskopie eingeschl.) in Verbindung mit einer Colonoskopie inkl. notwendiger Polypektomie und/oder notwendiger Probeexcision am gleichen Tag. Dokumentation erforderlich	376,91	Ausbildungsnachweis erforderlich. Nicht mit Pos. 402 und 406 am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024) (ab 1.1.2025: € 421,91)
Ch, I 407	Qualitätszuschlag für Polypektomie. Zuschlagposition zu Pos. 405, 406, 56 oder 57 bei Durchführung allenfalls notwendiger Polypektomien im Zuge der Colonoskopie	56,95	Der Zuschlag darf unabhängig von der Anzahl allenfalls notwendiger Polypektomien nur einmal zu Pos. 405, 406, 56 oder 57 verrechnet werden. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Qualitätsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen. (gültig bis 31.12.2023)
Ch, I 407	Qualitätszuschlag für Polypektomie bei Entfernung von 1 oder 2 Polypen. Zuschlagposition zu Pos. 405, 405G, 406, 406G, 56 oder 57 bei Durchführung allenfalls notwendiger Polypektomien im Zuge der Colonoskopie	58,26	Der Zuschlag darf bei Entfernung von 1 oder 2 Polypen nur einmal zu Pos. 405, 405G, 406, 406G, 56 oder 57 verrechnet werden. Eine gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 408 ist nicht möglich. Siehe Honorarordnung Abschnitt A Punkt 18. (gültig ab 1.1.2024)
Ch, I 408	Qualitätszuschlag für Polypektomie bei der Entfernung ab 3 Polypen. Zuschlagposition zu Pos. 405, 405G, 406, 406G, 56 oder 57 bei Durchführung allenfalls notwendiger Polypektomien im Zuge der Colonoskopie	116,52	Der Zuschlag darf bei der Entfernung ab 3 Polypen nur einmal zu Pos. 405, 405G, 406, 406G, 56 oder 57 verrechnet werden. Eine gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 407 ist nicht möglich Siehe Honorarordnung Abschnitt A Punkt 18. (gültig ab 1.1.2024)

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
Ch, I	56	Colonoskopie **im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung** inklusive Probeexcision und allenfalls notwendiger Polypektomie, wenn eine komplette Colonoskopie aus medizinischen Gründen nicht durchgeführt werden konnte bzw. nicht durchgeführt werden musste und eine Untersuchung mindestens bis zur flexura colica sinistra erfolgte. Rektoskopie nicht separat verrechenbar. Eine Dokumentation und Begründung für die nicht vollständige Durchführung der Colonoskopie ist erforderlich	195	Ausbildungsnachweis erforderlich. Durchführung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung bzw. für Vertragsfachärzte für Chirurgie bei Zuweisung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. (gültig bis 31.12.2023)
Ch, I	57	Colonoskopie **im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung** inkl. notwendiger Polypektomie und/ oder notwendiger Probeexcision. Dokumentation erforderlich	300	Ausbildungsnachweis erforderlich. Durchführung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung bzw. für Vertragsfachärzte für Chirurgie bei Zuweisung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. (gültig bis 31.12.2023)

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
Ch, I	56	Colonoskopie **im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung** inkl. Sedierung, Probeexcision und allenfalls notwendiger Polypektomie, wenn eine komplette Colonoskopie aus medizinischen Gründen nicht durchgeführt werden konnte bzw. nicht durchgeführt werden musste und eine Untersuchung mindestens bis zur flexura colica sinistra erfolgte. Rektoskopie nicht separat verrechenbar. Eine Dokumentation und Begründung für die nicht vollständige Durchführung der Colonoskopie ist erforderlich	188,83	Ausbildungsnachweis erforderlich. Durchführung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung bzw. für Vertragsfachärzte für Chirurgie bei Zuweisung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Nicht mit Pos. 402 am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024) (ab 1.1.2025: € 233,83)

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
Ch, I 57	Colonoskopie **im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung** inkl. Sedierung, notwendiger Polypektomie und/oder notwendiger Probeexcision. Dokumentation erforderlich	266,27	Ausbildungsnachweis erforderlich. Durchführung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung bzw. für Vertragsfachärzte für Chirurgie bei Zuweisung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Nicht mit Pos. 402 am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024) (ab 1.1.2025: € 311,27)

Für Internisten und Chirurgen ist eine Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, für Pos. 401 bis 406 möglich.

LEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN CHIRURGIE UND ORTHOÄDIE

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
(PA), Ch, (O), Uch	410	Operative Entfernung eines Tumors d. Mamma, eines Hygroms, einer Bursa des Knie- od. Ellbogengelenkes, ausgedehnter od. tief sitzender Fistelbildungen, inklusive Naht	150	Auch Bursaexstirpation sowie Excisionen einfacher Fisteln aus Haut und Muskulatur.
	411	Incision eines oder mehrerer oberflächlicher Abszesse, Furunkel, Panaritia cutanea, Paronychien, Schweißdrüsen- oder Lymphknotenabszesse, vereiterter Atherome, vereiterter Hämatome, thrombosierter Varix- oder Haemorrhoidalknoten, ausgenommen nach vorangegangener Verödung	40	Auch elektrochirurgisch. Zugleich mit Pos. 418 nicht verrechenbar.
Ch, L, Uch	412	Operation tief sitzender Geschwülste über 3 cm Durchmesser bzw. maligner Geschwülste mit Histobefund, je Geschwülst - Durchschrift des Befundes ist der Abrechnung beizuschließen	150	Eine gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 442 ist nicht möglich.
D, Ch	413	Entfernung von auflichtmikroskopisch verdächtigen Hauttumoren	150	Eine gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 442 ist nicht möglich. Verrechnung für Vertragsfachärzte für Chirurgie nach Zuweisung durch Vertragsärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (gültig ab 1.1.2023)
PA, Ch, O, Uch	414	Operation eines Panaritium subcut.	40	
Ch, O, Uch	415	Operation eines Panaritium tend., oss. oder articul.	120	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, Ch,	416	Operative Behandlung eines Karbunkels oder tief sitzenden Abszesses oder tief sitzenden Hämatoms, Incision einer Mastitis purulenta oder Phlegmone	90	Auch elektrochirurgisch. Region ist anzugeben.
PA, Ch, D, O, Uch	418	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	40	Ausgenommen bei Panaritium und Radikaloperation eines Unguis incarnatus.
PA, Ch, D, O, Uch	419	Radikaloperation eines Unguis incarnatus	90	
D, F, U, Ch, L	420	Chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwülsten (wie z. B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Molluska, Papillome, Keloide u. ä.) ohne Naht	30	Die Leistung kann bei Entfernung von bis zu 5 Geschwülsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden. Angabe der Region notwendig. Anästhesie einmal pro Region verrechenbar. Regionen: Kopf Hals Linke Schulter plus Axilla Rechte Schulter plus Axilla Brust Rücken Lumboglutealbereich Abdomen Genitalregion Oberschenkel links Oberschenkel rechts Unterschenkel links Unterschenkel rechts Fuß links Fuß rechts Oberarm links Oberarm rechts Unterarm plus Hand links Unterarm plus Hand rechts
	421	Entfernung einer oder mehrerer Warzen, aktinischer Keratosen, Clavus	30	Anästhesie nur einmal verrechenbar.
	422	Probeexcision aus oberflächlichen Gewebeschichten	60	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
	423	Operative Entfernung bis zu 3 Geschwülsten in einer Region, inkl. Naht: Atherom, Fibrom, Lipom, Fibrolipom, Lymphknoten	90	Anästhesie pro Region nur einmal verrechenbar, die Region ist anzugeben.
	424	Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper aus Weichteilen	20	
PA, Au, Ch, D, O, K, Uch	425	Operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper aus Weichteilen, inklusive Naht	60	
PA, Ch, Uch	426	Operative Entfernung nicht sichtbarer Fremdkörper aus Weichteilen, inklusive Naht	120	
Ch, D	427	Varicenoperation mittels Stripping	250	
Ch, D	428	Injektion zur Verödung von Haemorrhoidalknoten	20	
Ch, D	429	Operative Entfernung eines oder mehrerer Haemorrhoidal- oder Varixknoten	90	Ausgenommen Elektrokoagulation.
Ch, D	430	Elektrokaustik einer Fissura ani oder eines oder mehrerer Haemorrhoidalknoten	55	
	432	Wundversorgung durch Klebestreifen oder Klammern	25	
	433	Wundversorgung bei Verletzungen bis zu 3 Nähten oder mittels Wundkleber, inklusive Materialkosten	60	Bei Versorgung mehrerer Verletzungen ist einmal Pos. 434 zu verrechnen.
	434	Wundnaht bei Verletzungen mit Wundexcision bei mehr als 3 Nähten	90	Unabhängig von der Wundlänge.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
Ch, Uch	435	Wundnaht mit Naht der Strecksehnen	150	
Ch, Uch	436	Wundnaht mit Naht der Beugesehnen, Nerven oder Gefäße	350	Für Uch: Auch Nervennaht bei frischen Verletzungen (unter Lupe oder Mikroskop) sowie posttraumatische Naht einer Arterie oder tiefen Vene an einer Extremität.
	437	Versorgung einer arteriellen Blutung durch Unterbindung oder Umstechung	40	Nicht verrechenbar bei Zahnextraktionen und bei selbst durchgeführten operativen Eingriffen.
Ch, O, Uch	438	Abmeißelung von Exostosen	150	
PA, Ch, O, Uch	439	Amputation eines Fingers, einer Zehe, eines Finger- oder Zehengliedes, inklusive Naht und eventueller Plastik	150	Für Uch: Auch Reamputation.
Ch, O	440	Hammerzehenoperation oder Osteotomie eines Metatarsale II - V oder Osteotomie der Metatarsale I nur bei Hallux valgus Operation oder OP eines Calcaneus altus einschließlich event. Gipsverband	250	Pos. 442 nicht zusätzlich verrechenbar.
Ch, O	441	Hallux valgus Operation, einschließlich eventuellen Gipsverband	400	Pos. 442 nicht zusätzlich verrechenbar.
Au, Ch, (L), O, Uch	442	Plastische Operation, klein	150	Ausschließlich zur Wiederherstellung der Funktionen (schnellender Finger, offene Sehnenscheidenspaltung, Narbenkorrektur, Epicondylitis, für Uch auch Dekubitusplastik klein) sowie zur Deckung von Hautdefekten (auch operativ gesetzten Defekten). Nicht mit Pos. 440 oder Pos. 441 verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
443	Plastische Operation, groß	500	Ausschließlich zur Wiederherstellung der Funktionen (Karpaltunnelsyndrom, Strangresektion bei Dupuytren'scher Kontraktur, Großzehenextensorplastik, Metatarsus primus varus, Metatarsale I Verschiebeosteotomie, Spreizfußoperation, Sehnenplastik. Für Uch auch große Hautplastiken, Operation der Kahnbeinpseudoarthrose einschließlich Knochentransplantation - nach jeder Methode, Operation der Mondbeinnekrose - nach jeder Methode, Seitenband- bzw. Kreuzbandplastik am Kniegelenk - nach jeder Methode, große Dekubitusplastik). Chefärztliche Bewilligung erforderlich.
PA, Ch, K, L 444	Lösung eines Zungen- oder Lippenbändchens	5	
445	Schienenverband	10	Nur Erstanlage.
PA, Ch, L, O, Uch 446	Einrichtung und definitive Versorgung von Frakturen kleiner Knochen mit Fixationsverbänden a u ß e r Gipsverbänden	30	Ausgenommen Rippenfrakturen. Kleine Knochen = Hand, Fuß, Finger, Zehen, Jochbein, Kiefer. Für Uch: Blutige Reposition und Versorgung einer offenen Nasenbeinfraktur.
PA, Ch, K, O, Uch 447	Gipslongette	40	
PA, Ch, K, O 448	Provisorische Frakturversorgung mittels (Gips) Schiene	40	Ausgenommen Finger, Zehen, Rippen.
PA, Ch, O, Uch 449	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschließlich Gipsverband, kleine Knochen	120	Mittels Unterarm- oder Unterschenkelgipsverbandes, Gipsdesault (Schlüsselbein, Schulterblatt, Mittelfuß, Mittelhand, Knöchel, Finger, Zehen).
PA, Ch, O, Uch 450	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschließlich Gipsverband, mittlere Knochen	150	Mittels Oberarm- oder Oberschenkelgipsverbandes.
	<u>Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation:</u>		
452	Kleines Gelenk	55	
453	Ellbogen-, Knie-, Hand- oder Sprunggelenk	120	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
	454	Schultergelenk (nur post-traumatisch)	200	
PA, Ch, K, O, Uch	455	**<u>Anlegen von Gipsverbänden:</u>** Am gleichen Tag nicht verrechenbar bei Pos. 449, 450, 453, 454, 484 Fingergipsverband oder Gipsverbandausbesserung (bei allen Gipsverbänden)	40	
PA, Ch, O, Uch	456	Hand mit Unterarmgipsverband	55	
PA, Ch, O, Uch	457	Unterarm mit Oberarmgipsverband	90	
Ch, O, Uch	459	Fußgipsverband	40	
PA, Ch, O, Uch	460	Fuß mit Unterschenkelgipsverband	90	
PA, Ch, O, Uch	461	Unterschenkel mit Oberschenkelgipsverband (Gipshülse)	90	
PA, Ch, O, Uch	462	Fuß mit Unter- und Oberschenkelgipsverband	150	
PA, Ch, O, Uch	464	Anlegen eines Gehbügels	10	
O, Uch	466	Gipsschale	120	
Ch, O, Uch	467	Gipsmieder oder Gipsbett	250	
PA, Ch, O, Uch	468	**<u>Abnahme von Gipsverbänden:</u>** verrechenbar bei Pos. 449 (Unterarm), 456, 459	20	
PA, Ch, O, Uch	469	verrechenbar bei Pos. 449 (Unterschenkel), 450, 453, 454, 457, 460, 461, 462, 467 (Gipsmieder)	40	

Vergütung für Sonographie:

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
O	479	Sonographie von Weichteilen, insbesondere der Schulter, der Achillessehne sowie einer Bakerzyste	*24,10*	In 15 % der Fälle, max. zweimal pro Tag verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
K, O	480	Behandlung der angeborenen Hüftgelenksdysplasie nach allen Methoden (ohne Gipsverband)	41	Außer Breitwickeln oder Spreizkissen. Nur einmal pro Monat.
O	481	Redressement des Klumpfußes oder eines kontrakten Spitzfußes mit anschließender Fixation mittels Gipsverbandes einschl. Gipsabnahme, höchstens 12 Behandlungen pro Fall und Quartal und Fuß	160	Bis zum vollendeten ersten Lebensjahr.
O	482	Alle sonstigen Fußdeformitäten, die mit redressierenden Gipsmodellen zu behandeln sind, mit Ausnahme von Klumpfuß u. kontraktem Spitzfuß, inkl. Gipsanlegung und Gipsabnahme	140	Bis zum vollendeten 1. Lebensjahr. In Kombination mit Pos. 481 nicht verrechenbar.
K, O	483	Korrekturerhaltung des Klump-, Spitz- oder kontrakten Sichelfußes durch Schienen oder Redressionsschuhe	20	Einmal pro Fall und Quartal je Seite verrechenbar.
O	484	Gipsmodell für einen Fuß oder für zwei Füße, wenn das Modell vom Arzt persönlich modelliert wurde	28	

Vergütung für Sonographie:

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
K, O 485	Sonographie der kindlichen Hüfte im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	*48,12*	Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen.

LEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER UNFALLCHIRURGIE

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
Uch 486	Unblutige Einrichtungen und Fixation und Bandrupturen des Knie- und Sprunggelenkes	150	
Uch 487	Entfernung eines Fremdkörpers aus einem kleinen Gelenk oder eines tiefgelegenen, nur röntgenologisch lokalisierten Fremdkörpers bzw. eines Nagels nach Knochennagelung	260	
Uch 488	Blutige Reposition von Frakturen kleinerer Knochen bzw. Gelenken, außer Nasenbein	255	
Uch 489	Resektion eines kleinen Gelenkes	255	
Uch 490	Diagnostische Arthroskopie einschließlich eventuell notwendiger PE bzw. Gelenksmausentfernung	255	
Uch 491	Sequestrotomie kleiner Knochen (Hand, Finger) inkl. Trepanation des Knochens und lokale Antibioticabehandlung	255	
Uch 492	Erste Versorgung einschließlich Reposition einer Oberschenkelfraktur mittels Gips, Nagel, Draht oder Pflaster beim Kleinkind bis zum vollendeten 3. Lebensjahr	450	
Uch 493	Freie Transplantation von Knochen	905	
Uch 494	Neurolyse und Verlagerung von Nerven, mit Naht	911	
Uch 495	Tracheotomie	450	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
Uch	496	Drainage großer Gelenke	450	
Uch	497	Osteosynthesen kleiner Knochen	911	
Uch	498	Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation)	1108	

LEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN GYNÄKOLOGIE UND UROLOGIE

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, F	510	Beistand bei der Geburt in Anwesenheit der Hebamme	200	
	511	Beistand bei der Geburt in Abwesenheit der Hebamme		Mit der jeweiligen Kasse nach dem Hebammentarif direkt abzurechnen.
PA, F	512	Manualhilfe bei Steißlage	300	
PA, F	513	Naht eines Dammrisses I und II oder Episiotomie, inklusive Naht	150	
PA, F	514	Naht eines Dammrisses III inklusive Naht der Sphinktermuskulatur	500	
PA, F	515	Manuelle Plazentalösung	400	
F	517	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	40	
F	518	Erste Applikation oder Wechsel eines Pessars	25	
PA, F	520	Incision eines Bartholin'schen Abszesses	40	Auch elektrochirurgisch.
F	521	Exstirpation einer Bartholin'schen Cyste in toto	90	Histologischer Befund ist drei Jahre aufzubewahren.
F	523	Polypenentfernung aus der Vagina	40	
F	524	Polypenentfernung aus der Cervix, inklusive Nachcurettage der Endocervix	91	
F	525	Exstirpation kleiner Geschwülste aus der Vagina	70	
F	526	Probeexcision aus Vulva oder Vagina	56	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
F 527	Elektrokauterisation der Portioerosion oder Scarifikation der Portio	55	
F 529	Strichabrasio	70	
F 530	Abrasio mucosae uteri, vollständig (Probecurettage, vollständig)	250	Nicht bei Interruptio. Histobefund ist drei Jahre aufzubewahren.
F 531	Operative Beendigung eines Abortus incompletus	350	
F 532	Kolposkopie	21	Höchstens zweimal pro Fall und Quartal verrechenbar.
F 533	Probeexcision aus der Portio, inklusive Naht	91	
F 534	Konisation der Portio	250	Nicht verrechenbar bei elektrochirurgischer Konusgewinnung.

Vergütungen für Sonographie:

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
F 536	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft (Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken - Leibesfrucht)	*27,40*	Ausbildungsnachweis erforderlich.
F 539	Sonographie bei normalem Schwangerschaftsverlauf	*30,08*	Einmal in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich.
F 540	Sonographie bei normalem Schwangerschaftsverlauf	*30,08*	Einmal in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich.
F 541	Sonographie bei normalem Schwangerschaftsverlauf	*30,08*	Einmal in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich.

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
F	542	Gynäkologischer Ultraschall (transabdominal und/oder vaginal)	*27,31*	In maximal 100 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich (gültig ab 1.1.2022).

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
U	548	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	40	In maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Gerätemeldung ist der Kasse vorzulegen.
	549	Katheterismus bei der Frau, therapeutisch	10	Zur Restharnbestimmung nur von Fachärzten für Urologie und Gynäkologie verrechenbar. Zus. mit Pos. 910 nur von Fachärzten für Urologie verrechenbar. Zus. mit Pos. 914 nur von Fachärzten für Gynäkologie und Urologie verrechenbar. Zus. mit Pos. 911, 912 und 913 nicht verrechenbar. Zus. mit Pos. 920 verrechenbar. Für Urologen in max. 30 % der Fälle zus. mit Pos. 914 und 920 verrechenbar. Für Gynäkologen in max. 10 % der Fälle zus. mit Pos. 914 verrechenbar.
	550	Katheterismus beim Mann, therapeutisch	20	Zur Restharnbestimmung nur von Fachärzten für Urologie verrechenbar. Zus. mit Pos. 910, 911, 912, 913 und 914 nicht verrechenbar.
PA, Ch, F, K, U	551	Einlegen eines Verweilkatheters	30	
PA, Ch, F, K, U	552	Blasenspülung	5	
U	553	Bougierung bei Harnröhrenstriktur	20	
PA, U, Ch	554	Punktion einer Hydrocele	30	
(PA), U	555	Punktion der Harnblase mit Anlegen einer suprapubischen Ableitung	60	
Ch, U	556	Operation einer Paraphimose	55	
Ch, U	557	Operation einer Phimose	150	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
Ch,D U	558	Frenulotomie nach Verletzungen	50	
U	559	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	40	
U	560	Endoskopie (Cystoskopie) der Harnblase	92	Einschließlich Katheterismus. Nicht mit Pos. 561, 562, 563, 567, 571 verrechenbar.
U	561	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromocystoskopie)	124	Einschließlich Katheterismus. Nicht mit Pos. 562, 563, 567, 571 verrechenbar.
U	562	Endoskopie der Harnblase, verbunden mit Katheterismus oder Sondierung eines Harnleiters oder eines Nierenbeckens, einschließlich Katheterismus der Harnblase	150	
U	563	Endoskopie der Harnblase, verbunden mit Katheterismus oder Sondierung beider Harnleiter oder beider Nierenbecken, einschließlich Katheterismus der Harnblase	200	
U	564	Operative Polypenentfernung aus der Urethra, exclusive carunculae urethrales bei der Frau	120	
U	565	Elektrokoagulation eines Blasentumors oder Fremdkörper bzw. Steinentfernung, Stillung einer intravesikalen Nachblutung (eigene Diagnose erforderlich)	120	Nicht mit Pos. 570 und 571 verrechenbar.
U	566	Lithotripsie	400	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
U	567	Endoskopie der Harnblase, verbunden mit Schlingensondierung eines Harnleiters	200	
U	568	Evakuation der Blase	70	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
K, U	569	Cytoskopie unter 14 Jahren	120	
U	570	Probeexcision aus der Blase ohne Koagulation (inklusive Cystoskopie)	120	
U	571	Probeexcision aus der Blase mit anschließender Koagulation (inklusive Cystoskopie)	150	

Vergütung für Sonographie:

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
U	572	Urologische Ultraschalluntersuchung pro Untersuchungsfeld (pro Patient und Tag sind höchstens zwei Untersuchungsfelder verrechenbar) einschl. Befunderstellung und Dokumentation	*30,08*	Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen. Als Untersuchungsfelder gelten: a) Nieren und Retroperitoneum b) Unterbauch (einschl. Restharn und Prostata) c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden) Limitierung bis 31.12.2023: Die Zahl der verrechneten Felder darf 65 % der Fälle nicht übersteigen. Limitierung ab 01.01.2024: Die Zahl der verrechneten Felder darf 100 % der Fälle nicht übersteigen. (bis 31.12.2023: € 29,40)

LEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN DERMATOLOGIE, INTERNE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN, NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
D 601	Auflichtuntersuchung (gültig ab 1.1.2019)	*19,63*	Verrechenbar einmal pro Patient und Kalenderjahr. Nicht am selben Tag wie Pos. 603 verrechenbar.
D 602	Allergologische Explora tion	*9,26*	In maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht mit Pos. 19 verrechenbar.
D 603	Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom) (gültig ab 1.1.2019)	*26,22*	Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal. Nicht am selben Tag wie Pos. 601 verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
D 609	Epicutan-Test bis 25 Läppchen	61	Das Verhältnis der Pos. 609 zu Pos. 610 darf 50 : 50 nicht überschreiten. Überschreitungen bei der Pos. 610 werden auf Pos. 609 gekürzt. Beide Positionen miteinander können nur in 6 % der abgerechneten Fälle honoriert werden.
D 610	Epicutan-Test bei mehr als 25 Läppchen	101	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
At, D, K, L	612	Allergietestung: Intracutan-Test, Prick-Test 1 - 7 Tests	10	Maximal 60 Punkte pro Patient und Jahr verrechenbar. Inkl. Eintragung in Notfallkarte oder Allergiepass.
At, D, K, L	613	Allergietestung: Intracutan-Test, Prick-Test 1 - 14 Tests	20	
At, D, K, L	614	Allergietestung: Intracutan-Test, Prick-Test 1 - 30 Tests	40	

Vergütungen für Sonographie:

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
I, Ch, K	617	Sonographie des Oberbauches, komplett	*54,15*	Alle Sonographien zusammen in 30 % der Fälle. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen.
I, Ch, K	618	Sonographie des rechten Oberbauches	*36,09*	
I, Ch, K	619	Sonographie der beiden Nieren und Retroperitoneum	*38,53*	

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
PA, At, I, K	620	EKG mit zwölf Ableitungen	42,06	Die Streifen sind mit Befundung drei Jahre aufzubewahren. Schriftlicher, persönlich erstellter Befund ist erforderlich. Computerausdruck ist nicht ausreichend. Siehe „Erläuternde Bemerkungen“. Verrechenbar für Vertragsfachärzte für Chirurgie in maximal 45 % der abgerechneten Pos. 402 pro Quartal zur Abklärung unklarer/nicht eindeutig zuordenbarer Oberbauchbeschwerden. Ausbildungsnachweis erforderlich. (gültig bis 31.12.2023)

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
PA, At, I, K	620	EKG mit zwölf Ableitungen	42,06	Die Streifen sind mit Befundung drei Jahre aufzubewahren. Schriftlicher, persönlich erstellter Befund ist erforderlich. Computerausdruck ist nicht ausreichend. Siehe „Erläuternde Bemerkungen“. Die Verrechnung eines EKGs im Rahmen des endoskopischen Behandlungsfalls ist ausgeschlossen, ausgenommen notwendiges, von der Endoskopie unabhängiges EKG; dazu gilt für die Vertragsfachärzte für Innere Medizin ein Limit von maximal 10 % der endoskopischen Behandlungsfälle pro Quartal. Verrechenbar für Vertragsfachärzte für Chirurgie mit ius practicandi für Allgemeinmedizin in maximal 10 % der abgerechneten Pos. 402 pro Quartal zur Abklärung unklarer/nicht eindeutig zuordenbarer Oberbauchbeschwerden. Das EKG ist zu befunden und dokumentieren. Ausbildungsnachweis erforderlich. (gültig ab 1.1.2024)

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
I, K	621	Langer Streifen zur Arrhythmie - Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableit. mind. zwei Minuten)	10	Die Streifen sind mit Befundung drei Jahre aufzubewahren. Schriftlicher, persönlich erstellter Befund ist erforderlich. Computerausdruck ist nicht ausreichend. In 10 % der EKG-Fälle verrechenbar.
I	622	Langzeit-EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	156	In maximal 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Ein Durchschlag des Befundes ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich.
PA, At, I, K	625	EKG am Krankenbett, Zuschlag	20	
I, K	626	Phonokardiogramm	55	In 10 % der Fälle verrechenbar.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
D, I, Ch	627	Pulsatorische Blutflussmessungen mit graphischer Kurvendarstellung Venen und Arterien. Rheographie, Plethysmographie (gültig bis 31.12.2021) Pulsatorische Blutflussmessungen mit graphischer Kurvendarstellung der Venen und Arterien. Rheographie, Plethysmographie bzw. Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen (gültig ab 1.1.2022)	49	Diese Position ist nur einmal pro Tag, in 10 % der Fälle auch ein zweites Mal pro Tag verrechenbar.
	628	Oszillometrie, graphische Darstellung	30	Nicht mit Pos. 627 im selben Quartal verrechenbar.
I	629	Ergometrie mit graphischer Dokumentation, inklusive Ruhe-EKG und mindestens zwölf Ableitungen	155	Nur einmal pro Fall und Quartal verrechenbar, gleichzeitig kein weiteres EKG verrechenbar. Nachweis der Ausbildung entsprechend den Richtlinien der österreichischen kardiologischen Gesellschaft erforderlich. Nur als Sondervereinbarung.
I, K	630	Phonokardiogramm für Kinder	110	Bis zum vollend. 4. Lebensjahr. Für I verrechenbar in 5 % der Fälle. Für K verrechenbar in 10 % der Fälle. (gültig bis 31.12.2019)
I, K	631	Echokardiographie konventionell (M-Mode und zweidimensionale Darstellung) einschließlich Befunderstellung und Dokumentation mittels Videobandes	109	In 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen. Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich. (gültig ab 1.1.2020 für „K“)
PA, Ch, K, U	650	Lösung der Conglutination des praeputium	30	Nach vollendetem 2. Lebensjahr.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, K, N, U, NEU (gültig ab 1.4.2020)	652	Eingehende Beratung und Behandlung der Enuresis	30	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Für Kinder nach dem vollendeten 3. Lebensjahr.
PA, D, K	653	Detaillierter individueller schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen, dyspeptischen oder dystrophischen Kindern sowie bei Ekzemkindern, bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen und bei allergischen Erkrankungen. Eine Durchschrift des Befundes ist der Abrechnung beizuschließen	40	Bis zum vollendeten 6. Lebensjahr. Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Vordrucke sind nicht zu verwenden. Siehe „Erläuternde Bemerkungen“.
PA, K, N, NEU (gültig ab 1.4.2020)	654	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile Cerebralschädigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (entsprechende Aufzeichnungen sind zu führen)	55	Nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar
PA, K, N, NEU (gültig ab 1.4.2020)	655	Weitere Untersuchung nach Pos. 654, einmal pro Monat während der ersten zwei Lebensjahre (entsprechende Aufzeichnungen sind zu führen)	30	
	656	Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	15	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Kann mit Pos. 70, 71, 78 bis 90 nicht am selben Tag verrechnet werden. Nicht verrechenbar für „PA“ und „K“ (gültig ab 1.1.2020)

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
PA 2610	Zuschlag für die Allgemeinmedizin für die Behandlung von Kindern – für Kinder bis zum voll. 6. LJ (gültig bis 30.6.2023)	8,54	
PA 2610	Zuschlag für die Allgemeinmedizin für die Behandlung von Kindern – für Kinder bis zum voll. 10. LJ (gültig ab 1.7.2023)	*8,74*	(bis 31.12.2023: € 8,54)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, K 6561	Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (gültig ab 1.1.2020)	25	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
PA, K 6562	Zuschlag für die Untersuchung des Kindes vom 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (gültig ab 1.1.2020)	20	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
PA, K 6563	Zuschlag für die Untersuchung des Kindes vom 7. Lebensjahr bis zum vollendeten 10. Lebensjahr (gültig ab 1.1.2020)	15	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
K 657	Weitere Untersuchung nach Pos. 655 ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr mit schriftlicher Aufzeichnung	30	Einmal pro Fall und Quartal in 10 % der Fälle verrechenbar.
PA, At, I, K 660	Kleine Spirographie (Vitalkapazität, absolute Sekundenkapazität, Atemgrenzwert)	30	Dreimal pro Fall und Quartal verrechenbar. Befundabschrift u. Kurven sind drei Jahre aufzubewahren.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
At	661	Spirographie inkl. aller erforderlichen zusätzlichen Atemfunktionsmessungen (Bronchospasmolysetest, Provokationstest, Resistancebestimmung)	100	In 5 % der verrechneten Pos. 661 ein 2. Mal pro Quartal verrechenbar (gültig bis 31.12.2020). In 15 % der verrechneten Pos. 661 ein 2. Mal pro Quartal verrechenbar (gültig ab 1.1.2021). Befundabschrift und Kurven sind drei Jahre aufzubewahren. In einem Quartal in 10 % der abgerechneten Pos. 661 gemeinsam mit Pos. 660 verrechenbar.
At	662	Blutgasanalyse in Ruhe, bei Belastung, nach Sauerstoff	100	Alle Untersuchungen zusammen in 15 % der Fälle verrechenbar.
N	680	Reizelektrischer Befund mit Chronaxie	30	
K, N, O	681	Eingehende neurologische Untersuchung, einschließlich Sensibilitätsprüfung mit graphischer Niederlegung (gültig bis 31.3.2020)	55	
K, N, O	681	Eingehende neurologische Untersuchung, einschließlich Sensibilitätsprüfung mit schriftlicher Dokumentation (gültig ab 1.4.2020)	55	
N	682	Eingehende psychiatrische Exploration (wenn Verdacht einer Psychose oder einer organischen Gehirnschädigung vorliegt) mit schriftlicher Niederlegung	75	Einmal pro Fall und Quartal. Nicht verrechenbar für „PA“ und „K“ (gültig ab 1.1.2020).
PA, K, N	683	Psychotherapeutische Sitzung	30	Mindestdauer 20 Minuten, Gruppentherapie, autogenes Training und Ähnliches ausgeschlossen. Zehnmal frei, darüber hinaus chefärztliche Genehmigung notwendig. Ausbildungsnachweis erforderlich.
N, PSY (gültig ab 1.4.2020)	684	Psychiatrische Gruppentherapie, Tarif pro Person	45	Vom Arzt in der eigenen Ordination persönlich durchzuführen. Teilnehmerzahl 4 - 8 Personen. Mindestdauer 90 Minuten. Nicht verrechenbar für autogenes Training.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, K	685	Explorationsgespräch zur Erhebung der für die konkrete Behandlungssituation notwendigen psychopathologischen Parameter samt Dokumentation	35	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Nicht mit Pos. 19 am selben Tag verrechenbar. (gültig ab 1.1.2020)
N	690	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten (Behandlung eines psychopathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention)	45	In maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Mindestdauer 20 Minuten (höchstens 10-mal pro Patient und Quartal verrechenbar, darüber hinaus nur mit besonderer medizinischer Begründung). Die verbale Intervention sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Nicht mit Pos. 19, 682, 683, 684 verrechenbar.
N	695	ENG (Nervenleitgeschwindigkeit) (gültig bis 31.3.2020)	96	Limitierung bis 31.12.2016: Die Pos. 695, 696 und 697 sind zusammen in maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Limitierung ab 01.01.2017: Die Pos. 695, 696 und 697 sind zusammen in maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Die Untersuchungen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich. (Limitierung bis 31.3.2020)
N	696	EMG (Elektromyographie) (gültig bis 31.3.2020)	96	
N	697	EMG und ENG (gültig bis 31.3.2020)	155	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
N, 695 NEU (gültig ab 1.4.2020)	ENG (Nervenleitgeschwindigkeit)	96	Die Pos. 695, 696 und 697 sind zusammen in maximal 25 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Die Untersuchungen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich. Zuweisungen von N, NEU und O sind bei der Berechnung des Limits nicht zu berücksichtigen. (Limitierung ab 1.4.2020)
N, 696 NEU (gültig ab 1.4.2020)	EMG (Elektromyographie)	96	
N, 697 NEU (gültig ab 1.4.2020)	EMG und ENG	155	
N 698	Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße inkl. Dokumentation (gültig bis 31.3.2020)	47,71	In maximal 5 % der Fälle verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. (Limitierung bis 31.3.2020)
N, 698 NEU (gültig ab 1.4.2020)	Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße inkl. Dokumentation	*55,59*	In maximal 10 % der Fälle verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. (Limitierung ab 1.4.2020)
N, 699 NEU (gültig ab 1.4.2020)	Elektroenzephalographische Untersuchung - EEG	67,39	In maximal 25 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich. Zuweisungen von N, NEU, PSY und I sind bei der Berechnung des Limits nicht zu berücksichtigen. (gültig ab 1.4.2020)

e) Vergütungen für Physiko-Therapie

Physikoleistungen, die an mehreren Körperstellen angewandt werden, müssen mit Angabe der Stelle abgerechnet werden. Grundsätzlich ist die Pos. 9 oder 12 mit der alleinigen Verrechnung von Physikoleistungen nicht möglich. Die physikalischen Leistungen sind in Gruppen eingeteilt. Aus jeder Gruppe kann in Kombination nur eine Position pro Tag verrechnet werden.

Gruppe 1: Wärme (710, 715, 716, 717, 718, 726)

Gruppe 2: Strom (711, 712, 713, 714, 730, 731, 732)

Gruppe 3: Gymnastik (721, 722)

Gruppe 4: Massage (723)

Gruppe 5: Extensionen (724, 725)

Gruppe 6: Inhalation (720)

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
710	Kurzwellen (Dezimeterwellen)	*2,38*	
PA, Ch, I, K, N, L, O, NEU (gültig ab 1.4.2020) 711	Galvanisation, Faradisation	*1,85*	
PA, Ch, K, N, O, I, NEU (gültig ab 1.4.2020) 712	Jontophorese	*2,09*	Medikament ist zu rezeptieren.
PA, Ch, I, K, N, O, NEU (gültig ab 1.4.2020) 713	Reizstromtherapie (Exponentialstrom) und Impulsbehandlung zur Analgesie (mit elektronisch gesteuerten Geräten)	*3,62*	
PA, Ch, K, O, N, NEU (gültig ab 1.4.2020) 714	Kombinierte Frequenztherapie	*2,38*	Zwanzigmal pro Fall und Quartal verrechenbar.

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
PA, Ch, D, K	715	Quarzlicht, Höhensonne	*1,79*	Einmal pro Tag verrechenbar, maximal zwanzigmal pro Fall und Quartal.
PA, Ch, K, L, O	716	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus, Vitalux u. ä.)	*1,23*	Einmal pro Tag und Patient verrechenbar, ausgenommen Bestrahlung beider Ohren.
PA, Ch, K, L, O	717	Heißluft, Lichtbad	*1,62*	
D	718	Phototherapie bei Psoriasis oder Neurodermitis (Salmannlampe, UVA-, PUVA-, SUP-Lampe)	*6,49*	Max. 30 Behandlungen pro Patient und Quartal, in jedem Fall ist die Pos. 9 oder 12 zusätzlich zu Pos. 718 verrechenbar.
PA, At, I, K, L	720	Aerosolinhalation	*1,62*	Medikament ist zu rezeptieren.
O*)	721	Heilgymnastik, Gruppenturnen je Patient	*3,62*	Auch durch qualifizierte(n) Assistentin/Assistenten mit von der Kasse anerkanntem Befähigungsnachweis. Behandlungsdauer mindestens 30 Minuten, maximal zehn Personen.
O*)	722	Heilgymnastik, orthopädisches Einzelturnen	*7,21*	Auch durch qualifizierte(n) Assistentin/Assistenten mit von der Kasse anerkanntem Befähigungsnachweis. Behandlungsdauer mindestens 15 Minuten, zehnmal pro Fall verrechenbar.
*) Zu Pos. 721 und 722: Gezielte Bewegungstherapie zur Behebung von Schäden an Muskeln, Sehnen, Bindegewebe, Gelenken und Nerven durch gezielte aktive oder passive Übungen.				
PA, I, O	723	Manuelle Massage (Teilmassage)	*6,01*	Auch durch qualifizierte(n) Assistentin/Assistenten mit von der Kasse anerkanntem Befähigungsnachweis. Behandlungsdauer mindestens zehn Minuten, Gerätemassage ausgeschlossen.
PA, Ch, O	724	Extensionsbehandlung (konstante Extension, Glisson)	*1,85*	

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
PA, Ch, O 725	Extension der Lendenwirbelsäule mit rhythmisch-automatisch arbeitenden Geräten, inklusive aller sonstigen mit dem Gerät gleichzeitig angewandten physikalischen Behandlungen	*4,84*	
PA, Ch, O 726	Therapeutischer Ultraschall	*3,62*	Zehnmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
PA, Ch, I, N, O, NEU (gültig ab 1.4.2020) 730	Schwellstrom	*2,19*	
PA, Ch, I, N, O, NEU (gültig ab 1.4.2020) 731	Galvanisches Zweizellenbad	*2,19*	
PA, Ch, I, N, O, NEU (gültig ab 1.4.2020) 732	Galvanisches Vierzellenbad	*2,65*	

f) Vergütungen für Laborleistungen

Pro Quartal	in der eigenen Ordination €	Laborgemeinschaft €
Punkteanzahl bis 17 000	*0,2577*	0,1644 (gültig bis 31.12.2019)
		0,0822 (gültig ab 1.1.2020)
Punkteanzahl von 17 001 bis 34 000	*0,1254*	0,1070 (gültig bis 31.12.2019)
		0,0535 (gültig ab 1.1.2020)
Punkteanzahl über 34 000	*0,0568*	0,0503 (gültig bis 31.12.2019)
		0,0252 (gültig ab 1.1.2020)

In den Tarifen sind allfällige Farbstoffe und Reagenzien inbegriffen.

Für Leistungen, die in der eigenen Ordination erbracht werden, sind die Pos. Nr. 812 bis 978 zu verwenden.

Für Leistungen, die in einer Laborgemeinschaft erbracht werden, sind die Pos. Nr. 1812 bis 1978 zu verwenden.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
812 1812	**<u>Untersuchung des Blutes:</u>** Blutsenkung	5	
PA, At, I, K 820 1820	**<u>Morphologische Blutuntersuchung:</u>** Komplettes Blutbild (Ery, Leuko, Hb, Diff. BB)	45	
PA, I, K, At 821 1821	Rotes Blutbild (Ery, Hb + Beurteilung der Erythrozyten)	20	Pos. 821 bzw. 1821 und 823 bzw. 1823 am selben Tag = Pos. 820 bzw. 1820.
PA, F, I, K 822 1822	Hämoglobinbestimmung	7	Nicht mit Pos. 820 bzw. 1820, 821 bzw. 1821 verrechenbar.
PA, At, I, K 823 1823	Weißes Blutbild (Leuko, Diff. BB)	32	
PA, At, Ch, F, I, K 824 1824	Leukozytenzählung	12	Nicht verrechenbar mit Pos. 820 bzw. 1820 und 823 bzw. 1823.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, At, I, K	825 1825	Thrombozytenzählung	15	
I, K, At	826 1826	Retikulozytenzählung	15	
I, Ch, K	827 1827	Morphologische Untersuchung eines Knochenmark-Lymphdrüsen- oder eines Organ-Punktates	55	
PA, Ch, F, I, K	828 1828	Erythrozyten-Zählung	9	Nicht verrechenbar mit Pos. 820 bzw. 1820 und 821 bzw. 1821.
PA, Ch, F, I, K	829 1829	Hämatokrit	9	Gemeinsam mit Pos. 828 bzw. 1828 nicht verrechenbar. Gemeinsam mit Pos. 820 bzw. 1820 nur in 5 % d. abgerechneten kompl. Blutbilder verrechenbar.
I, K	830 1830	Gerinnungszeit	9	
I, K	831 1831	Nachblutungszeit	6	
PA, I, K	832 1832	Thromboplastinzeit (z. B. nach Quick)	25	
I, K	833 1833	Partielle Thromboplastinzeit	25	Mit Pos. 832 bzw. 1832 nur nach chefärztlicher Bewilligung verrechenbar.
I, K	834 1834	Fibrinogen	25	
I, K	835 1835	Gerinnungsstatus: Thrombozytenzählung, Nachblutungszeit, Gerinnungszeit, Thromboplastinzeit u. partielle Thromboplastinzeit, Fibrinogen	80	
I, K	839 1839	Blutgruppenbestimmung (A, B, 0 einschl. Rhesusfaktorbestimmung). Nur bei medizinischer Indikation verrechenbar.	70	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
	Chemische Untersuchung des Blutes bzw. des Serums:		
PA, I, K, U 840 1840	Reststickstoff oder Harnstoff-Stickstoff	27	Nur eine Untersuchung verrechenbar. Nicht mit Pos. 841 bzw. 1841 zugleich verrechenbar, außer bei Niereninsuffizienz bzw. Operationsvorbereitung.
PA, I, K, U 841 1841	Kreatinin enzymatisch	20	
PA, I, K, U 842 1842	Harnsäure	30	
PA, I, K 843 1843	Blutzucker (photometrisch, wahre Glukose)	25	
PA, I, K 844 1844	Blutzucker (reflektometrisch)	20	
845 1845	Blutzuckerbestimmung mittels Reagenzstäbchenmethoden	10	
PA, I, K, F 846 1846	Oraler Glukosetoleranztest, pro Bestimmung (photometrisch, wahre Glukose)	25	Für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nur verrechenbar im Rahmen der dritten Untersuchung der Schwangeren auf Grund der Bestimmungen zum Mutter-Kind-Pass.
PA, I, K, F 847 1847	Oraler Glukosetoleranztest, pro Bestimmung (reflektometrisch)	20	Für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nur verrechenbar im Rahmen der dritten Untersuchung der Schwangeren auf Grund der Bestimmungen zum Mutter-Kind-Pass.
PA, I, K, O, At 848 1848	Latex-Schnelltest (ASLO, RF, CRP, Waaler Rose)	13	Maximal zwei Pos. gleichzeitig verrechenbar. (gültig bis 31.12.2023)
PA, I, K, O, At 848	Latex-Schnelltest (ASLO, RF, CRP, Waaler Rose)	30	Maximal zwei Pos. gleichzeitig verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024)
PA, I, K, O, At 1848	Latex-Schnelltest (ASLO, RF, CRP, Waaler Rose)	13	Maximal zwei Pos. gleichzeitig verrechenbar. (gültig ab 1.1.2024)
PA, I, K 855 1855	Bilirubin	21	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, I, 856 K 1856	Alkal. Phosphatase	30	
PA, I, 857 K 1857	Transaminasen (GOT, GPT, Gamma GT) je	32	Pos. 857 bzw. 1857 maximal zweimal pro Tag verrechenbar.
PA, I, 858 K 1858	Lactatdehydrogenase	30	
PA, I, 859 K 1859	Gesamtcholesterin quant. im Serum	19	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
PA, I, 860 K 1860	CPK (Creatin-Phospho-Kinase, UV-Test)	21	
PA, I, 861 K 1861	Triglyzeride (Neutralfett) quant. i. S.	30	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
PA, F 862 1862	Immunolog. Schwangerschaftstest bei Verdacht auf Extraut Grav. oder Zustand nach Blasenmole	40	
PA, I, 863 D, At 1863	quantitative D-Dimere Bestimmung (ausschließlich Akutlabor)	60	In 2 % der Fälle verrechenbar (gültig ab 1.1.2022)
I, PA, 884 K 1884	HDL-Cholesterin	19	Für Internisten in höchstens 30 %, für Kinderfachärzte in höchstens 25 % und für Ärzte für Allgemeinmedizin in höchstens 20 % der abgerechneten Cholesterinbestimmungen nach Pos. 859 bzw. 1859 verrechenbar.
	Harnuntersuchung: Katheterismus zur Harngewinnung nicht separat verrechenbar.		
PA, Ch, 910 D, F, I, 1910 K, U	Harnbefund mittels Teststreifen (mindestens folgende Parameter - Eiweiß, Zucker, Aceton, Blut, Nitrit)	10	Nur zweimal pro Fall u. Quartal, nicht mit Pos. 911 bzw. 1911, 912 bzw. 1912, 913 bzw. 1913 an einem Tag verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, Ch, D, F, I, K, U 911 1911	Harn auf Eiweiß und Zucker qualitativ	5	Maximal zwei Positionen an einem Tag gemeinsam verrechenbar.
PA, Ch, D, F, I, K, U 912 1912	Harn auf Eiweiß, Blut, Nitrit	5	
PA, Ch, D, F, I, K, U 913 1913	Harn auf Zucker, Aceton	5	
PA, Ch, D, F, I, K, U 914 1914	Harnsediment nativ (Mittelstrahlharn)	10	
PA, I, K, U 920 1920	Harnkultur (Eintauchnährboden)	15	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. FÄ für Kinderkrankheiten in 10 %, FÄ für Urologie in 30 %, FÄ f. Interne Krankheiten in 5 % und Ärzte für Allgemeinmedizin in 2 % der Fälle.
D 921 1921	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	70	
D 922 1922	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	70	In 3 % der Fälle verrechenbar.
PA, Ch, I, K 931 1931	**<u>Einzeluntersuchung des Stuhles:</u>** Stuhl auf Blut mittels Teststreifen oder Kärtchen, diese sind vom Arzt beizustellen, 3 Untersuchungen zusammen	20	
PA, I, K 932 1932	Stuhl auf Wurmeier oder Parasiten	11	
969 1969	Untersuchung von Punktionsmaterial oder Sekretabstrichen (z. B. Cysten, Lymphknoten, Beläge etc.) Morphologisches Färbepräparat	20	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
	970 1970	Bakteriologisches Färbe-präparat	10	Ein Färbepräparat kann bei Frauen bei gleichzeitiger Sekretabnahme aus Urethra, Cervix und Vagina nur einmal verrechnet werden.
D	971 1971	**<u>Pilznachweis od. Epizoenbefund:</u>** Nativpräparat oder Kali-laugenpräparat	12	
D	972 1972	Färbepräparat	12	
PA, D, F, U	973 1973	**<u>Sekretuntersuchung (mikrosk. nativ)</u>** bei Frauen: Urethra	14	Nicht zusammen verrechenbar, außer bei GO-Verdacht.
PA, D, F	974 1974	Cervix	14	
PA, D, F	975 1975	Vagina	14	
PA, D, U	976 1976	bei Männern: Urethra	12	
PA, D, U	977 1977	Prostata	12	
D, F, U,	978 1978	Spirochätennachweis	30	

g) Vergütungen für Leistungen der Fachärzte für Radiologie

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Bei Erbringung von Röntgenleistungen sind grundsätzlich die Bestimmungen der Honorarordnung A/10 zu beachten.

2. Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar. Die bisher erfolgte Darstellung der Organtarife in getrennte Tarife für Honorar- und Unkostenanteil entfällt (ausgenommen Tarife gemäß III. Röntgentherapie). In der Honorarordnung wird nur mehr ein Betrag je Organposition angeführt. Auf Grund dem bisherigen Verhältnis der Gesamtausgaben für Röntgenhonorar und Röntgenunkosten wird die zukünftige Aufteilung der Gesamtausgaben mit einem Anteil von 45,47 % für das Röntgenhonorar und einem Anteil von 54,53 % für Röntgenunkosten festgehalten.

3. Mit den Tarifsätzen sind alle Leistungen wie Honorar, Unkosten (Filme, Chemikalien und Ähnliches), Durchleuchtungen, sämtliche Zuschläge für Röntgenleistungen sowie Injektionen, Infusionen und die Punktionen bei der Pneumozystographie abgegolten. Die übrigen in Abschnitt C der Honorarordnung angeführten Einzelleistungen sind nicht verrechenbar. Zuzahlung zu den unter Abschnitt C lit.g vorgesehenen Leistungen dürfen vom Patienten, unter welchem Titel auch immer, weder verlangt noch angenommen werden. Die erforderlichen Kontrastmittel können mit dem übrigen Ordinationsbedarf angefordert werden.

4. Die Verrechnung von Analog- oder Ersatzpositionen ist nicht möglich. Bei Unklarheiten werden die betreffenden Abrechnungsbelege dem Vertragsarzt zur Klarstellung zurückgesandt. Diese sind sodann nach erfolgter Klärung anlässlich der nächsten Abrechnung neuerlich zur Honorierung vorzulegen.

5. Die erbrachten Leistungen sind auf Basis der Gesamtvertraglichen Vereinbarung betreffend der Abrechnung mit maschinell lesbaren Datenträgern vom 26.11.2002 der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle zu übermitteln.

6. Basis für die Tarifberechnung sind die Tarife der Zusatzvereinbarung 2003. Es stehen pro Leistung drei Tarife zur Verfügung, je nach dem, auf welchem Qualitätsniveau Aufnahme und Archivierung erfolgt. Es gilt für die Leistungen die Stufe 1, wenn digital aufgenommen und archiviert wird, Stufe 2, wenn digital aufgenommen und nicht archiviert wird und Stufe 3, wenn analog aufgenommen und nicht archiviert wird. In der Stufe 1 werden die Tarife um 5 % gesenkt, in der Stufe 2 um 10 % und in der Stufe 3 um 15 %.

7. In der Stufe 1 erhalten die Leistungspositionen die gleichen Positionsnummern wie bisher, in der Stufe 2 die jeweilige Positionsnummer plus 100 und in der Stufe 3 die jeweilige

Positionsnummer plus 200 (außer Pos. 683 – wird geändert auf Pos. 596 und in der Folge in Stufe 2 mit Pos. 696 und in Stufe 3 mit Pos. 796 verrechenbar).

8. Jeder Radiologe hat der Ärztekammer eine Gerätemeldung zu erstatten, die an die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse weiterzuleiten ist. Darin ist bei jeder Positionsnummer anzuführen, in welcher Stufe je nach vorhandener technischer Ausstattung die einzelne Leistung erbracht und archiviert wird.

9. Eine Umstellung von einer Stufe in die andere ist nur zu Quartalsbeginn möglich, wobei eine Änderungsmeldung, die bis zum Ende des Vorquartals eingereicht wird, für das kommende Quartal Berücksichtigung findet.

10. Über die Art der getätigten Röntgenleistungen sind Aufzeichnungen zu führen; eine Durchschrift des erhobenen Befundes samt den dazugehörigen Unterlagen ist mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Erfolgt neben den digitalen Aufnahmen auch eine digitale Archivierung, so hat auch die Archivierung durch zehn Jahre hinweg gewährleistet zu sein. Eine Ausfolgung von Röntgenbildern an Patienten ist erforderlich, wenn bei den zuweisenden Ärzten die technischen Voraussetzungen für eine elektronische Entgegennahme nicht gegeben sind bzw. keine Entbindung des Radiologen von der Aushändigung der Bilder durch die zuweisenden Ärzte erfolgt. Darüber hinaus sind dem Patienten auf ausdrückliches Verlangen Röntgenbilder auszufolgen.

11. Als Speicherstandard gilt DICOM 3 Standard.

12. Dem behandelnden Arzt, der Ärztekammer und der Kasse (Chef-, Kontroll-, Vertrauensarzt oder sonstige beauftragte Fachperson) ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen zu gewähren. Die Kasse ist berechtigt vor Ort Überprüfungen durchzuführen als auch Röntgenbilder anzufordern.

13. Werden zusätzlich zu den zugewiesenen Leistungen aus medizinischer Indikation von Radiologen weitere Leistungen aus den unter Abschnitt C lit. g vorgesehenen Leistungen für notwendig angesehen (z. B. bei Vergleichsaufnahmen), ist eine Verrechnung nur mit entsprechend aussagekräftiger, medizinischer Begründung möglich.

14. Leistungsvoraussetzungen für die Verrechenbarkeit der Pos. Nr. 583, 683 (Mammographie, pro Seite)

    Die vereinbarten Leistungen können nur von jenen Radiologen erbracht werden, welche die nachstehenden Voraussetzungen erfüllen und auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechenbarkeit der Leistungen beginnt bzw. endet mit Beginn bzw. Ende der Berechtigung zur Programmteilnahme am BKFP.

Die Radiologen werden über Beginn und Ende der Verrechnungsmöglichkeit von der Kasse informiert (siehe Punkt 14.11.).

14.1. An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten

b) technische Qualitätssicherung gemäß Anlage 1 der Honorarordnung (Kompendium Mammographie Teil 1)

c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort

d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter, die die Mammographie durchführen (Punkt 14.09).

14.2. An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiologen. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und BKNÄ im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein Radiologe eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er mit einem Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammografien (im Folgenden: Intensivbefundertraining) wieder einsteigen.

Neueinsteiger in Bezug auf die Leistungserbringung, die keinen Nachweis über 2000 Befundungen von Mammographieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings vor Leistungserbringung erbringen. Gelingt die Erfüllung der Mindestfrequenz im ersten Jahr der Leistungserbringung nicht, kann das Einstiegs-Intensivbefundertraining einmalig angerechnet werden.

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist das Kriterium gemäß Punkt 14.2. lit. a auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 30.6. des auf das Kalenderjahr, in dem die personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahres an

die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während dieses Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Berechtigung zur Verrechenbarkeit der Leistungen aufrecht.

Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbietern derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom Hauptverband genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

Aus dem von der ÖAK anerkannten e-learning für Befunder sind für die jährlichen Frequenzen im Assessment bis zu 300 Mammographien anrechenbar. Zur Sanierung von Frequenzen können bis zu 200 Mammographien aus diesem Tool angerechnet werden. Dieses steht für die Laufzeit der 3. ZV zum 2. ZP VU-GV alternativ zu anderen Befundungstrainings (z.B. Intensivbefundertrainings) zur Verfügung.

b) Absolvierung von Weiterbildungskursen (Multidisziplinärer Kurs und Befunderkurs) vor Programmteilnahme, aufrechtes dfp-Diplom, kontinuierliche Aufrechthaltung der fachlichen Qualifikation (jährlicher Qualitätszirkel einberufen durch den regionalverantwortlichen Radiologen) durch eine laufende Fortbildung im Ausmaß von 40 dfp-Punkten für die Fortbildung im Bereich der Senologie jeweils in einem Fortbildungszeitraum entsprechend dem Diplom-Fortbildungs-Programm von 5 Jahren.

14.3. Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 14.2. lit. a und lit. b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Anlage 2 der Honorarordnung (Kompendium Mammographie Teil 2). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.

14.4. Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 14.1. lit. b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Anlage 1 der Honorarordnung (Kompendium Mammographie Teil 1) durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.

14.5. Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 14.1. lit. c und Punkt 14.2. lit. a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des BKFP Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.

14.6. Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 14.2. lit. a und lit. b, die Ausstellung von diesbezüglichen unbefristeten Zertifikaten erfolgt durch die ÖAK.

14.7. Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 14.4. bis 14.6., 14.8., 14.9. und 14.11. werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der Sozialversicherung und der ÖÄK zur Verfügung.

14.8. Der im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen der Punkte 14.2. und 14.3. zu erfüllen.

14.9. Die leistungserbringenden Radiologen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen nachzuweisen. Für die Einstiegsschulung und regelmäßige Fortbildung der Ersteller ist der Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung zu berücksichtigen.

14.10. Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung nach Mitteilung durch die Kasse mit Ende des darauffolgenden Quartals.

14.11. Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe der Punkte 14.2. und 14.3. durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß Anlage 2 der Honorarordnung (Kompendium Mammographie Teil 2) geregelt.

14.12. Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß Anlage 2 der Honorarordnung (Kompendium Mammographie Teil 2) bei der ÖÄK eingerichtet.

14.13. Sonderregelung für Standorte:
In der 1. ZV zum 2. ZP VU-GV ist im Teil IX. eine Sonderregelung für Standorte normiert, welche durch die 2. ZV zum 2. ZP VU-GV adaptiert wurde. Diese ist auf die verrechenbare Leistungserbringung in gleicher Weise anzuwenden.

15. Ausschließliche Indikationen für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie (Pos. Nr. 583, 683 – Mammographie, pro Seite)

15.1. Für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie gilt die Indikationenliste laut Anlage 3 der Honorarordnung. Bei zukünftig zwischen ÖÄK/BKNÄ und Hauptverband vereinbarten Änderungen der Indikationenliste, welche unter www.hauptverband.at und www.aerztekammer.at veröffentlicht werden, tritt die neue Indikationenliste mit dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens anstelle der bis dahin in Geltung stehenden

Anlage 3 der Honorarordnung. Kammer und Kasse werden über die jeweils aktuelle Fassung informieren. Stellt der Radiologe im Rahmen einer Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung fest, dass bei der Frau eine Indikation für eine kurative Brustuntersuchung vorliegt, so ist in diesem Fall eine kurative Brustuntersuchung durchzuführen und im Programm als solche zu dokumentieren. Zudem ist die vorliegende Indikation von dem Radiologen entsprechend auf einer Zuweisung festzuhalten.

15.2. ÖÄK/BKNÄ und Hauptverband werden die Auswirkungen der Indikation „Sonstige medizinische Indikation“ auf Bundesebene gemeinsam beobachten und gemeinsam evaluieren, sowie bei Auffälligkeiten gemeinsame Maßnahmen setzen. Zahlenmäßige Auffälligkeiten und deren Ursachen, insbesondere bei einzelnen Zuweisern, werden auch auf Landesebene gemeinsam beobachtet und allenfalls notwendige Maßnahmen veranlasst.

Kopien der Zuweisungen samt Begründung für die Position „Sonstige medizinische Indikation“ sind von dem Radiologen an die Regionalstelle unabhängig von der Übermittlung der für die Honorarabrechnung erforderlichen Unterlagen zu übermitteln.

16. Dokumentation

16.1. Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.

16.1a. Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie, eine – wie im Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.

16.1b. Es wird ein neues Doku-Blatt „Selbstzahler Mammografie (SMZ)“ zur Dokumentation von Frauen, die der Screeningpopulation angehören, aber in kürzeren Intervallen eine Mammografie durchführen lassen, welche sie selbst bezahlen, eingeführt. Dies ermöglicht einerseits eine korrekte Dokumentation; andererseits können diese Mammografien so den Frequenzen angerechnet werden. Eine Datenübermittlung erfolgt nur bei Zustimmung der Frau.

16.2. Das Datenflussmodell gemäß Anlage 4 der Honorarordnung (Kompendium Mammographie Teil 4) wurde einvernehmlich zwischen Sozialversicherung und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:

a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System.

b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP.

c) Die Daten werden vom Pseudonymisierugsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert.

d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z. B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.

e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an den zuständigen Krankenversicherungsträger muss gesichert sein.

16.3. Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

17. Evaluierung

17.1. Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.

17.2. Die medizinische Evaluierung wird durch die medizinische Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

II. Röntgendiagnostik

Tarife (Honorar- und Unkostenanteil)

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Schädel	501	*38,25*	601	*36,20*	701	*34,21*	
Gesichtsschädel	502	*24,02*	602	*22,77*	702	*21,49*	
Schädelbasis	503	*16,85*	603	*15,97*	703	*15,12*	
Sella	504	*20,16*	604	*19,09*	704	*18,03*	
Schläfenbein, pro Seite	505	*37,00*	605	*35,08*	705	*33,09*	
Nasennebenhöhlen	507	*43,82*	607	*41,52*	707	*39,20*	
Nasenbein	508	*25,10*	608	*23,82*	708	*22,50*	
Kiefergelenk, pro Seite	509	*32,67*	609	*30,94*	709	*29,24*	
Gesamter Oberkiefer	510	*28,48*	610	*26,96*	710	*25,51*	
Gesamter Unterkiefer	511	*30,12*	611	*28,50*	711	*26,90*	
Halswirbelsäule inkl. aller notwendigen Zusatzaufnahmen (z. B. Schrägaufnahmen)	512	*41,56*	612	*39,39*	712	*37,17*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 514, 614 und 714 verrechenbar.
Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. aller notwendigen Zusatzaufnahmen (z. B. Schrägaufnahmen) und Durchleuchtung	514	*80,17*	614	*75,92*	714	*71,70*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 512, 612 und 712 verrechenbar.
Brustwirbelsäule	515	*39,72*	615	*37,65*	715	*35,54*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 519, 619, 719 und 520, 620 und 720 verrechenbar.

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Wirbelsäule, einzelne Abschnitte	516	*29,31*	616	*27,76*	716	*26,23*	Gemeinsam mit Pos. Nr. 512 bzw. 612 und 712 bis 520 bzw. 620 und 720 nur mit med. Begründung verrechenbar.
Lendenwirbelsäule m. Kreuzbein inkl. aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke	517	*45,78*	617	*43,36*	717	*40,97*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 518 bzw. 618 und 718 bis 520 bzw. 620 und 720 verrechenbar.
Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke	518	*29,64*	618	*28,07*	718	*26,55*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 517 bzw. 617 und 717 bis 520 bzw. 620 und 720 verrechenbar.
Gesamte Wirbelsäule, ap. und seitl.	519	*123,72*	619	*117,21*	719	*110,71*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 512 bzw. 612 und 712 bis 520 bzw. 620 und 720 verrechenbar.
Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl. oder Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein	520	*59,24*	620	*56,14*	720	*53,00*	Wirbelsäule – nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 512 bzw. 612 und 712 bis 519 bzw. 619 und 719 verrechenbar.
Rippen, einseitig	521	*44,34*	621	*41,99*	721	*39,66*	
Sternum	523	*34,93*	623	*33,06*	723	*31,27*	
Clavicula, pro Seite	524	*22,16*	624	*20,98*	724	*19,80*	
Scapula, pro Seite	525	*33,67*	625	*31,86*	725	*30,12*	
Oberarm, pro Seite	526	*36,80*	626	*34,86*	726	*32,91*	
Unterarm, pro Seite	527	*36,05*	627	*34,12*	727	*32,21*	
Hand, pro Seite	528	*34,05*	628	*32,28*	728	*30,49*	
Navicularserie, pro Seite	529	*29,40*	629	*27,85*	729	*26,28*	Gemeinsam mit Pos. Nr. 528, 628 und 728 nur mit med. Begründung verrechenbar.

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelkn.	530	*29,44*	630	*27,90*	730	*26,32*	Mehrere Finger oder Zehen an einem Tag = Pos. Nr. 528, 628 und 728 bzw. 533, 633 und 733
Oberschenkel, pro Seite	531	*39,86*	631	*37,74*	731	*35,66*	
Unterschenkel, pro Seite	532	*35,75*	632	*33,89*	732	*32,03*	
Ganzer Fuß, pro Seite	533	*35,48*	633	*33,62*	733	*31,72*	
Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite	534	*31,70*	634	*30,06*	734	*28,39*	Mehr als einmal pro Seite oder gemeinsam mit Pos. Nr. 533, 633 und 733 nur mit med. Begründung verrechenbar.
Calcaneus, pro Seite	535	*26,77*	635	*25,36*	735	*23,93*	
Sternoclaviculargelenk, pro Seite	537	*27,46*	637	*26,05*	737	*24,57*	
Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite	538	*36,50*	638	*34,59*	738	*32,67*	
Ellenbogengelenk, pro Seite	539	*31,79*	639	*30,12*	739	*28,45*	
Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	540	*33,01*	640	*31,29*	740	*29,54*	
Becken bis zum 10. Lebensjahr	541	*25,78*	641	*24,44*	741	*23,07*	
Becken ab dem 10. Lebensjahr	542	*26,06*	642	*24,65*	742	*23,31*	

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.)	543	*36,66*	643	*34,73*	743	*32,80*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 544, 644 und 744 verrechenbar.
Hüftgelenk, axial, pro Seite	544	*20,41*	644	*19,36*	744	*18,24*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 543, 643 und 743 verrechenbar.
Kniegelenk, pro Seite	545	*34,62*	645	*32,80*	745	*30,97*	
Kniegelenk mit Patella, axial inkl. aller notwendigen Zusatzaufnahmen z. B. Defileeaufn. der Patella (30, 60 und 90 Grad zusammen), pro Seite	546	*46,58*	646	*44,14*	746	*41,68*	Nur einmal pro Seite verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 545, 645 und 745 verrechenbar.
Sprunggelenk, pro Seite	547	*32,39*	647	*30,66*	747	*28,98*	
Zahnstatus	548	*51,48*	648	*48,77*	748	*46,07*	
Zähne, 1 – 3 benachbarte	549	*18,54*	649	*17,55*	749	*16,55*	Maximal zweimal pro Tag; gemeinsam mit Pos. Nr. 548, 648 und 748 nur mit med. Begründung verrechenbar.
Thorax bis zum 10. Lebensjahr	551	*37,65*	651	*35,66*	751	*33,70*	
Thorax ab dem 10. Lebensjahr	552	*56,45*	652	*53,47*	752	*50,52*	
Oesophagus	556	*58,37*	656	*55,29*	756	*52,23*	
Halsorgane	557	*53,85*	657	*51,02*	757	*48,17*	
Magen-Duodenum in Doppelkontrast	559	*106,17*	659	*100,60*	759	*94,99*	
Dünndarmpassage	561	*91,22*	661	*86,41*	761	*81,64*	

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	562	*51,80*	662	*49,06*	762	*46,36*	
Irrigoskopie in Doppelkontrast	563	*163,10*	663	*154,53*	763	*145,93*	
Gallenblase, nativ	566	*19,98*	666	*18,91*	766	*17,88*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 568, 668 und 768 oder 570, 670 und 770 verrechenbar.
Perorale Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	567	*54,22*	667	*51,39*	767	*48,49*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 568, 668 und 768 oder 570, 670 und 770 verrechenbar.
i.v./Inf. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	568	*116,24*	668	*110,12*	768	*104,03*	
i.v./Inf. Cholangiographie inkl. Nativaufnahme	570	*100,54*	670	*95,20*	770	*89,93*	
Abdomen, nativ	572	*35,73*	672	*33,87*	772	*31,99*	
Harntrakt, Nativaufnahme	578	*27,69*	678	*26,24*	778	*24,79*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 579, 679 und 779 verrechenbar.
i.v./Inf. Pyelographie (inkl. 1 Nativ- sowie allenfalls 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage, stehende oder Spätaufnahme)	579	*112,19*	679	*106,27*	779	*100,42*	
Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrographie inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel	580	*109,57*	680	*103,80*	780	*98,04*	Nicht gemeinsam mit Pos. Nr. 579, 679 und 779 oder 581, 681 und 781 verrechenbar.
Retrograde Pyelographie inkl. Nativaufnahme	581	*37,74*	681	*35,73*	781	*33,78*	

Art der Leistung	Stufe 1 (Digtal und Archivirung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Mammographie, pro Seite	583	51,74	683	49,04			Siehe in Bezug auf die Voraussetzungen zur Verrechenbarkeit Honorarordnung Abschnitt C., lit g, I. Allgemeine Bestimmungen, Z. 14 bis 16 sowie insbesondere Anlage 3 der Honorarordnung
Mammographie im Rahmen des BKFP, pro Seite	596	50,46	696	47,79			Bei Durchführung im Rahmen des BKFP, sofern die im 2. ZP VU-GV idgF festgelegten Bedingungen erfüllt sind. Der Tarif beinhaltet u.a. die Mammographieaufnahme und -befundung, Zweitbefundung, Dokumentation für die Datenevaluierung, die Übermittlung des Befundes an die Patientin und deren Arzt des Vertrauens, technische Qualitätssicherung, Schulung und Fortbildung. (gültig bis 31.12.2022)
BKFP Mammographie beidseitig, inkl. Sonographie (gültig ab 1.1.2023)	MAMSON	110,38					Mit diesem Tarif ist die Mammographie beidseitig, inkl. Sonographie abgegolten. Nicht gleichzeitig mit den Positionen 65/165/265 sowie 69/169 verrechenbar. Diese Position ersetzt die bisherigen Positionen 596/696 sowie 68/168 ab 1.1.2024: € 111,38 ab 1.1.2025: € 112,38 ab 1.1.2026: € 113,38 ab 1.1.2027: € 114,38 ab 1.1.2028: € 115,38
Zuschlag zu MAMSON für Einsatz Tomosynthese (gültig ab 1.1.2023)	MAMMOT	1,00					Der Einsatz von Tomosynthese im BKFP wird als Alternative zu einer 2D Mammographie in Form eines Zuschlages gesondert honoriert. Diese Position wird automatisch gemeinsam mit der Position MAMSON zur Auszahlung gebracht. (gültig bis 31.12.2024)

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digi-al ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Übermittlung BKFP-Mammographiebefund samt Bilddatei an ELGA (gültig ab 1.1.2024)	MAMBEF	1,00					(gültig bis 31.12.2026)
Galaktographie	584	*31,94*	684	*30,25*	784	*28,57*	
Hystero-Salpingographie	585	*63,03*	685	*59,73*	785	*56,42*	
Pneumocystographie	586	*41,02*	686	*38,85*	786	*36,71*	
Phlebographie, pro Extremität	588	*106,46*	688	*100,85*	788	*95,25*	
Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung)	590	*53,26*	690	*50,47*	790	*47,69*	
Tomographie der Lunge, bds.	592	*108,96*	692	*103,23*	792	*97,46*	
Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	593	*75,48*	693	*71,48*	793	*67,53*	
Tomographie der Gallenwege	594	*45,36*	694	*42,97*	794	*40,55*	
Tomographie der Nieren, bds.	595	*53,84*	695	*51,01*	795	*48,16*	

III. Röntgentherapie

Als eine Stelle wird ein zu bestrahlender abgegrenzter Herd bezeichnet. Falls mehr als eine Stelle abgerechnet wird, sind Größe und Lokalisation der Krankheitsherde genauestens anzugeben, da ansonsten nur die Behandlung einer Stelle vergütet wird.

Als Sitzung wird die Einzelbestrahlung einer Stelle bezeichnet.

Als Zahl der Sitzungen pro Stelle wird die Anzahl von Sitzungen bezeichnet, die im Allgemeinen zur Therapie von Krankheitsfällen der Gruppen I – III benötigt wird. Diese Zahl dient als Grundlage zur Berechnung von Honorar und Unkosten. Eine Über- bzw. Unterschreitung der Sitzungszahl muss auf dem Beiblatt begründet werden. Sie dient als Grundlage bei einer eventuellen späteren Fortsetzung der Therapie. Bei begründeter Über- bzw. Unterschreitung der Sitzungszahl werden Honorar und Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zu den im Tarif enthaltenen Werten erhöht bzw. gekürzt.

Die R-Richtdosis pro Stelle in Gruppe IV dient als Grundlage zur Berechnung von Honorar und Unkosten. Eine Über- bzw. Unterschreitung der R-Richtdosis pro Stelle muss auf dem Beiblatt begründet werden. Sie dient als Grundlage für eine eventuelle spätere Fortsetzung der Therapie.

Bei begründeter Über- bzw. Unterschreitung der R-Richtdosis pro Stelle werden Honorar und Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zu den im Tarif enthaltenen Werten erhöht bzw. gekürzt.

Kann bei einem zugewiesenen Patienten die vorgeschlagene Röntgentherapie auf Grund der Untersuchung (Begutachtung) durch den Vertragsfacharzt für Radiologie nicht durchgeführt werden, gebührt für die Begutachtung ein Ersthonorar. Das Gleiche gilt für eine Nachbegutachtung nach erfolgter Röntgentumortherapie.

Gruppe	Honorar €	Unkosten €
Gruppe I Oberflächentherapie		
Charakterisiert durch Gewebshalbwertstiefe von 0,35 bis 35,0 mm GHWS		
I/1 Großflächig		
Zahl der Sitzungen pro Stelle: 5	*20,85*	*20,01*

Gruppe	Honorar €	Unkosten €
I/2 Kleinflächig		
Zahl der Sitzungen pro Stelle: 4	*25,36*	*22,92*
(Bestrahlungen von Warzen: In der ersten Serie können bis zu 4 Warzen bestrahlt werden. Nach 6 Wochen können die übrigen vorhandenen Warzen bestrahlt werden.)		
Gruppe II Entzündungstherapie		
Für Herde, bei denen eine andere Strahlenqualität als in Gruppe I angewendet wird.		
Zahl der Sitzungen pro Stelle: 6	*29,08*	*26,24*
Gruppe III Funktionelle Therapie		
Die Strahlenqualität muss der Herdtiefe angepasst sein.		
Zahl der Sitzungen pro Stelle: 6	*32,20*	*28,90*
Gruppe IV Tumortherapie		
IV/1 Maligne und praecanceröse Hautveränderungen		
Strahlenqualität bis zu 35 mm GHWS	*69,75*	*61,82*
R-Richtdosis pro Stelle: 6000 R-OD		
100 R =	*(1,16)*	*(1,03)*
IV/2 Halbtiefen- und Tiefentherapie		
Strahlenqualität muss der Herdtiefe angepasst sein		
IV/2/1 Stehfelder (konventionelle Röntgentherapie)	*171,80*	*153,66*
R-Richtdosis pro Stelle:		
4000 R-OD 100 R =	*(4,30)*	*(3,84)*
IV/2/2 Siebbestrahlung	*408,55*	*365,28*
R-Richtdosis pro Stelle:		
12000 R-OD 100 R =	*(3,40)*	*(3,04)*
Gruppe V Kastrationsbestrahlung		
Nur eine Serie	*153,71*	*137,97*

IV. Sonographische Untersuchungen

Für die Honorierung der sonographischen Untersuchungen durch die hiefür berechtigten Vertragsfachärzte für Radiologie wird folgender Leistungskatalog vereinbart:

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Oberbauch (Leber, Gallenwege, Gallenblase, Pankreas, Milz) – große Gefäße	60	*57,08*	160	*54,10*	260	*51,09*	
Nieren + Retroperitoneum (Nebennieren, proximaler Ureter)	61	*46,58*	161	*44,14*	261	*41,68*	
Unterbauch (Uterus, Ovarien, Adnexen, Harnblase, Prostata, Restharn, kleines Becken, innere Genitalien)	62	*38,81*	162	*36,77*	262	*34,75*	
Schwangerenuntersuchung (MKP). Außerhalb der MKP-Untersuchung nur bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken – Leibesfrucht	63	*27,72*	163	*26,25*	263	*24,81*	
Ein Organ bei Kontrolluntersuchung	64	*35,48*	164	*33,62*	264	*31,72*	

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Mammasonographie je Seite	65	*15,52*	165	*14,70*	265	*13,89*	
Mammasonographie je Seite im Rahmen des BKFP; bei Dichtegrad ACR 3 und 4 sowie im Falle eines suspekten Mammographiebefundes	68	13,75	168	13,03			Bei Dichtegrad ACR 3 und 4 sowie im Falle eines suspekten Mammographiebefundes kann im Anschluss an die bereits elektronisch dokumentierte Erstbefundung der Mammographie eine Mammasonographie durchgeführt werden. In maximal 35 % der Mammographien im Rahmen des BKFP (Pos. 596 und 696) verrechenbar. (gültig bis 31.12.2022)
ReScreen – Mammasonographie je Seite im Rahmen des BKFP	69	*15,52*	169	*14,70*			Diese Leistungsposition ist abzurechnen, wenn es nach dem vorgesehenen Untersuchungsprozess im Rahmen des BKFP zu einer Einladung zum ReScreen vor Ablauf der definierten Untersuchungsintervalle kommt und im Zuge dessen die Durchführung einer Mammasonographie ohne vorherige Durchführung einer Mammographie vorgesehen ist. Die Verrechenbarkeit dieser Mammasonographien ist nicht an die Limitierung gemäß Pos. Nr. 68 und 168 gebunden.

Sonographie von „small-parts“

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Schilddrüse	81	*36,08*	181	*34,13*	281	*32,27*	
Halsweichteile	82	*36,08*	182	*34,13*	282	*32,27*	
Endovaginale bzw. transrectale Sonographie	83	*36,08*	183	*34,13*	283	*32,27*	
Hoden	84	*27,72*	184	*26,25*	284	*24,81*	
Oberflächliche Raumforderungen	85	*16,63*	185	*15,74*	285	*14,87*	
Kindliche Hüften	86	*44,35*	186	*42,00*	286	*39,67*	

Pro Sitzung ist jeder „small-part“ nur einmal verrechenbar. Halsweichteile und oberflächliche Raumforderungen sind nicht gemeinsam verrechenbar.

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße inkl. Dokumentation	67	*71,55*	167	*67,75*	267	*64,00*	

Die Verrechnung ist nur möglich, wenn der zuweisende Arzt ausdrücklich Ultraschalldiagnostik (Sonographie) beantragt hat und nur für die in der Zuweisung bestimmten Organe.

V. Sonstige radiologische Untersuchungen

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Knochendichtemessung mittels Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA)	90	*44,35*	190	*42,00*	290	*39,67*	Nicht als Screening sondern nur mit medizinischer Indikation. Wiederholungsuntersuchung frühestens nach einem Jahr, außer mit medizinischer Begründung. Anmerkung: Gerätenachweis ist der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse vorzulegen.

h) Vergütung für röntgendiagnostische Untersuchungen durch Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin

Bei Erbringung von Röntgenleistungen sind grundsätzlich die Bestimmungen der Honorarordnung A/10 zu beachten.

a) Honorartarif

Für die ärztliche Tätigkeit bei Anwendung des Röntgenapparates im Zuge einer Untersuchung beträgt das Honorar

	€
Ersthonorar	*6,87*
Zweithonorar	*3,15*
Bei Zahnaufnahmen für den 1. bis 3. Film	*6,87*
Für je weitere 1 bis 3 Filme	*3,15*

b) Unkostentarif

	€
Durchleuchtung	*4,80*
Durchleuchtung mit Kontrastbrei (einschließlich Kontrastmittel)	*6,14*

	Film €
Aufnahme 9 x 12	*3,70*
Aufnahme 13 x 18	*4,69*
Aufnahme 18 x 24	*5,87*
Aufnahme 15 x 40	*6,55*
Aufnahme 24 x 30	*6,98*
Aufnahme 30 x 40	*9,03*
1. Zahnfilm	*2,48*
jeder weitere	*0,96*

	Film €
Bei Pneumothoraxkontrollen beträgt die Gesamtvergütung (Honorar und Unkosten)	*4,38*

Den Fachärzten für Lungenkrankheiten wird ein Zuschlag für dosissparende Durchleuchtungen mittels elektronischer Geräte in der Höhe von *€ 3,39* pro Durchleuchtung zugestanden.

i) Vergütungen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
675	**Erstdiagnostikphase von 0 Jahren bis vollendetes 3. Lebensjahr** Dauer 6 Wochen bis 1 Quartal Inhalt: intensive Diagnostik und Erstbehandlung	*668,00*	4,5 x € *134,95* (Stundensatz) + 10 % Nur einmal verrechenbar pro Patient
676	**Erstdiagnostikphase ab dem 4. Lebensjahr** Dauer 6 Wochen bis 1 Quartal Inhalt: intensive Diagnostik und Erstbehandlung	*607,28*	4,5 x € *134,95* (Stundensatz) Nur einmal verrechenbar pro Patient
677	**Therapiephase 1** Inhalt: intensive Weiterbehandlung	*539,80*	4,0 x € *134,95* (Stundensatz) Verrechenbar pro Patient und Quartal für max. 2 Quartale
678	**Therapiephase 2** Inhalt: Weiterbehandlung	*404,85*	3,0 x € *134,95* (Stundensatz) Verrechenbar pro Patient und Quartal für max. 6 Quartale
679	**Therapiephase 3 – Weiterführungsphase** Inhalt: auslaufende Weiterbehandlung	*202,43*	1,5 x € *134,95* (Stundensatz)

Die in Pos. Nr. 675 bis 679 genannten Beträge für die jeweiligen Diagnostik- und Therapiephasen beinhalten sämtliche durch die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erbringenden medizinischen Leistungen (z. B. Grundvergütungen, Ordinationen, psychiatrische Exploration, neurologische Untersuchungen, psychotherapeutische Sitzungen) sowie jegliche Koordinierungstätigkeiten (z. B. mit anderen Therapeuten, Eltern, Bezugspersonen, Ämtern).

Die darüber hinaus gehende Verrechnung von in der Honorarordnung, Abschnitt C. (Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen), genannten Leistungen ist nicht zulässig.

k) Vergütungen für Leistungen aus dem Fachgebiet der Neurologie
(gültig ab 1.4.2020)

Die unter Pos. Nr. 6801 bis Pos. Nr. 6808 angeführten Leistungen (kurz: neurologischer Leistungs- und Honorarkatalog) sind verrechenbar für alle Vertragsfachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie mit Vertragsbeginn ab 1. April 2020, sofern der Einzelvertrag für eine neurologische Planstelle ausgeschrieben war.

Für Vertragsfachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie mit Vertragsbeginn vor dem 1. April 2020 ist der neurologische Leistungs- und Honorarkatalog verrechenbar, sofern sie sich bis zum 31. März 2020 dafür entschieden haben.

Vertragsfachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie mit Vertragsbeginn vor dem 1. April 2020 können nach dem 31. März 2020 einen Wechsel zum neurologischen Leistungs- und Honorarkatalog jeweils zu Quartalsbeginn beantragen.

Die genannten Vertragsfachärzte sind nicht berechtigt, die in der Honorarordnung, Abschnitt C., lit. d) Vergütungen für Einzelleistungen ausschließlich mit „N“ gekennzeichneten Pos. Nr. zu verrechnen. Eine Verrechnung von Pos. Nr. außerhalb des neurologischen Leistungs- und Honorarkataloges ist nur dann zulässig, sofern keine Beschränkung auf ein bestimmtes Fachgebiet vorliegt bzw. eine Ergänzung um „NEU“ gegeben ist.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
NEU 6801	Komplette neurologische Statuserhebung Der vollständige neurologische Status umfasst die Prüfung der Hirnnerven, der Reflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, des extrapyramidalen Systems, des Vegetativums und der höheren Hirnleistungen. Die Untersuchung ist schriftlich zu dokumentieren.	75	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
NEU 6802	Partieller neurologischer Status zur Therapie und Verlaufskontrolle. Das Ergebnis muss schriftlich dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen.	20	In maximal 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht mit Pos. 6801 am selben Tag verrechenbar.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
NEU	6803	Neuropsychopathologischer Status Dieser umfasst: 1. Orientierung, 2. Auffassung und Wahrnehmung, 3. Stimmung, 4. Affekt, 5. Antrieb, 6. Ductus – formal/inhaltlich, 7. Mnestik, 8. Selbst- und/oder Fremdgefährdung, 9. Bewusstsein. Die Untersuchung ist schriftlich zu dokumentieren.	55	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
NEU	6804	Verbale Intervention bei neurologischen Krankheiten mit psychosomatischen Komponenten Jede fachärztliche verbale Intervention zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes. Dokumentation umfasst: Anamnese, Diagnose und Therapieempfehlung.	20	Der Wert von 20 Punkten gilt für eine Behandlungsdauer von 10 Minuten. Maximal fünfmal pro Patient und Tag bzw. maximal sechsmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Nicht mit Pos. 19 am selben Tag verrechenbar.
NEU	6805	Neurologische Skalen (Demenzskalen, Parkinsonskalen, MS-Skalen und gleichwertige Skalen). Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu interpretieren sowie zu dokumentieren.	30	Einmal pro Patient und Quartal verrechenbar.
NEU	6806	Zuschlagsposition für Erstellung einer ausführlichen Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung neurologisch Kranker	20	In 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht mit Pos. 19, 6804, 6807 am selben Tag verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
NEU 6807	Zuschlagsposition für Gespräch mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung demenzerkrankter Personen	20	Nicht mit Pos. 19, 6804, 6806 am selben Tag verrechenbar.
N, NEU 6808	EKG-Streifen zur Rhythmuskontrolle im Rahmen der Medikamenteneinstellung (QT-Zeitbestimmung)	10	

Anmerkung:
Von den in der Honorarordnung, Abschnitt C, lit. d (Vergütungen für Einzelleistungen) vor Einführung des neurologischen Leistungs- und Honorarkataloges mit „N“ gekennzeichneten Leistungen wurden alle mit Ausnahme der Pos. Nr. 680 und 684 um „NEU“ ergänzt.

Die Pos. Nr. 133, 134, 140, 652, 654, 655, 695, 696, 697, 698, 699, 711, 712, 713, 714, 730, 731, und 732 sind somit auch für NEU verrechenbar.

l) Vergütungen für Leistungen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie
(gültig ab 1.4.2020)

Die unter Pos. Nr. 6901 bis Pos. Nr. 6908 angeführten Leistungen (kurz: psychiatrischer Leistungs- und Honorarkatalog) sind verrechenbar für alle Vertragsfachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie mit Vertragsbeginn ab
1. April 2020, sofern der Einzelvertrag für eine psychiatrische Planstelle ausgeschrieben war.

Für Vertragsfachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie mit Vertragsbeginn vor dem 1. April 2020 ist der psychiatrische Leistungs- und Honorarkatalog verrechenbar, sofern sie sich bis zum 31. März 2020 dafür entschieden haben.

Vertragsfachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie mit Vertragsbeginn vor dem 1. April 2020 können nach dem 31. März 2020 einen Wechsel zum psychiatrischen Leistungs- und Honorarkatalog jeweils zu Quartalsbeginn beantragen.

Die genannten Vertragsfachärzte sind nicht berechtigt, die in der Honorarordnung, Abschnitt C., lit. d) Vergütungen für Einzelleistungen ausschließlich mit „N“ gekennzeichneten Pos. Nr. zu verrechnen. Eine Verrechnung von Pos. Nr. außerhalb des psychiatrischen Leistungs- und Honorarkataloges ist nur dann zulässig, sofern keine Beschränkung auf ein bestimmtes Fachgebiet vorliegt bzw. eine Ergänzung um „PSY“ gegeben ist.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PSY 6901	Ausführliches psychiatrisches Explorationsgespräch zur Erhebung des psychopathologischen Status mit Dokumentation der pathologischen Parameter Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien: 1. Bewusstseinslage 2. Orientierung 3. Mnestische Leistungen und Konzentration 4. Denken 5. Antrieb 6. Stimmungslage 7. Affekte	75	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Nicht mit Pos. 19 am selben Tag verrechenbar.
PSY 6902	Psychiatrische Diagnostik und Intervention Integrierte bio-psycho-soziale Abklärung, Diagnostik und Behandlung. Dokumentation umfasst: Anamnese, Diagnose und Therapieempfehlung.	20	Der Wert von 20 Punkten gilt für eine Behandlungsdauer von 10 Minuten. Maximal fünfmal pro Patient und Tag verrechenbar. Nicht mit Pos. 19 am selben Tag verrechenbar.
PSY 6903	Fachspezifische neurologische Untersuchung Erhebung und Dokumentation eines behandlungsrelevanten, neurologischen Befundes (z. B. extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen bei antipsychotischer Therapie, Parkinsonsymptome, demenzassoziierte Motorikstörungen)	30	In maximal 35 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.
PSY 6904	Psychiatrische Skala, Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu interpretieren sowie zu dokumentieren.	30	Darunter fallen beispielsweise MMSE, Uhrentest, Hachinsky-Test. Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PSY 6905	Psychiatrische Skala, HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu interpretieren sowie zu dokumentieren.	60	Darunter fallen beispielsweise HAM-D, DIVA, PANNS. Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
PSY 6906	Psychotherapeutische Medizin Behandlungsdauer mindestens 20 Minuten.	40	Gruppentherapie, autogenes Training und Ähnliches ausgeschlossen. Ausbildungsnachweis (z. B. PSY III-Diplom) erforderlich (ausgenommen für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin). Nicht mit Pos. 19, 6901, 6902, 6904, 6905 am selben Tag verrechenbar.
PSY 6907	Psychotherapeutische Medizin Behandlungsdauer mindestens 50 Minuten.	100	Gruppentherapie, autogenes Training und Ähnliches ausgeschlossen. Ausbildungsnachweis (z. B. PSY III-Diplom) erforderlich (ausgenommen für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin). Nicht mit Pos. 19, 6901, 6902, 6904, 6905 am selben Tag verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PSY 6908	Zuschlagsposition für Erstellung einer ausführlichen Fremdanamnese, sozialpsychiatrische Koordination, besondere Heilbehandlung	20	In maximal 30 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Zuschlag verrechenbar für - Erstellung einer ausführlichen Fremd anamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung psychiatrisch Kranker - sozialpsychiatrische Koordination bei jenen psychiatrischen Patienten, die einer intensiven Koordination mit am Gesamtbehandlungsplan beteiligten Personen bzw. Institutionen (Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Sozialarbeiter, betreuende Angehörige, Krankenanstalten, betreute Wohn- und Arbeitsrehabilitationseinrichtungen etc.) bedürfen - dokumentierte Beratung im Zusammenhang mit einer Behandlung mit erhöhtem Risikopotential (z. B. Lithiumtherapie, Schwangerschaft, Depotbehandlung, Polypharmazie/Interaktion) Nicht mit Pos. 19, 684, 6906, 6907 am selben Tag verrechenbar.

Anmerkung:
Die Pos. Nr. 684 gemäß Abschnitt C, lit. d (Vergütungen für Einzelleistungen) der Honorarordnung ist auch für PSY verrechenbar.

N, PSY 684	Psychiatrische Gruppentherapie, Tarif pro Person	45	Vom Arzt in der eignen Ordination persönlich durchzuführen. Teilnehmerzahl 4 – 8 Personen. Mindestdauer 90 Minuten. Nicht verrechenbar für autogenes Training.

D.

Schlussbestimmungen

Die Vertragsparteien kommen überein, gemeinsam auf die Vertragsärzte mit dem Ziel einzuwirken, eine Verminderung der sonstigen durch ärztliche Tätigkeit verursachten Kosten (Arbeitsunfähigkeitsdauer, Spitalseinweisungen, Transportkosten, Fahrtspesen, Medikamentekosten) zu erreichen.

Wien, 21. März 1994

Anlage 1

Technische Qualitätssicherung im Österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm

Präambel

Grundsätzlich folgen die in dieser Anlage definierten Inhalte den Empfehlungen der European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, Auflage 4, 2006 (Kapitel 2b „European Protocol for Quality Control of the Physical and Technical Aspects of Mammography Screening) inklusive des dazugehörigen Supplements aus 2013 mit Update aus 2017.

Zusätzlich werden für das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm Erweiterungen für die technische Qualitätssicherung definiert (EUREF-Ö Erweiterungen), die sich aus den Erfahrungen und Erkenntnissen aus den österreichischen Pilotprojekten ergeben haben. Diese Erfahrungen konnten für unterschiedliche Gerätehersteller, sowohl für Mammographie-Geräte als auch Ultraschall-Geräte, gesammelt werden.

Es wird als wesentlich erachtet, dass es im österreichischen Programm ein zentrales Referenzzentrum für die technische Qualitätssicherung geben soll, um eine österreichweite Vergleichbarkeit der Gerätemessdaten zu gewährleisten.

Die Anforderungen an ein Referenzzentrum bzw. dem Referenzzentrum zuarbeitende Personen bzw. Institutionen werden einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern festgelegt.

Jene Speicherfoliengeräte, die an bereits am Programm teilnehmenden Standorten noch vorhanden sind, sind ab 1.1.2022 mit einer 12-monatigen Übergangsfrist gegen, dem Stand der Technik entsprechende, volldigitale Mammografiesysteme auszutauschen.
Zur Befundung sind nur noch den Vorgaben entsprechende Befundungsmonitore, jedoch keine Laserimager/Filmschaukästen mehr zugelassen.

Geplante bzw. durchgeführte Änderungen an einem der vom RefZQS betreuten Geräte (Mammografie-, Ultraschallgeräte bzw. Befundungsmonitore) sollen zeitnah an das RefZQS gemeldet werden. Aufgrund der Übermittlung der wöchentlichen bzw. monatlichen Testaufnahmen auf elektronischem Weg sollen jedoch auch Änderungen an der dafür verwendeten Netzwerkinfrastruktur (z.B. PACS-System, Internet Service Provider, IP-Adress-Änderungen) an das RefZQS gemeldet werden.

Messungen – von Erstellern durchzuführen (“RT“)

1. Tägliche Anzeige eines Testbildes auf den Befundungsmonitoren

Display eines Testbildes (AAPM TG18-QC) auf dem Befundungsmonitor und visuelle Beurteilung wesentlicher Charakteristika (Helligkeit, Kontrast, Geometrie,..) bei passender Umgebungshelligkeit (≤ 20 Lux)

Lokale Dokumentation, dass der Test durchgeführt wurde und die Beurteilung in Ordnung ist.

Wenn die Beurteilung nicht in Ordnung ist, soll eine entsprechende Information an das RefZQS übermittelt werden.

2. Wöchentlicher Test (WT) des Mammografie-Systems

Durchführung von Aufnahmen eines den detektierten Bereich abdeckenden homogenen 50 mm dicken PMMA-Blocks mit etwa 24x30 cm^2

Übermitteln der 2 Prüfkörperaufnahmen als DICOM-Files im „for processing"-Format an das RefZQS gemäß Datenflussmodell (Anlage 7)

EUREF-Ö Erweiterung
Um eventuelle durch den Prüfkörper hervorgerufene Artefakte zu identifizieren, wird zusätzlich zur Aufnahme, bei welcher der Prüfkörper normal platziert wird, eine weitere Aufnahme durchgeführt, wobei hier der Prüfkörper um 180° gekippt wird.

Bei Speicherfolien-Systemen wird zusätzlich mit jeder im Routinebetrieb verwendeten Kassette eine Aufnahme durchgeführt, da sonst befundungsstörende Artefakte auf den Speicherfolien-Kassetten bzw. im Speicherfolien-Reader nicht rechtzeitig erkannt werden.

3. Monatlicher Test (MT) des Ultraschallgerätes:

EUREF-Ö Erweiterung
Durchführung einer visuellen Untersuchung des Geräts und von 2 Aufnahmen „in Luft" pro in der Mammografie verwendetem Schallkopf.

Übermitteln der Aufnahmen als DICOM-Files gemäß Datenflussmodell (Anlage 7) und der Protokollblätter für die visuelle Untersuchung an das RefZQS.

4. Optionales halbjährliches HT-Subset (HT-RT) des Mammografie-Systems
Siehe dazu Kapitel „Messungen – vom RefZQS bzw. beauftragten externen Medizinphysikern oder technischen Büros durchzuführen" – Punkt 3.

Die Prüfmittel, welche für die vom Ersteller durchgeführten Tests benötigt werden, werden erstmalig vom RefZQS zur Verfügung gestellt. Bei Verlust oder Beschädigung kann kostenpflichtig Ersatz vom RefZQS bezogen werden.

<u>Messungen – vom RefZQS bzw. vom Standort beauftragten externen Medizinphysikern oder technischen Büros durchzuführen</u>

1. Mammografie-System - Akzeptanztest (AT) sowie AT-Subset nach Reparatur (Teilakzeptanztest TAT)

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement aus 2013 mit Update aus 2017).

EUREF-Ö Erweiterung
Zusätzlich gesetzlich erforderliche Dosisausbeute (Y60) sowie Dynamikumfang nach ÖN S5240-12, und Überprüfung der Dickenanzeige.

Während dieser Messzeiten steht das Mammografie-System nicht für den Routinebetrieb zur Verfügung. Erfahrungen zeigen, dass die reine Messzeit für einen AT je nach System-Type 4 bis 6 Stunden beträgt.

Es sind die vom RefZQS herausgegebenen Formulare und Anleitungen in der aktuell gültigen Fassung zu verwenden.

DICOM-Files (im "for processing"-Format) und Formulare sind dem RefZQS für die weitere Analyse zeitnah zu übermitteln.

2. Ultraschallgerät – Initialtest (IT) und Zusatztest (ZT)

EUREF-Ö Erweiterung
Im Rahmen des vom RefZQS durchgeführten Initialtests (inklusive Heranziehens von allfälligen Begleitdokumenten z.B. Berichte über Hersteller-Tests oder Schallkopfüberprüfungen) werden neben der Feststellung der Qualität des Geräts die Einstellungen für den monatlichen Test (MT) festgelegt und die Ersteller entsprechend eingeschult.

Aufbauend darauf wird entweder ein weiterführender Test (z.B. Schallkopfüberprüfung) durch das RefZQS empfohlen oder mit dem MT unmittelbar begonnen. Die Daten des MT sollen als DICOM-Files an das RefZQS gemäß Datenflussmodell (Anlage 7) übermittelt werden, welches die Analysen durchführt.

Bei im Zuge des MT festgestellten Abweichungen wird vom RefZQS ein abklärender Zusatztest (ZT) durchgeführt.

Die Initial- bzw. ggf. Zusatztests an Ultraschallgeräten laut EUREF-Ö werden durch das RefZQS durchgeführt. Diese Tests dauern pro Gerät maximal 1 Stunde und sollen während der üblichen Betriebszeiten stattfinden.

3. Mammografie-System – Halbjahrestest (HT)

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2013 mit Update aus 2017).

Vorgangsweise und Aufwand etwa 80% von Akzeptanztest (AT).

EUREF-Ö Erweiterung
Falls die Auswertungen der wöchentlichen Tests des Mammografie-Systems seit dem letzten EUREF-Ö-Test (Akzeptanz-, Teilakzeptanz- oder Jahrestest) innerhalb der Toleranz liegende Werte zeigen, ist der HT in diesem Umfang nicht erforderlich (Erfahrungen im RefZ Leuven (Belgien) und im RefZ der österreichischen Pilotprojekte) und kann durch ein funktionales Subset, welches auch von Erstellern durchgeführt werden kann („HT-RT"), ersetzt werden:

Durchführung von 2x3 Aufnahmen mit 2 Stück je 10 mm dicken PMMA-Platten, dem PMMA-Block des WT und weiters einem 0,2 mm dickem Aluminium-Plättchen (1*1 cm^2).

Messzeit ca. 15 min und übermitteln der DICOM-Files an das RefZQS gemäß Datenflussmodell (Anlage 7).

4. **Mammografie-System – Jahrestest (JT):**

   Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement aus 2013 mit Update aus 2017).

   Vorgangsweise und Aufwand ident zu Akzeptanztest.

5. **Befundungsmonitor-System – Halbjahrestest (HT):**

   Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement aus 2013 mit Update aus 2017).

Prozess bei negativen Analyseergebnissen

Bei der Durchführung von EUREF-Ö-Tests (Akzeptanztest, Wöchentlicher Test, Halbjahrestest, Jahrestest, Teilakzeptanztest) kann es vorkommen, dass aufgrund der durch das RefZQS durchgeführten Analyse die Ergebnisse außerhalb der in EUREF bzw. EUREF-Ö angegebenen Grenzwerte liegen.

Schema der Fehlerkategorien

Kategorie 1 – ok

Das System wird im betreffenden Prüfpunkt uneingeschränkt als in Ordnung beurteilt.

Kategorie 2 – ok

Es wurde eine spezifizierte Abweichung von den „ok-1“-Kriterien festgestellt, das System kann dennoch weiter betrieben werden. Eine Behebung der festgestellten Abweichung wird empfohlen. Der weitere Verlauf wird beobachtet.

Kategorie 3 – nicht ok

Es wurde eine zu behebende Abweichung festgestellt. Der Servicetechniker ist zu informieren und der Mangel ist innerhalb einer im Einzelfall festzulegenden Frist zu beheben.

Kategorie 4 – nicht ok

Die Anlage ist unmittelbar nach Bekanntgabe durch das RefZQS außer Betrieb zu nehmen.

Kategorien 1 bis 4 werden in den periodischen Testberichten angeführt. Der jeweilige Bericht wird an die dafür vom Standort angegebenen E-Mail-Adressen und - insbesondere bei festgestellten Abweichungen - an den Techniker des Herstellers übermittelt.

Obwohl die Aufnahmen der verschiedenen Tests an Mammografiegeräten für die Analyse und Berichterstellung an das Referenzzentrum geschickt werden, ist dennoch weiterhin der Bewilligungsinhaber verpflichtet, all diese Aufzeichnungen laut §18 (4) Medizinischer Strahlenschutzverordnung (MedStrSchV BGBl. II Nr. 353/2020 idgF.) aufzubewahren. Weiters ist darauf hinzuweisen, dass die Durchführung von EUREF-Ö die vom Hersteller vorgeschriebene technische Qualitätssicherung nicht ersetzt.

Abkürzungen

AAPM	American Association of Physicists in Medicine
AT	Akzeptanztest
DICOM	Digital Imaging and Communication in Medicine
EPQC	European Protocol for Quality Control of the physical and technical aspects of mammography screening (Teil der European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis)
EUREF	European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services
EUREF-Ö	EUREF-Protokoll, optimiert für österreichische Verhältnisse
GSDF	Grey Level Standard Display Function (Graustufen-Standard-Display-Funktion)
HT	Halbjahrestest
HT-RT	Halbjahrestest-Subset
JT	Jahrestest
MT	Monatlicher Test
PMMA	Kunststoff auf Acrylbasis (simuliert Brustgewebe mit etwa 50% Parenchym und 50% Fett)
RefZQS	Referenzzentrum für technische Qualitätssicherung
SMPTE	Society of Motion Picture and Television Engineers
TAT	Teilakzeptanztest
WT	Wöchentlicher Test

Anlage 2

ÖÄK – Zertifikat Mammadiagnostik

1. Ziel

Der Radiologin / dem Radiologen kommt in der Brustkrebsfrüherkennung eine zentrale Rolle zu. Zudem trägt die Radiologin / der Radiologe höchste Verantwortung in der verlässlichen Unterscheidung von benignen und malignen Veränderungen in der Brust, da der Befund wesentlich für das weitere, allfällig notwendige Behandlungskonzept ist.

Das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik soll als strukturierte Weiterbildung durch kontinuierliche Erfahrung und Fortbildung ausreichend Gelegenheit bieten, Mammographie und Mammasonographie nach internationalen Standards und gemäß Empfehlungen der EU z.B. im Rahmen von Früherkennungsprogrammen, aber auch kurativ durchzuführen und zu befunden.

Mit dem ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik weisen ÄrztInnen nach, dass sie vertiefte Kenntnisse und Fertigkeiten in der Erstellung und Befundung von Mammographien und Brustultraschall erworben haben.

2. Zielgruppe

Das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik " richtet sich an FachärztInnen für Radiologie bzw. FachärztInnen für medizinische Radiologie Diagnostik. Entsprechende theoretische Inhalte, incl. der Prüfung können schon während der Ausbildung zum Facharzt für Radiologie absolviert werden bzw. können praktische Inhalte, die während der Ausbildung nachgewiesen werden können, angerechnet werden.

3. Zertifikatsvoraussetzungen

Um das Zertifikat Mammadiagnostik zu erhalten, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

a) Befundung von Mammographieaufnahmen von mindestens 2.000 Frauen pro Arzt/ Ärztin innerhalb eines Jahres. Erst- und Zweitbefundung sind als gleichwertig anzusehen;

b) Teilnahme an einem multidisziplinären Kurs im Ausmaß von einem Tag (10 DFP-Punkte);

c) Teilnahme an einem Befunderkurs im Ausmaß von 22 Einheiten (22 DFP-Punkte), wobei davon 6 Einheiten der Mammasonographie zu widmen sind;
d) erfolgreiche Absolvierung einer Prüfung in Form einer Fallsammlung / Fallsammlungsprüfung

4. Lehrinhalte

a) Multidisziplinärer Kurs

Der multidisziplinäre Kurs soll die Wichtigkeit der multidisziplinären Versorgung von Frauen mit fraglichem oder nachgewiesenem Brustkrebs herausstreichen, indem allen an der Versorgungskette beteiligten Berufsgruppen die fachübergreifenden Zusammenhänge nähergebracht werden um die Kommunikation und Leistungserbringung innerhalb der Versorgungskette zu verbessern, wobei auch Aspekte des österreichischen Brustkrebsfrüherkennungs-Programms integriert werden.

Kursinhalte

- Epidemiologie des Mammakarzinoms
- Grundlagen der medizinischen Statistik
- Grundlagen und Organisation des Brustkrebsfrüherkennungs-Programms
    - Organisationsstruktur
    - Abläufe
    - Begriffe (Erläuterung der Klassifizierung,…)
    - Aufgabenverteilung
- Überblick Qualitätssicherungsmaßnahmen in allen Bereichen des Programms
- Grundlagen radiologischer Verfahren in der Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie, Ultraschall)
- Radiologische Verfahren im Assessment (MRT, Biopsien, Markierungen)
- Grundlagen der Behandlung gut- und bösartiger Brusterkrankungen
- Kommunikation in der Versorgungskette
- Psycho-onkologische Grundlagen
- Dokumentation in der gesamten Behandlungskette einschließlich Erläuterung der zu übermittelnden Datenfelder
- Evaluierung des Programms

Der multidisziplinäre Kurs steht auch anderen an der Versorgungkette beteiligen Berufsgruppen (zB RT, MTF, Pathologen, Chirurgen, Gynäkologen, Onkologen, Medizinphysiker,…) offen. Über die Teilnahme am multidisziplinären Kurs wird eine Teilnahmebestätigung ausgestellt.

b) Befunderkurs

Der Befunderkurs soll die im Rahmen der Fachausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Mammadiagnostik (Mammographie und Brustultraschall) vertiefen, neuere medizinische Erkenntnisse und technische Entwicklungen vermitteln sowie an Hand von praktischen Beispielen und Übungen gefestigt werden.

Kursinhalte

- Radiologische Verfahren in der Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie, Ultraschall)
    - physikalische Prinzipien
    - Positionierungstechnik, Einstelltechnik
    - Artefakte
    - Spezialaufnahmen (Vergrößerungen, Zielkompression,…)
    - Hard- und Software
- Radiologische Verfahren im Assessment (MRT, Biopsien, Markierungen)
    - physikalische Prinzipien
    - Positionierungstechnik, Einstelltechnik
    - Hard- und Software
- Pathologie und Klinik der normalen Brust sowie gutartiger und bösartiger Erkrankungen
- Radiologie der normalen Brust sowie gutartiger und bösartiger Erkrankungen
- Klassifikation der Mammographie (BIRADS- und ACR-Klassifikation)
- Klassifikation des Ultraschalls
- Differentialdiagnose herdförmiger Verdichtungen, Parenchymstrukturstörungen und asymmetrischer Verdichtungen, Mikroverkalkungen
- Untypische Zeichen eines Mammakarzinoms
- Bedeutung der radiologischen-pathologischen Korrelation für die Diagnose und Behandlung
- Charakterisierung und Klassifikation der Intervallkarzinome
- Indikation für das Assessment auffälliger Mammographiebefunde
- Vorgehen bei der Doppelbefundung
- Simulation einer Konsensuskonferenz
- Datenerfassung im Brustkrebsfrüherkennungs-Programm
- Technische Qualitätssicherung / Strahlenschutz
    - Abgrenzung Arzt/Assistent/Medizinphysiker
    - Bildqualität / Dosisverhalten
- Neue Erkenntnisse in der Bildgebung
- Praktische Beispiele

c) Prüfung

Die Durchführung und Organisation der Prüfung in Form einer Fallsammlung obliegt der Österreichischen Ärztekammer, die sich dazu der Österreichischen Akademie der Ärzte bedienen kann.

Andere Weiterbildungen können nicht auf diese Prüfung angerechnet werden. Eine Wiederholung ist frühestens nach 14 Tagen bei Nichtbestehen möglich. Wird auch diese Prüfung nicht bestanden, ist eine neuerliche Wiederholung nach einem Monat zulässig, sofern eine Hospitation (5 Arbeitstage) an einem von der Zertifikatskommission anerkannten Zentrum für Mammadiagnostik nachgewiesen werden kann. Sollte diese Prüfung nicht bestanden werden, ist ein neuerliches Antreten erst nach weiteren 6 Monaten zulässig.

5. Zertifikatsgültigkeit

Das Zertifikat Mammadiagnostik wird unbefristet ausgestellt, und bleibt solange gültig, als die erforderlichen Nachweise gemäß Punkt 6 zeitgerecht erbracht werden.

6. Aufrechterhaltung des Zertifikates

Das Zertifikat verliert seine Gültigkeit, wenn folgende Nachweise nicht fristgerecht erbracht werden:

a) der Nachweis von Fortbildungseinheiten auf dem Gebiet der Senologie (insbesondere breast imaging) im Ausmaß von 24 DFP Punkten alle 36 Monaten nach Erstaustellung. Die Nachweise sind jeweils binnen 39 Monaten vorzulegen. Bei Versäumnis wird eine Nachfrist von 6 Monaten gesetzt, in der die Fortbildungseinheiten und deren Nachweis erbracht werden kann. Werden auch innerhalb dieser Frist keine ausreichenden Nachweise erbracht, so verliert das Zertifikat seine Gültigkeit.

b) der Nachweis der regelmäßigen Befundung von Mammographieaufnahmen, im Mindestumfang von jeweils 2.000 Mammographien (Frauen) pro Kalenderjahr, beginnend mit dem ersten vollen Kalenderjahr nach Erstausstellung. Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von HV und BKNÄ im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz; maximal aber um sechs Monate. Wenn eine Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie mit einer Fallsammlungsprüfung wieder einsteigen.

Können die Mindestfrequenzen einmalig während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Währenddessen bleibt das Zertifikat aufrecht.

Der Nachweis der regelmäßigen Befundungszahlen nach Punkt 6.b. erfolgt im Wege der Datensammelstelle des Screeningprogramms.

7. Einstiegsregelung

Fachärztinnen / Fachärzte für Radiologie bzw. medizinische Radiologie-Diagnostik, die erstmalig um ein Zertifikat ansuchen, sowie Personen, die ein Zertifikat hatten, dessen Gültigkeit abgelaufen ist, können nach Absolvierung der theoretischen Inhalte und erfolgreicher Prüfung ein bis zum 1. April des drittnächsten Kalenderjahr befristetes Zertifikat erhalten, währenddessen sie die notwendige Befundung von 2000 Mammographien sukzessive binnen der ersten 24 Monate als Zweitbefunder eines erfahrenen Radiologen mit Mammographiezertifikat nachweisen müssen. Gewertet wird das erste volle Kalenderjahr. Sobald die Mindestfrequenz erreicht ist, kann ein endgültiges Zertifikat beantragt werden.

8. Zertifikatskommission

Der Bildungsausschuss der Österreichischen Ärztekammer nominiert eine Zertifikatskommission, der 3 Fachärzte für Radiologie angehören, die alle über das Zertifikat verfügen müssen. Der Kommission gehören weitere zwei Fachärzte für Radiologie an, von denen einer vom HV und einer von der Koordinierungsstelle aus dem Kreis der regionalverantwortlichen Radiologen nominiert werden. Der Bildungsausschuss bestimmt einen Vorsitzenden.

Der Kommission obliegt der Vollzug dieser Richtlinie, insbesondere

- die Anerkennung von Kursen gemäß Punkt 3.b. und 3.c.
- die Anerkennung von ausländischen Kursen, sowie die Anerkennung von Fortbildungsnachweisen gemäß Punkt 6.a.
- die fachliche Durchführung der Prüfung gemäß Punkt 3.d., im Besonderen die Auswahl der Fälle und die Festlegung der Bestehensgrenze/Kriterien bzw. Reprobationsmöglichkeiten und –fristen sowie des Ausmaßes allfälliger Nachschulungen und die Zulassung von Zentren für Hospitationen

Die Protokolle der Kommissionssitzungen sind auch dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger zur Kenntnis zu bringen.

9. Übergangsbestimmungen

Ärztinnen und Ärzte, die nachweisen können, dass sie vor Inkrafttreten dieser Richtlinie Kurse im Sinne dieser Verordnung absolviert haben, können über Antrag diese Kurse angerechnet werden.

10. Antrag auf das ÖÄK-Zertifikat

Die Administration des ÖÄK-Zertifikats Mammadiagnostik erfolgt durch die Österreichische Akademie der Ärzte.

Der Antrag auf Ausstellung des ÖÄK-Zertifikats Mammadiagnostik, sowie sonstige Anträge sind direkt oder im Wege der zuständigen Landesärztekammern an die Österreichische Akademie der Ärzte zu richten. Der Antrag auf Ausstellung des ÖÄK-Zertifikats erfolgt unter Beilage der Teilnahmebestätigungen des multidisziplinären Kurses und des Befunderkurses sowie der Bestätigung über die positive Absolvierung der Fallsammlungsprüfung und der Befundungszahlen gemäß Punkt 3.a.

Anlage 3

(entspricht Anlage 5 zur 2. ZV zum 2. ZP VU-GV)

Indikationen für die diagnostische Mammografie (für Frauen)

Folgende Übersicht enthält klinische Angaben samt Festlegung, wann eine Mammografie als diagnostische Mammografie abgerechnet werden kann.

Die Übersicht wurde zwischen Österreichischer Ärztekammer (unter Einbindung der Bundesfachgruppe Radiologie, Bundesfachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte) und Hauptverband einvernehmlich erstellt und wird bei Bedarf einver-nehmlich gewartet.

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
Asymptomatische Frauen			
Familiär erhöhte Disposition	✓		Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese siehe Anhang
Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ	✓		Hochrisikoscreening (Brust) siehe Anhang
Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie	✓		vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammografie mehr als ein Jahr zurückliegt. Eine laufende Hormontherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammografien dar.
Symptomatische Frauen			
Mastopathie		×	
Zyklusabhängige beidseitige Beschwerden		×	
Mastodynie bds.		×	
Z.n. Mamma-OP (gutartig)		×	ggf. 1malige Kontrolle innerhalb von zwei Jahren nach der OP
BIRADS III bei letzter diagnostischer Mammauntersuchung	✓		
Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)	✓		
Mastodynie einseitig	✓		
Histologisch definierte Risikoläsionen	✓		z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ
Sekretion aus Mamille	✓		Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; Bei

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
			vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss Hormonstörung (Prolaktin!)
Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)	✓		jährlich Mammografie und Ultraschall bds., MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht
Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess	✓		DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut	✓		z.B. Mamillenretraktion, Peau d'orange (Orangenhaut), Plateaubildung, etc. Bei Vd. auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie.
Sonstige medizinische Indikation, nämlich: <Angabe der konkreten Indikation>	✓		Mit Angabe der konkreten Indikation sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle.

Indikationen, bei denen in der Spalte "diagnostisch ja" ein "✓" vermerkt ist, werden dem Vertragspartner grundsätzlich von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Indikationen, bei denen in der Spalte „diagnostisch nein" ein „×" vermerkt ist, werden für sich alleine gesehen nicht von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Stand: 31.12.2017

ANHANG

1. Anspruch auf jährliche diagnostische Mammografie ab dem 40. Lebensjahr unter Berücksichtigung eines erhöhten Risikos aufgrund der Familienanamnese.

Familiär erhöhtes Risiko aufgrund der Familienanamnese	
Brustkrebs bei einem männlichen Verwandten unabhängig vom Verwandtschaftsgrad	
Brustkrebs oder Eierstockkrebs bei einer weiblichen Verwandten ersten Grades (z.B. Mutter, Schwester)	
Brustkrebs bei weiblichen Verwandten zweiten Grades (z.B. Großmutter, Tante) wenn:	1 Brustkrebsfall im Alter unter 35 Jahre ODER 2 Brustkrebsfälle, aber einer im Alter unter 50 Jahre ODER 3 Brustkrebsfälle jeglichen Alters ODER 1 Brustkrebsfall UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters
2 Eierstockkrebsfälle unabhängig vom Verwandtschaftsgrad	

Anmerkung 1: Krebsfälle sind immer in einer Linie (väterlicher oder mütterlicherseits) zu zählen
Anmerkung 2: bilateraler Brustkrebs zählt wie 2 Brustkrebsfälle; Tubenkarzinome oder primäre Peritonealkarzinome zählen wie Eierstockkrebs

Verwandtschaftsgrade: erster Grad: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn;
zweiter Grad: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Neffe;
dritter Grad: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousine, Cousin ersten Grades;

2. Information zur Abklärung eines eventuell bestehenden erhöhten Risikos

Die folgende Subgruppe sollte an einer spezialisierten Einrichtung zur Abklärung eines allenfalls bestehenden genetisch bedingten familiären Hochrisikos vorgestellt werden.

Subgruppe mit hohem Risiko (gemäß Singer et al.[1]) aufgrund der Familienanamnese
Brustkrebs bei einem männlichen Verwandten unabhängig vom Verwandtschaftsgrad
1 Brustkrebsfall im Alter unter 35 Jahre ODER in Kombination mit 1 Eierstockkrebsfall
2 Brustkrebsfälle, aber einer im Alter unter 50 Jahre
3 Brustkrebsfälle im Alter unter 60 Jahre
2 Eierstockkrebsfälle unabhängig vom Verwandtschaftsgrad

Falls ein genetisch bedingtes Hochrisiko nachgewiesen ist folgt das Screening einer besonderen Systematik - siehe nachfolgende Tabelle Hochrisikoscreening (Brust).

Anmerkung 1: Krebsfälle sind immer in einer Linie (väterlicher oder mütterlicherseits) zu zählen.
Anmerkung 2: Bilateraler Brustkrebs zählt wie 2 Brustkrebsfälle; Tubenkarzinome oder primäre Peritonealkarzinome zählen wie Eierstockkrebs.

3. Systematik des Mamma-Hochrisikoscreenings bei nachgewiesener, genetisch bedingter Belastung

Hochrisikoscreening (Brust)[1]	
Ärztliche Brustuntersuchung	1x jährlich ab dem 18. Lebensjahr
Brust-MRT[a)]	1x jährlich ab dem 25. Lebensjahr bzw. Beginn 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie
Mammografie[a)]	1x jährlich ab dem 35. Lebensjahr
Mammasonografie	Bei Bedarf
[a)] Mammografie und Brust-MRT simultan alle 12 Monate oder alternierend alle 6 Monate	

[1] *Singer CF, Tea MK, Pristauz G, Hubalek M, Rappaport C, Riedl C, Helbich T. Clinical Practice Guideline for the prevention and early detection of breast and ovarian cancer in women from HBOC (hereditary breast and ovarian cancer) families.* Wien Klin Wochenschr (2015) 127: 981.

designing e-health

ANLAGE 4

079 – Datenflussdokumentation
Kurative MAM

Version 1.00

Wien, im Februar 2013

1. Informationen zum Dokument

Sicherheitskennzeichnung		Vertraulich
Verfasser	Name	SVC
	Tel.:	
Prüfer	Name	
	Tel.:	<
	Datum	>
Freigegeben	Name	BURA; SVC
	Tel.:	
	Datum	15.02.2013
Status		In Arbeit
Ablage		Link:
File-Name/ Gespeichert am		

Änderungsberechtigte:

Georg Delueg	SVC	1020 Wien
Hans Peter Dormann	SVC	1020 Wien
Thomas Koch	SVC	1020 Wien
Daniel Schuchner	SVC	1020 Wien

Dokument wurde mit folgenden Tools erstellt:

MS-Word 2010
MS-Visio 2010

Aktualitätshinweis:

Nutzen Sie nur aktuelle, gültige Dokumente!
Bitte prüfen Sie vor Nutzung von Ausdrucken und elektronischen Kopien dieses Dokuments, ob eine aktualisierte Version im CM-System oder Filesystem verfügbar ist, und verwenden Sie diese.

Sprachliche Gleichbehandlung
Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Dokument-Historie

Version	Status	Datum	Verantwortlicher	Änderungsgrund
0.01	ok	19.06.2012	Hans Peter Dormann	Initiale Erstellung
0.10	ok	04.09.2012	Georg Delueg, T. Koch	Einarbeitung Abstimmung ÖÄK
0.11	Ok	14.09.2012	Hans Peter Dormann	Ergänzung Tabelle mammo2 für die optionale Zweitbefundung
0.12	OK	20.09.2012	T. Koch	Formulierung für evt. notwendige Leermeldung, Ergänzung der Arzt-SW spezifische Patienten-ID im Endbefund
0.90	Zur jurist. Begutachtung	20.09.2012	T. Koch	
0.91	Feedback ÄK eingearbeitet	03.12.2012	HP Dormann	
0.92	Aktualisierung Datentabellen	31.01.2013	Daniel Schuchner	
0.93	Aktualisierung Datentabellen	05.02.2013	HP Dormann	
1.00	Aktualisierung und Finalisierung Dokument	15.02.2012	Daniel Schuchner	Hebung auf 1.0

2. Einleitung

Die Beschreibung der Datenflüsse für kurative Mammografien bezieht sich auf die Beschreibung der Datenflüsse für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (=BKFP) (siehe [1]) und beschreibt nur Ergänzungen.

Teilweise werden die dort beschriebenen Datenflüsse für die Durchführung kurativer Mammografien nicht gebraucht:

- Im Bereich Einladungsmanagement ([1], Kap. 3) wird nur DF8 gebraucht, da keine Einladung (bzw. Token) für die kurative Mammographie (KU-MAM) notwendig ist, da kurative Mammographien über Zuweisungen verordnet werden. Es sollen aber die Untersuchungen im Rahmen der KU-MAM bei der Wiedereinladung im Rahmen des BKF-Programmes berücksichtigt werden. Dafür ist es notwendig dem Einladungsmanagement des BKFP einen Wiedereinladungstermin (auf Basis des Untersuchungstermins) zu übermitteln. Siehe dazu auch Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c) Endbefund.
- Im Bereich Befunddaten Erfassung und Übermittlung ([1], Kap. 4) ist eine Doppelbefundung (DF2) optional möglich.

Teilweise werden die dort beschriebenen Datenflüsse identisch verwendet bzw. mitgenutzt:

- Die Bereiche Programmevaluierung ([1], Kap. 5), Feedbackberichte ([1], Kap. 6), Technische Qualitätssicherung ([1], Kap. 7) und Zertifikatsregister([1], Kap. 8)

3. Befunddaten Erfassung und Übermittlung kurativ

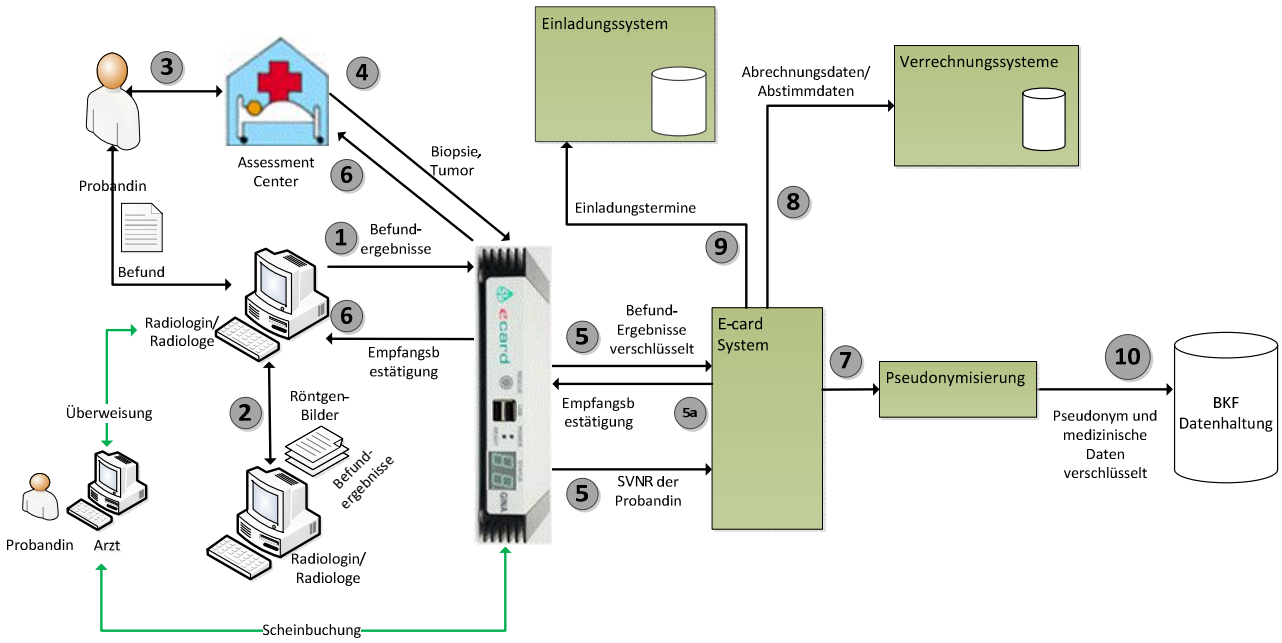

Abbildung 1 Datenfluss – Befunddaten Erfassung/Übermittlung kurativ

Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Datenflüsse mit den entsprechenden Daten auf der Ebene von Befundblättern näher spezifiziert. Wenn es für das Verständnis unbedingt erforderlich ist, wird auch bereits Verarbeitungslogik miterklärt.

Die Datenübermittlungsschritte und Sicherung der Daten am Übertragungsweg entsprechen denen in [1], Kap. 4 beschriebenen.

Die grundsätzliche Übermittlung, Verschlüsselung und Pseudonymisierung der Daten ist ident zum BKF-Programm. Siehe hierfür auch das Datenflussdokument zu BKF [1].

Die wesentlichen Unterschiede inhaltlich zum BKF-Programm sind, dass es nur optional eine Zweitbefundung gibt, die Patientin keine Einladung bzw. Token haben muss und in der Erstellung der Abrechnungsdaten. Somit ergeben sich einige Änderungen in den Datentabellen.

3.1 Datenfluss 1 und 5 (DF1, DF5): Befundergebnis und Aufbereitung für die Übermittlung

Der zentrale Geschäftsprozess für den Radiologen im abgebildeten System stellt neben der eigentlichen Leistungserbringung die Dokumentation und Weitergabe der Befundblätter dar. In der Beschreibung wird der Fokus nicht auf den Geschäftsprozess, sondern auf die zu dokumentierenden oder durch das System zu ermittelnden Befundblattdaten gelegt und diese den entsprechenden Blättern zugeordnet.

Falls die Notwendigkeit (z.B. aus datenschutzrechtlichen Gründen) besteht, werden die folgenden Datenblätter zukünftig auch als Leermeldung ausgeführt. Leermeldung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass alle aus datenschutzrechtlichen Gründen zu streichenden Daten nicht an die Datenhaltung weitergegeben werden. Zu diesem Zweck kann bei Bedarf auch ein entsprechendes Flag „patientenbezogene Daten dürfen nicht an die Datenhaltung weitergegeben werden“ eingeführt werden.

Folgende Datenblätter werden im Zuge der KU-MAM über das System dem Radiologen angeboten:

(Erst-)Befunder:

a. Befundblatt Mammographie ohne Ultraschall (mammo1)
b. Befundblatt Ultraschall (US)
c. Endbefund

Zweitbefunder (optional):

d. Zweitbefundblatt der Mammografie (mammo2) optional

Im DF1 (Übergabe der Daten vom Radiologen bzw. dem Radiologiesystem über das Arzt-LAN an die GINA) sind die Daten (mit Ausnahme der Arzt-SW spezifischen Patienten-ID) noch nicht verschlüsselt oder pseudonymisiert: Die Daten stehen nur dem Arzt lokal zur Verfügung bzw. sind lokal in der GINA und werden dort für die weitere Datenübertragung aufbereitet. In den DF5 (Übergabe der Daten von der lokal beim Arzt aufgestellten GINA zum e-card Server) werden die Daten von der GINA nur mehr wie in Spalte 5 der folgenden Tabelle gesichert übermittelt.

Voraussetzung:
Die Patientin ist dem e-card System bekannt. Eine Einladung bzw. ein Token für das BKF-Programm ist im kurativen Fall nicht notwendig. Für eine Verrechnung mit dem entsprechenden Träger ist jedoch eine Bindung an eine Konsultation Voraussetzung.
Für nichtversicherte Personen ist eine Übermittlung der Befundblätter möglich, wenn die Person dem e-card System bekannt ist. In diesem Fall wird das Befundblatt nicht an eine Konsultation gebunden.

Datenherkunft:

- M: diese Daten sind vom Radiologen bzw. vom Radiologiesystem zu übergeben.
- A: diese Daten werden vom e-card System selbst ermittelt.

Datentransformation:

- V (DH) … verschlüsselt für BKF Datenhaltung
- V (MED) … verschlüsselt für wissenschaftliche Evaluierungsstelle
- V (PST) … verschlüsselt für die Pseudonymisierungsstelle
- V (BPKS) … verschlüsselt für das bPK Anreicherungsservice
- X … keine Transformation

Tabelle 1: a) Befundblatt Mammographie Erstbefunder „mammo1“

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST) V (BPKS)	Zahl
vpnord	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	String (Zahl)
standort_id	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)	Zahl
arzt_id	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	maximal 10-stellig nummerisch plus Bindestrich
mammo1_zeitstempel	Zeitstempel der Befundung der Mammographie durch den Erstbefunder	M/A*	M	V (DH)	Befund1.zeit Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
mammo1_dichte	Parenchymdichte	M	M	V (DH)	Befund1.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4

mammo1_ergebnis	Ergebnis:Mammographiebefundung des Erstbefunders (MG-Score)	M	M	V (DH)	Befund1.mammo Werte: 0: MG0 1: MG1 2: MG2 3: MG3 4: MG4 5: MG5 6: MG6

Tabelle 2: b) Befundblatt Ultraschall "us" (nur Erstbefunder) (optional)

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST) V (BPKS)	Zahl
vpnord	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	String (Zahl)
standort_id	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)	Zahl
arzt_id	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	maximal 10-stellig nummerisch plus Bindestrich

us_grund	Grund für US	M	M	V (DH)	Werte: 1 dichte Brust bei nicht supektem Befund durch Erstbefunder (D3-4 bei MG1-2) 2 suspekter Befund durch Erstbefunder (MG4-6) (Dichte der Brust unerheblich) 3 Herdbefund durch Erstbefunder 4 sonstiges durch Erstbefunder 5 dichte Brust bei nicht suspektem Befund (D3-4 bei MG1-2) durch Zweitbefunder 6 suspekter Befund durch Zweitbefunder (MG4-6) (Dichte der Brust unerheblich) 7 Herdbefund durch Zweitbefunder 8 sonstiges durch Zweitbefunder
us_zeitstempel	Zeitstempel der Sonographieleistung	M/A*	M	V (DH)	zeit „us“ Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
us_ergebnis	Ergebnis: US (US-Score)	M	M	V (DH)	Us Werte: 0: US0 1: US1 2: US2 3: US3 4: US4 5: US5 6: US6

Tabelle 3: d) Befundblatt Mammografie Zweitbefunder „mammo2“ (optional)

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG

vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST) V (BPKS)	Zahl
id2_arzt	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	Rid maximal 10-stellig nummerisch plus Bindestrich
mammo2_zeitstempel	Zeitstempel der Befundung der Mammographie durch den Zweitbefunder	M/A*	M	V (DH)	Befund2.zeit Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
mammo2_dichte	Parenchymdichte 2.Befund	M	M	V (DH)	Befund2.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4
mammo2_ergebnis	Ergebnis der Mammografiebefundung des Zweitbefunders (MG-Score)	M	M	V (DH)	Befund2.mammo Werte: 0: MG0 1: MG1 2: MG2 3: MG3 4: MG4 5: MG5 6: MG6

Tabelle 4: c) Endbefund aus a und b) (optional) bzw. d) (optional) „radiologie“

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST) V (BPKS)	Zahl

leistungs_SVT	leistungszuständiger SVT aus der Konsultation, wenn die Dokumentation an eine Konsultation gebunden wird.	A	P	V (DH)	2 stelliger Codewert (alphanummerisch)
patienten_id	Verschlüsselte Patienten ID von der Arztsoftware des VP erzeugt.	A	P	V (MED)	64 stellig alphanumerisch
gebjahr	Geburtsjahr der Patientin: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden	A	P	V (DH)	Zahl: Jahr
bundesland	Wohnbundesland: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden	A	P	V (DH)	Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W
politischer_bezirk	Politischer Bezirk: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden	A	P	V (DH)	
vpnord	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	String (Zahl)
standort_id	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)	Zahl
ue_bundesland	Bundesland der Untersuchungseinheit	A	P	V (DH)	Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W
datum	Datum Beginn der Leistungserbringung KU-MAM. Entspricht dem Datum Konsultationsbuchung im e-card System (Scheinabgabe)	A/M	M	V (DH)	radiologie.datum
zeitstempel_übermittlung		A	A	V (DH)	Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
untersuchungsart	Kurativ oder Früherkennung	A	M	V (DH)	radiologie.Screening Werte: 0 Kurativ 1 Früherkennung
bildmedanat	Aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen wurden mammographische Zusatzaufnahmen durchgeführt	M	M	V (DH)	radiologie.bildMedAnat Werte: 1 ja 0 nein
inakzeptabel	Zumindest eine Aufnahme war radiologisch inakzeptabel	M	M	V (DH)	radiologie.inakzeptabel Werte: 1 ja 0 nein
wh_tech	Zumindest eine Aufnahme musste aus technischen	M	M	V (DH)	radiologie.whTech Werte:

	Gründen wiederholt werden				1 ja 0 nein
befund_zeitstempel	Zeitstempel des Erfassens der Endbefundung	M/A*	M	V (DH)	radiologie.zeit Werte: Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
befund_ergebnis	Endbefund Radiologie	M	M	V (DH)	radiologie.ergebnis Werte: 0:KUM0 1: KUM1 2: KUM2 3: KUM3 4: KUM4 5: KUM5 6: KUM6
befund_dichte	Parenchymdichte laut Endbefund	M	M	V (DH)	radiologie.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4
groesse_l	KUM 4-5: Links: Größe der Läsion in mm	M	M	V (DH)	radiologie.groesseL Zahl: mm [1…200]
groesse_r	KUM 4-5: Rechts: Größe der Läsion in mm	M	M	V (DH)	radiologie.groesseL Zahl: mm [1…200]
info_datum	Datum wann der Befund "versandbereit-abholbereit" ist	M	M	V (DH)	Datum
datum_recall	Datum der nächsten Einladung. Wird dem Einladungsmanagement übermittelt.	A	A	X, V (DH)	Datum
	Grund für die Wiedereinbestellung der Patientin	M	A	V (DH)	0 .. Keine Wiedereinbestellung 1 .. US veranlasst (durch Zweitbefunder) 2 .. Röntgen Zusatzaufnahmen 3 .. Technische Mängel 4 .. Sonstiges

Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c) Endbefund

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	X	Zahl
datum_recall	Datum der nächsten Einladung. Wird dem Einladungsmanagement übermittelt.	A	A	X, V (DH)	Datum

Es werden aus der Dokumentation der KU-MAM Wiedereinladungstermine an das Einladungssystem kommuniziert und diese für weitere Einladungen im Rahmen des BKF Programmes berücksichtigt.
Da sich das Einladungssystem und das e-card System innerhalb des gleichen geschützten Systems befinden, ist hier keine weitere Verschlüsselung der Daten notwendig.

3.2 Datenfluss 4 und 5 (DF4, DF5): Assessment

Nach einer KU-MAM kann es zu weiterführenden Untersuchungen im Rahmen eines Assessment kommen. Dies beinhaltet invasive und nicht-invasive Untersuchungen.
Ein Assessment kann in Folge zu einer weiteren Behandlung (z.B. Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie,…) in geeigneten Zentren führen. Pro Frau und kurativer Mammographie kann es mehrere Assessments geben (z.B. zuerst ein MRT, dann eine Biopsie).

3.3 Weitere Datenflüsse

Datenfluss 2 zwischen Erst- und Zweitbefunder ist optional, da bei der kurativen Mammografie die Doppelbefundung optional ist.

4. Literaturverweise

Verweisnummer	Bezeichnung
[1]	Anlage 7: Datenflussmodell des 2.Zusatzprotokolls zum VU-GV (Mammografie)