

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
DER SELBSTÄNDIGEN

SVS-Ärztegesamtvertrag

Stand 01.01.2022

Inhaltsübersicht

		Seite
Gesamtvertrag		-----
§ 1 Grundlagen	8	
§ 2 Geltungsbereich	8	
§ 3 Auswahl der Vertragsärzte	8	
§ 4 Einzelvertragsverhältnis	8	
§ 5 Abschluss des Einzelvertrages	9	
§ 6 Wechsel des Ordinationssitzes	9	
§ 7 Stellvertretung	9	
§ 8 Ärztliche Behandlung	9	
§ 9 Behandlungspflicht	10	
§ 10 Behandlung in der Ordination	12	
§ 11 Krankenbesuch	13	
§ 12 Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten	13	
§ 13 Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen	13	
§ 14 Anspruchsberechtigte anderer Landesstellen	13	
§ 15 Nachweis der Anspruchsberechtigung und Verwendung der e-card	14	
§ 16 Sonn- und Feiertagsdienst	15	
§ 17 Konsilium	15	
§ 18 Ablehnung der Behandlung	15	
§ 19 Operationen	15	
§ 20 Anstaltpflege und Beförderungskosten	15	
§ 21 Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen	16	
§ 22 Freiwillige Leistungen	16	
§ 23 Ärztliche Geburtshilfe	17	
§ 24 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und elektronische Meldung der Arbeitsunfähigkeit (e-AUM) durch den Vertragsarzt	17	
§ 25 Auskunftserteilung	17	
§ 26 Krankenaufzeichnungen	18	
§ 27 Administrative Mitarbeit	18	
§ 28 Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit	18	
§ 29 Rechnungslegung	19	
§ 30 Honorarüberweisungen, Honorarabzüge und Honorarzuschläge	19	
§ 31 Gegenseitige Unterstützungspflicht	20	
§ 32 Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem chef-(-vertrauens-) ärztlichen Dienst	20	
§ 33 Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss	20	
§ 34 Verfahren bei Streitigkeiten	21	
§ 35 Tod des Vertragsarztes	21	
§ 36 Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses	21	
§ 37 Ausschreibung von freien Facharztstellen in den Ambulatorium der SVA	21	
§ 38 Übernahme der bisherigen Vertragsärzte	21	
§ 39 Gültigkeitsdauer	21	
§ 40 Verlautbarung	21	
§ 41 Wirksamkeitsbeginn	22	

Vertragsmuster: Einzelvertrag (§§ 1-6)	23
Anhang	I-X
Stellenplan für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	
Honorarordnung	23
Abkürzungsschlüssel	23
Allgemeine Bestimmungen	24
A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	26
I. Grundleistungen	26
1. Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)	26
2. Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)	26
3. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)	26
4. Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)	26
5. Ordination (Facharzt)	26
6. Krankenbesuch (Facharzt)	27
7. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)	27
8. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)	27
9. Wegegebühren	27
9.1 Koodinierung	27
9.2 Heilmittelberatungsgespräch	28
II. Diagnose- und Therapiegespräche	28
1. TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache	28
2. PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch	29
III. Allgemeine Sonderleistungen	30
10. Blutabnahme	30
11. Injektionen	30
12. Infiltrationen	30
13. Infusionen	30
14. Implantationen	30
15. Impfung	30
16. Punktions (diagnostisch)	30
17. Punktions (therapeutisch)	31
18. Betäubung – Wiederbelebung	31
19. Endoskopien	31
20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	32
21. Sonstige ärztliche Verrichtungen	32

IV	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde und Optometrie	33
22.	Untersuchungen	33
23.	Fremdkörperentfernung	33
24.	Sonstige augenärztliche Verrichtungen	33
V.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	33
25.	Wundversorgung	33
26.	Kleine operative Eingriffe	33
27.	Verbände	34
28.	Gipsmodell für orthopädische Behelfe	34
29.	Knochenbrüche	34
VI.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	34
30.	Frauenheilkunde	34
31.	Geburtshilfe	35
VII.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	35
32.	Untersuchungen	35
33.	Therapeutische Verrichtungen	35
VIII.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin	36
34.	Untersuchungen und Behandlungen	36
VIIIa.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Lungenheilkunde	37
34.	Untersuchungen und Behandlungen	37
VIIIb.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendheilkunde	37
34.	Untersuchungen und Behandlungen	37
IX.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie	38
35.	Untersuchungen	38
36.	Therapeutische Verrichtungen	38
X.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie	39
37.	Untersuchungen	39
38.	Therapeutische Verrichtungen	39
Xa.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie	40
40.	Diagnostik	40
41.	Behandlung	40
42.	Vernetzungsleistung	40
Xb.	Sonderleistung aus dem Gebiet der Psychiatrie	41
	Besondere Bestimmungen	41
45	Untersuchungen	41

XI.	Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	43
	Besondere Bestimmungen	43
1.	Massage	43
2.	Gymnastik	43
3.	Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	43
4.	Inhalationen	43
5.	Buckybestrahlung	44
6.	Klimakammer	44
7.	Hydrotherapie und Packungen	44
XII.	Sonographie Untersuchungen	44
	Besondere Bestimmungen	44
	Ultraschalldiagnostik	44
	Small-parts-Diagnostik	45
	Doppler-Diagnostik	45
	Farbduplexdiagnostik	45
	Echokardiographie	46
XIII.	Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	46
	Besondere Bestimmungen	46
	Durchleuchtungen	46
	Aufnahmen	46
XIV	Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	47
	Besondere Bestimmungen	47
	Positionsnummern	47
B.	Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	48
	Besondere Bestimmungen	48
	Operationshonorar	48
1.	Operation	48
2.	Ärztliche Assistenz	49
3.	Narkose (außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie)	49
4.	Narkose durch den Facharzt	49
5.	Regiezuschlag	49
	Operationsgruppenschema für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	49
	Augenheilkunde	49
	Chirurgie, Unfall- und Neurochirurgie	50
	Haut- und Geschlechtskrankheiten	52

Fraueheilkunde und Geburtshilfe	52
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	53
Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie, Anaesthesiologie	54
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	55
Urologie	56
C. Physikalische Behandlung durch Fachärzte für Physikalische Medizin	56
Besondere Bestimmungen	56
Tagsatzpauschale	56
Teilmassage	57
Bewegungstherapie und medizinische Bewegungstherapie	57
Thermotherapie	57
Elektrotherapie	58
Ultraschalltherapie	58
Hydrophysikalische Therapie	58
Sonstige Therapie	58
D. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen	58
Besondere Bestimmungen	58
1. Hämatologische Untersuchungen	59
2. Blutgerinnung	60
3. Stoffwechseluntersuchungen	60
4. Enzyme	61
5. Harnuntersuchungen	61
6. Konkrementuntersuchungen	61
7. Stuhluntersuchungen	62
8. Sekretuntersuchungen	62
9. Punktatuntersuchungen	62
10. Blutgurppenserologie	62
11. Immunologisch-serologische Untersuchungen	63
12. Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen	64
13. Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka	66
14. Hormone	66
15. Funktionsproben	67
16. Histologie-Zytologie	67
18. Entnahme von Untersuchungsmaterial	67
51. Gynäkologische Zytologie	67
52. Exogenitale Zytologie	68
53. Mikrobiologie	68
54. Hystologie	70

E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie	71
Besondere Bestimmungen	71
Röntgendiagnostik	72
Organarif	72
Formatetarif	74
Unkosten	75
Röntgentherapie	75
9. Tarifgruppe I	76
10. Tarifgruppe II	76
11. Tarifgruppe III	77
12. Tarifgruppe IV	77
13. Tarifgruppe V	77
14. Tarifgruppe VI	78
15. Tarifgruppe VII	78
16. Tarifgruppe VIII	78
17. Tarifgruppe IX	78
18. Tarifgruppe X	78
Buckybestrahlung	78
Radiumtherapie	78
Anhang	79
1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass	79
2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen	80
3. Punktewerte	81
4. Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie	83

ÄRZTEGESAMTVERTRAG

abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (im Folgenden kurz SVS genannt) andererseits.

Grundlagen **§ 1**

- (1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß § 14 des Bundesgesetzes über die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen vom 22.12.2018 (Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz – SVSG), BGBI I 100/2018, iVm § 341 Abs. 1 ASVG sowie gemäß § 126 Abs. 4 Z 2 ÄrzteG 1998, BGBI I 169/1998 idgF, zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten der SVS (dies sind die nach dem BSVG und die nach dem GSVG Versicherten und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen - bei den, GSVG Versicherten und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen allerdings nur, sofern diese einen Anspruch auf Sachleistungsbehandlung haben) abgeschlossen.
- (2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits und die SVS andererseits.
- (3) Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

Geltungsbereich **§ 2**

Dieser Gesamtvertrag gilt in allen Bundesländern.

Auswahl der Vertragsärzte **§ 3**

- (1) Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Anspruchsberechtigten im Einvernehmen zwischen der Kammer und der SVS in einem Anhang zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt.
- (2) Bei der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Betriebsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder Vertragsgruppenpraxen freigestellt sein.
- (3) Ärzte, die in ein Vertragsverhältnis zur SVS treten wollen, haben dies bei der örtlich zuständigen Landesärztekammer zu beantragen. Bei der SVS einlangende Ansuchen werden umgehend an die örtlich zuständige Landesärztekammer weitergeleitet.
- (4) Die Vertragsparteien können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren.
- (5) Die örtlich zuständige Ärztekammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge mit ihrer Stellungnahme binnen drei Wochen an die SVS weiter und erstattet einen begründeten Besetzungsvorschlag. Ist die SVS mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat sie einen begründeten Gegenvorschlag binnen vier Wochen nach Einlangen des Vorschlages der örtlich zuständigen Ärztekammer zu erstatten. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS. Kommt innerhalb von zwei Wochen ein Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.
- (6) Angestellte Ärzte der SVS dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte der SVS sein.

Einzelvertragsverhältnis **§ 4**

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen der SVS und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet.
- (2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle auf Grund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.

- (3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.
- (4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird von der SVS der örtlich zuständigen Landesärztekammer übermittelt.
- (5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und den zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

Abschluss des Einzelvertrages

§ 5

- (1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und der SVS ist der in der Anlage beigefügte Muster-Einzelvertrag zugrunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages können mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Landesärztekammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der schriftlichen Form.
- (2) Die SVS hat dem Arzt den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.
- (3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem im Einzelvertrag vereinbarten Tag.
- (4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen zwischen SVS und örtlich zuständiger Landesärztekammer ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden.

Wechsel der Ordinationsstätte

§ 6

- (1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt der örtlich zuständigen Landesärztekammer und der SVS unter Bekanntgabe der neuen Adresse sowie des Wechselzeitpunktes schriftlich (per Post, Telefax oder e-mail) bekanntzugeben und bedarf der Zustimmung von örtlich zuständiger Landesärztekammer und SVS. Erfolgt binnen acht Wochen keine Zustimmung, dann kann der Vertragsarzt die paritätische Schiedskommission anrufen.
- (2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn die Zustimmung von örtlich zuständiger Landesärztekammer und SVS vorliegt oder die paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat.

Stellvertretung

§ 7

- (1) Die vertragsärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben. Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung nach Möglichkeit für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenen zugemutet werden kann.
- (2) Sofern die Vertretung länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der örtlich zuständigen Landesärztekammer und der SVS bekanntzugeben; dauert die Vertretung länger als 3 Monate, können die örtlich zuständige Landesärztekammer und die SVS im Einvernehmen gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben, wenn begründete Bedenken gegen den Vertreter bestehen. Wird ein Einspruch im Einvernehmen von örtlich zuständiger Landesärztekammer und SVS erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die örtlich zuständige Landesärztekammer und die SVS einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monates nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

Ärztliche Behandlung

§ 8

- (1) Die Behandlung nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages obliegt dem Vertragsarzt gegenüber den Anspruchsberechtigten nach BSVG und gegenüber jenen Anspruchsberechtigten

nach GSVG, die Anspruch auf Sachleistungen haben. Ein solcher Sachleistungsanspruch besteht für Anspruchsberechtigte, deren Einkommen unter der jeweiligen jährlichen Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung nach dem GSVG liegt bzw. für Anspruchsberechtigte, die von der im § 85a Abs. 2 GSVG vorgesehenen Option Gebrauch machen.

- (2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, ist dies auf Verlangen der SVS vom Arzt zu begründen.
- (3) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.
- (4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung der SVS nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden von der SVS nicht vergütet.
- (5) Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb eines Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel nur mit Zustimmung der SVS, welche den behandelnden Arzt vorher anhört, vornehmen.
- (6) Der Vertragsarzt wird ärztliche Leistungen im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung seiner eigenen Person, des Ehegatten, der Kinder, Enkel und Eltern, soweit diese mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, der SVS nicht verrechnen, er ist jedoch zur Verordnung von Arzneimitteln und Verbandsmaterial für Rechnung der SVS in diesen Fällen berechtigt.
- (7) Die vertragsärztliche Behandlung erfolgt entweder in der Ordination zu der der SVS bekanntgegebenen und veröffentlichten oder zu der zwischen dem Arzt und dem Patienten vereinbarten Sprechzeit oder durch Krankenbesuche beim erkrankten Anspruchsberechtigten.
- (8) An Sonn- und gesetzlich gebotenen Feiertagen sowie während der Nachtzeit dürfen Vertragsärzte auf Rechnung der SVS nur in dringenden Fällen beansprucht werden. Liegt Dringlichkeit nicht vor, ist dies vom Vertragsarzt gesondert zu vermerken.
- (9) Die Behandlung der Anspruchsberechtigten der SVS bei stationärem Aufenthalt in öffentlichen und privaten Krankenanstalten durch die dort beschäftigten Vertragsfachärzte ist keine Behandlung im Sinne des Vertrages.

Behandlungspflicht **§ 9**

- (1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Arzt für Allgemeinmedizin bzw. den Vertragsfacharzt aufsuchen. Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt für Allgemeinmedizin durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Arztes für Allgemeinmedizin in der Ordination nicht zugemutet werden kann.
- (2) Wien:
 - a) In Wien ist jeder Arzt für Allgemeinmedizin innerhalb eines vom Ordinationssitz aus zu denkenden Umkreises mit einem Halbmesser von 1,5 km zu Krankenbesuchen der Anspruchsberechtigten der SVS verpflichtet. Ferner ist der Arzt für Allgemeinmedizin zu Krankenbesuchen von Anspruchsberechtigten der SVS auch außerhalb dieses Umkreises verpflichtet, sofern der Ordinationssitz eines anderen Vertragsarztes für Allgemeinmedizin nicht nähergelegen ist. In diesem Fall hat der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bei Krankenbesuchen Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren dergestalt, dass innerhalb des Umkreises mit einem Halbmesser von 1,5 km Wegegebühren nicht in Rechnung gestellt werden können. Bei Überschreiten dieses Umkreises kann für die ersten 500 m außerhalb des Umkreises die Wegegebühr für 1 km, für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden.
 - b) Zur Ersten-Hilfe-Leistung bei drohender Lebensgefahr ist jeder Vertragsarzt verpflichtet, innerhalb eines Umkreises mit einem Halbmesser von 1,5 km vom Ordinationssitz und auch außerhalb dieses Umkreises wohnhafte Anspruchsberechtigte der SVS zum vertraglich festgesetzten Honorar einmalig zu behandeln.
 - c) Die Vertragsfachärzte sind zu Krankenbesuchen im Allgemeinen nicht verpflichtet. Hingegen hat der Vertragsfacharzt einer Berufung unter Bedachtnahme auf die Bestimmungen nach lit. a Folge zu leisten, wenn

ein in seiner Behandlung stehender Patient bettlägerig wird oder wenn die Berufung durch einen Vertragsarzt erfolgt.

- d) Der Vertragsarzt ist berechtigt, auch außerhalb eines Umkreises mit einem Halbmesser von 1,5 km vom Ordinationssitz wohnhafte Anspruchsberechtigte der SVS über deren ausdrückliches Verlangen vertragsmäßig zu behandeln. In diesen Fällen verrechnet der Vertragsarzt die Wegegebühren privat mit dem Anspruchsberechtigten.

(3) Übrige Bundesländer:

- a) In Orten unter 5.000 Einwohnern besteht für Ärzte für Allgemeinmedizin für Krankenbesuche eine Behandlungsverpflichtung nur für den nächsterreichbaren Vertragsarzt. Als nächsterreichbarer zur Behandlung verpflichteter Vertragsarzt ist im Allgemeinen der nächstordinierende anzusehen; in geschlossenen Orten gilt dies für alle Vertragsärzte. Ist der nächstordinierende Vertragsarzt an der Leistung der Vertragsarzthilfe durch Krankheit, Urlaub, Abwesenheit oder sonstige triftige Gründe verhindert, so geht die Verpflichtung zur Leistung der vertragsärztlichen Hilfe auf denjenigen Vertragsarzt über, der unter Berücksichtigung dieser Umstände für den Anspruchsberechtigten der sonst nächsterreichbare ist. Die Verhinderung des nächstordinierenden Arztes ist in diesem Fall vom behandelnden Arzt anzumerken.
- b) In Orten mit über 5.000 Einwohnern, die unter lit. c vermerkte Sonderregelung ausgenommen, ist jeder Arzt für Allgemeinmedizin innerhalb eines vom Ordinationssitz aus zu denkenden Umkreises mit einem Halbmesser von einem Kilometer zu Krankenbesuchen bei den Anspruchsberechtigten der SVS verpflichtet, die innerhalb dieses Umkreises wohnen. Für Anspruchsberechtigte außerhalb dieses Umkreises ist er zu Krankenbesuchen verpflichtet, sofern der Ordinationssitz eines anderen praktischen Vertragsarztes nicht näher ist, als die Entfernung vom Ordinationssitz des Vertragsarztes zum Kranken beträgt.
- c) In den nachstehend genannten Orten gilt für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin grundsätzlich die unter lit. b festgelegte Behandlungspflicht:

Burgenland:

Eisenstadt

Kärnten:

Klagenfurt, Spittal/Drau, St. Veit/Glan, Villach, Wolfsberg

Niederösterreich:

Amstetten, Baden bei Wien, Bad Vöslau, Berndorf, Brunn am Gebirge, Gloggnitz, Herzogenburg, Horn, Klosterneuburg, Korneuburg, Krems, Langenzersdorf, Maria Enzersdorf, Mödling, Neunkirchen, Perchtoldsdorf, Schwechat, Stockerau, St. Pölten, Ternitz, Waidhofen a. d. Ybbs, Wr. Neustadt, Ansfelden, Attnang-Puchheim, Bad Ischl, Braunau, Ebensee, Enns, Gmunden, Linz, Marchtrenk, Ried, Steyr, Traun, Vöcklabruck, Wels

Oberösterreich:

Hallein, Saalfelden, Salzburg

Salzburg:

Bruck/Mur, Eisenerz, Fohnsdorf, Graz, Judenburg, Kapfenberg, Knittelfeld, Köflach, Leoben, Mürzzuschlag, Voitsberg

Steiermark:

Hall in Tirol, Innsbruck, Kufstein, Lienz, Schwaz, Wörgl

Tirol:

Bludenz, Bregenz, Dornbirn, Feldkirch, Lustenau

In diesen Orten gilt für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bezüglich Entfernungszuschlag und Wegegebühr folgende Regelung:

- aa) Bei Krankenbesuchen innerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes wird für den Krankenbesuch ein Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet, doch darf der Vertragsarzt dem im einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebiet besuchten Anspruchsberechtigten, auch wenn er zur Behandlung nicht verpflichtet ist, keine Wegegebühren in Rechnung stellen.
- bb) Bei Krankenbesuchen außerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes hat der Vertragsarzt Anspruch auf jene Wegegebühren, die bei Inanspruchnahme des nächsterreichbaren, zur Behandlung verpflichteten Vertragsarztes für Allgemeinmedizin der SVS aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren verrechnet der Arzt mit dem Anspruchsberechtigten unmittelbar.
- d) In den Orten oder Städten, für die ein ärztlicher Sonntagsdienst eingeführt ist oder eingeführt wird, besteht für den diensthabenden Arzt im Sonntagsdienst uneingeschränkte Behandlungsverpflichtung. Die Verrechnung der Wegegebühren wird in der Honorarordnung geregelt.
- e) Die Behandlungspflicht für Vertragsfachärzte besteht in der Sprechstunde des Arztes.
- f) Zu Krankenbesuchen sind die Vertragsfachärzte im Allgemeinen nicht verpflichtet. Hingegen hat der Vertragsfacharzt einer solchen Berufung Folge zu leisten, wenn ein von ihm behandelter, im selben Ort

befindlicher Patient bettlägerig wird oder wenn die Berufung durch einen Vertragsarzt erfolgt. In den unter lit. c genannten Orten gilt für die Vertragsfachärzte bezüglich Entfernungszuschlag und Wegegebühr folgende Regelung:

- aa) Vertragsfachärzten, die zur Behandlung verpflichtet sind, werden Wegegebühren innerhalb eines Umkreises von 5 km, gerechnet vom Ordinationssitz aus, nach den Vorschriften des Punktes 4 b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung vergütet. Können Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 4 b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung nicht verrechnet werden, wird für jeden Krankenbesuch ein Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.
 - bb) Den zur Behandlung nicht verpflichteten, jedoch berechtigten Vertragsfachärzten wird für jeden Krankenbesuch, innerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes ein Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.
 - cc) Bei Krankenbesuchen im selben Orte, jedoch außerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes kann der zur Behandlung nicht verpflichtete, jedoch berechtigte Vertragsfacharzt außer dem Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht die Wegegebühren von der Grenze des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes an in Rechnung stellen, wobei ab der Grenze für die ersten 500 m die Wegegebühr für 1 km und für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden kann.
 - dd) Innerhalb des Ortes darf der Vertragsfacharzt dem Anspruchsberechtigten keine Wegegebühren in Rechnung stellen.
 - ee) Bei Krankenbesuchen außerhalb des Ortes können die Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 4b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung vom Vertragsfacharzt nur bei Berufung durch einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin oder durch einen Vertragsfacharzt eines anderen Fachgebietes verrechnet werden. In allen übrigen unter lit. c nicht angeführten Orten finden auf die Vertragsfachärzte die sonstigen Wegegebührenbestimmungen des § 9 des Gesamtvertrages Anwendung.
- g) Bei Berufung eines Facharztes durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt eines anderen Fachgebietes ist – ausgenommen die Sonderregelung gemäß § 9 Abs. 3 lit. f – in der Regel nur einer der nächstordinierenden Vertragsfachärzte auf Rechnung der SVS beizuziehen. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung der SVS. Wird auf Wunsch eines Anspruchsberechtigten ohne Genehmigung der SVS ein entfernter ordinierender Facharzt zugezogen oder durch den Anspruchsberechtigten direkt in Anspruch genommen, so verrechnet der Vertragsfacharzt die Mehrkosten an Wegegebühren unmittelbar mit dem Anspruchsberechtigten.
- h) In allen Fällen, in denen Vertragsärzte zur Behandlung von Anspruchsberechtigten der SVS nicht verpflichtet sind, sind sie zu deren vertragsgemäßer Behandlung nach den einschlägigen Bestimmungen der Honorarordnung berechtigt. Die SVS leistet jedoch bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Arztes nur jene Wegegebühren, die bei Inanspruchnahme des nächsterreichbaren, zur Behandlung verpflichteten Vertragsarztes für Allgemeinmedizin aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren, die durch die Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Vertragsarztes entstehen, verrechnet der Arzt unmittelbar mit dem Anspruchsberechtigten.
- (4) Die Behandlungsverpflichtung und die Honorierung der Wegegebühren der Gemeinde-, Distrikts-, Kreis- und Sprengelärzte werden länderweise zwischen der zuständigen Ärztekammer und der zuständigen SVS geregelt.
- (5) Die Behandlung der Anspruchsberechtigten der SVS in Ambulanzen von Krankenhäusern und von Privatkrankenanstalten ist keine Behandlung im Sinne des Vertrages, sofern nicht Ausnahmen hievon länderweise vereinbart werden.

Behandlung in der Ordination

§ 10

- (1) Die Ordinationszeit ist der SVS bekanntzugeben. Der Vertragsarzt hat seine Ordinationszeit nach Möglichkeit einzuhalten.
- (2) Nur in medizinisch dringenden Fällen (z.B. bei Erster-Hilfe-Leistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

- (3) Die Ordinationstätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.
- (4) Die Vertragspartner bekennen sich zu einer Qualitätsentwicklung, die die besonderen Lebensumstände bzw. Erkrankungen der Anspruchsberechtigten unter Einbeziehung der sozialen Rahmenbedingungen berücksichtigt.

Krankenbesuch

§ 11

- (1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche nach Möglichkeit bis 9 Uhr beim Arzt anzumelden.
- (2) Ein Nachtbesuch darf nur dann verrechnet werden, wenn die Berufung nicht früher als eine Stunde vor Beginn der vertraglich vereinbarten Nachtbesuchszeit erfolgt ist.
- (3) Wird der Arzt zu einem Erkrankten gerufen, dessen Behandlung eben so gut in der Sprechstunde hätte erfolgen können, so ist dies bei der Verrechnung des Krankenbesuches besonders zu vermerken.
- (4) Trostbesuche dürfen auf Rechnung der SVS nicht gemacht werden.

Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten

§ 12

- (1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien oder zwischen SVS und örtlich zuständiger Landesärztekammer vereinbart.
- (2) Der Vertragsfacharzt kann Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin überweisen. Diesem/dieser ist hiebei der Befund, die Diagnose und der Behandlungsvorschlag (einschließlich Medikation) mitzuteilen.
- (3) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die ihm zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt/die zuweisende Gruppenpraxis unter Bekanntgabe der erhobenen Befunde, der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages (einschließlich Medikation) zurück zu überweisen

Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

§ 13

- (1) Sind ärztliche Leistungen von einer Genehmigung der SVS abhängig, so hat der Vertragsarzt vor deren Durchführung dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage bei der SVS auszuhändigen. Die genehmigungspflichtigen Leistungen sind im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in der Honorarordnung festzulegen.
- (2) Die SVS darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in Eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

Anspruchsberechtigte anderer Landesstellen

§ 14

Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten anderer (nicht zuständiger) Landesstellen der SVS, die außerhalb ihres Wohn- oder Betriebsortes erkranken, gelten die gleichen Bestimmungen wie für die Behandlung von ortsansässigen Anspruchsberechtigten.

**Nachweis der Anspruchsberechtigung und
Verwendung der e-card**
§ 15

- (1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die e-card – sofern sie vom Patienten (Sach- und Geldleistungsberechtigte) vorgelegt wird – zu verwenden (Einlesen der e-card). Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme des Arztes einzulesen. Ausgenommen davon sind Konsultationen außerhalb der Ordinationsräume (insbes. Hausbesuche und Heimvisiten und bei Visiten im Rahmen von Bereitschaftsdiensten), bei denen lediglich eine einmalige Nacherfassung (Abs. 13) pro Abrechnungszeitraum erforderlich ist. Hinsichtlich der Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen bleiben – sofern in der Folge nicht anderes geregelt wird – die bisherigen Regelungen unberührt.
- (2) Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der Sozialversicherungsnummer wird im e-card-System gespeichert. Die Übertragung erfolgt mit dem Tagesdatum (keine Uhrzeit). Eine Verrechnung der anlässlich des Arztkontaktes erbrachten Leistungen ist nur möglich, wenn die e-card anlässlich des Arztkontaktes eingelesen wurde bzw. die Sozialversicherungsnummer eingegeben wurde und die online-Anspruchsprüfung einen aufrechten Anspruch gegenüber der SVS ergab. Bei einem medizinischen Notfall, bei dem der Patient weder die e-card mithat, noch seine Sozialversicherungsnummer kennt, kann dieser Vorgang im selben Abrechnungszeitraum bzw. innerhalb der im Abs. 12 genannten Nachfrist nachgeholt werden.
- (3) Die e-card ist eine Keycard (Schlüssel- und Signaturkarte), welche in Echtzeit auf Validität geprüft wird; dabei erfolgt auch in Echtzeit eine Anspruchsprüfung. Nachträgliche Prüfungen kommen daher nur auf Grund einer Störung und bei Hausbesuchen sowie bei dem in Abs. 2 letzter Satz beschriebenen medizinischen Notfall in Frage. Konsultationen, die während einer Störung des e-card-Systems erfasst werden (Einlesen der e-card oder Nacherfassung), können ohne Rücksicht auf das Resultat der Anspruchsprüfung abgerechnet werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Liegt die Störung allerdings im Bereich des Arztes verliert er diese Abrechnungsgarantie.
- (4) Der Vertragsarzt kann – allerdings ohne Abrechnungsgarantie – bei außerordentlichen, nachvollziehbaren persönlichen Umständen in Einzelfällen die außerhalb der Störung offline gelesenen Daten bis zum drittfolgenden Ordinationstag übermitteln.
- (5) Um die Nachvollziehbarkeit der übertragenen Daten (z.B. bei etwaigen Störungen) sicherzustellen, steht dem Arzt das Recht auf Übermittlung der Logfiles der übertragenen Daten eines Abrechnungszeitraumes bis zu sechs Monate nach Ende desselben zu (Anforderung von Konsultationsdaten). Im Falle von Honorarstreitigkeiten verlängert sich die Frist bis zur rechtskräftigen Entscheidung. Vom Honorarstreit ist der e-card-Server-Betreiber von der SVS in Kenntnis zu setzen.
- (6) Jeder Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, dem Vertragsarzt vor Behandlungsbeginn seine Anspruchsberechtigung durch Vorlage der e-card nachzuweisen.
- (7) Der Vertragsarzt soll im Zweifelsfall die Identität des Patienten auf geeignete Art und Weise (z.B. Reisepass, amtlicher Lichtbildausweis etc.) prüfen.
- (8) Erscheint der Patient ohne e-card in der Arztpraxis oder ist diese defekt, kann der Vertragsarzt im Ausnahmefall die Anspruchsberechtigung online durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer sowie – falls bekannt – des zuständigen Sozialversicherungsträgers prüfen, wobei der Patient auf einem vom Vertragsarzt unter Verwendung der Sozialversicherungsnummer erzeugten Beleg durch Unterschrift den Arztkontakt sowie den Anspruch zu bestätigen hat. Die Belege sind vom Vertragsarzt bis zum Ende der Einspruchsfrist aufzubewahren und der SVS auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Diese Vorgangsweise ist als Ausnahme zu betrachten und soll daher auch minimiert werden.
- (9) Eine Verrechenbarkeit ist jedenfalls nur dann gegeben, wenn eine Online- Anspruchsprüfung den Anspruch bestätigt hat, andernfalls gilt der Patient als Privatpatient.
- (10) Die Vertragsparteien werden darauf hinwirken, dass der Einsatz der e-card möglichst regelmäßig erfolgt.
- (11) Die Bestimmungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte vom 16.12.2004 idGf, abgeschlossen zwischen Hauptverband und Bundeskuratorie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer, bleiben unberührt.
- (12) Das Nachbringen der e-card als Anspruchsnachweis für den jeweiligen Abrechnungszeitraum ist innerhalb von 14 Tagen nach dem Ende des Abrechnungszeitraumes, in der die Erstkonsultation erfolgte, möglich.

- (13) Das Nacherfassen von Konsultationen ist in den folgenden Fällen zulässig:
- Störung des e-card Systems
 - Konsultationen außerhalb der Ordinationszeiten
 - Konsultationen außerhalb der Ordinationsräume (insbesondere Hausbesuch, Heimvisite, Bereitschaftsdienst)
 - Konsultationen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen ohne e-card-Ausstattung
- (14) Änderungen (Nacherfassungen, Stornierungen etc.), die bis zum 3. Tag nach dem Ende des Abrechnungszeitraumes durchgeführt werden, können in der aktuellen Abrechnung berücksichtigt werden.
- (15) Änderungen nach Abs. 14, die zwischen dem 4. Tag und dem 14. Tag nach dem Ende des Abrechnungszeitraumes durchgeführt werden, sind in der nächsten Abrechnung als nachgereichte Leistungen anzu führen.

Sonn- und Feiertagsdienst **§ 16**

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem von der örtlich zuständigen Ärztekammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist die SVS von der Diensteinteilung zu verständigen.
- (2) Regelungen über einen Wochentags-Nachbereitschaftsdienst können zwischen örtlich zuständiger Ärztekammer und SVS vereinbart werden.
- (3) Der 24. und 31. Dezember sind dem Sonn- und Feiertagsdienst gleichgestellt.

Konsilium **§ 17**

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann der Vertragsarzt in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem Konsilium berufen; sonst ist in der Regel der nächsterreichbare Vertragsarzt zu berufen.

Ablehnung der Behandlung **§ 18**

Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen der SVS dieser den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

Operationen **§ 19**

- (1) Operationen und Behandlungen aller Art, die nicht zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen, beispielsweise kosmetische Operationen, werden von der SVS nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVS vorliegt.
- (2) Dasselbe gilt für Operationen zum Zwecke der Sterilisierung.
- (3) Bei Einleitung und Durchführung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft ist unbeschadet der Bedachtnahme auf die geltenden gesetzlichen Bestimmungen die vorherige Kostenübernahmeverpflichtung der SVS erforderlich.

Anstaltpflege und Beförderungskosten **§ 20**

- (1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltpflege erfordert, veranlasst der Vertragsarzt die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Vertragskrankenanstalt (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt oder im Vertrag mit der SVS stehende private Krankenanstalt). Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme der Anspruchsberechtigten auch in eine anderweitige geeignete nächstgelegene Krankenanstalt veranlassen. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand für den Vertragsarzt und die SVS eintritt. (Die SVS übernimmt nur die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.)
- (2) Ist die Anstaltpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt, so ist sie (zumindest auf Kosten der SVS) nicht zu veranlassen.

(3) Ist es dem Anspruchsberechtigten aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes (auch mit einer Begleitperson) nicht möglich, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen, trägt die SVS die Transportkosten des kostengünstigsten geeigneten Transportmittels für Beförderungen im Inland zur Anstaltpflege in die nächst gelegene geeignete Krankenanstalt oder zur ambulanten Behandlung (Spitalsambulanz, selbstständiges Ambulatorium, Vertragsarzt, gleichgestellter Leistungserbringer wie Physiotherapeut, etc.) oder zur körperegerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln beim nächst gelegenen geeigneten Vertragspartner der SVS (sowie zurück in die Wohnung des Anspruchsberechtigten). Der Vertragsarzt bescheinigt zu diesem Zweck den Grund (Beschreibung des Zustandes und Bezeichnung der Behandlungseinrichtung) und die Art (sitzend ohne/liegend mit Transportbegleitung durch Sanitäter/privates Kfz) der Transportbedürftigkeit. Falls der Anspruchsberechtigte die Beförderung in eine weiter entfernte (als die nächstgelegene) Einrichtung wünscht, obwohl eine ärzliche Begründung hiefür nicht gegeben ist, so ist dies vom Arzt auf dem Transportschein zu vermerken

Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen **§ 21**

- (1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe den Anspruchsberechtigten auf Kosten der SVS nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.
- (2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der SVS die in der jeweiligen Fassung aufgestellten Richtlinien des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten. Bei medizinischer Vertretbarkeit (diese ist zB bei nachgewiesener Allergie gegen einen Inhaltsstoff nicht gegeben) und unter Berücksichtigung einer gesicherten Compliance soll der Vertragsarzt, unter mehreren therapeutisch gleich geeigneten Arzneispezialitäten die kostengünstigste Arzneispezialität (wirkstoffgleiche, wirkstoffähnliche sowie Biosimilar) verordnen; dies vor allem bei Neueinstellungen. Nicht davon betroffen sind die Verordnungen von Heilmitteln im Vertretungsfall. Ob im konkreten Behandlungsfall eine wirkstoffähnliche Arzneispezialität (ATC-Code level 4) oder ein Biosimilar therapeutisch geeignet ist, entscheidet der Vertragsarzt anlässlich der Verordnung.
- (3) Zur Verordnung von Heilmitteln auf Rechnung der SVS sind die von ihr zur Verfügung gestellten Vordrucke zu verwenden. Diese Vordrucke sind nach Tunlichkeit mit dem deutlichen Stempelaufdruck und Unterschrift, sonst jedenfalls aber mit der leserlichen Unterschrift des behandelnden Arztes zu versehen. Werden die Formulare maschinell bedruckt, kann der Stempel des Vertragsarztes durch maschinelles Andrucken der Stempeldaten ersetzt werden.
- (4) Für Anspruchsberechtigte, die sich in Anstaltpflege befinden, dürfen während der Dauer des Aufenthaltes Heilmittel für Rechnung der SVS nicht verschrieben werden.
- (5) Pro-ordinatione-Verschreibungen sind an die vorherige Bewilligung der SVS gebunden. Verschreibungen pro ordinatione sind rezeptgebührenfrei.
- (6) Die für den Bezug von bewilligungspflichtigen Heilmitteln (Erstattungskodex) notwendige chefärztliche Genehmigung wird vom Vertragsarzt eingeholt. Für den Bezug von Heilbehelfen (ausgenommen kleine Orthopädie, Gummistrümpfe, orthopädische Schuhe sowie Sehbehelfe) ist der Anspruchsberechtigte mit der Verordnung des Arztes an die Landesstelle zu verweisen.
- (7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 6 zu einer Mehrbelastung der SVS führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 33 Anwendung.

Freiwillige Leistungen **§ 22**

- (1) Freiwillige Leistungen der SVS (Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte u. dgl.) sind an deren vorherige Zustimmung gebunden. Der Vertragsarzt hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihm hiefür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt.
- (2) Beabsichtigt die SVS freiwillige Leistungen zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat die SVS vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

Ärztliche Geburtshilfe

§ 23

- (1) Ärztliche Geburtshilfe ist der SVS nur dann zu verrechnen, wenn die Zuziehung des Arztes durch einen pathologischen Geburtsverlauf geboten ist.
- (2) Wird die Leitung einer normalen Entbindung von einem Vertragsarzt übernommen, so kann das Honorar für den Besuch, die Untersuchung und allfällige Wegegebühren mit der SVS verrechnet werden. Die Leitung der normalen Entbindung ist zwischen Anspruchsberechtigtem und Vertragsarzt privat zu verrechnen.

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und elektronische Meldung der Arbeitsunfähigkeit(e-AUM) für GSVG Anspruchsberechtigte durch den Vertragsarzt

§ 24

- (1) Erkrankte Versicherte, für die bei der SVS eine Zusatzversicherung auf Krankengeld bzw. bei denen ein Anspruch auf Unterstützungsleistung besteht und die arbeitsunfähig sind oder es im Laufe einer Behandlung werden, sind in den Krankenstand zu nehmen. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsfähigkeit ist grundsätzlich Verpflichtung des Vertragsarztes, dessen unbeschadet bleibt dem Chef-(Vertrauens)arzt der SVS das Recht der Abschreibung vom Krankenstand unbenommen.
- (2) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, an welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Mit diesem Tag hat der Vertragsarzt dem Versicherten eine (Arbeitsunfähigkeitsmeldung) auszufüllen. Die Arbeitsunfähigkeitsmeldung ist mit Hilfe der dafür über das e-card-System zur Verfügung stehenden elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung (eAUM) zu erstatten. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist jene Diagnose hervorzuheben, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Arbeitsunfähigkeiten, die auf Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) oder auf eine Beteiligung an einem Raufhandel zurückzuführen sind oder unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Suchtgiftmisbrauch sind, sind auf der Arbeitsunfähigkeitsmeldung anzugeben. Gleiches gilt, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (zB Verkehrsunfall) besteht.
- (3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Der Vertragsarzt hat bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung alle notwendigen Angaben im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten zu machen und wo dies möglich ist, ist das Ende oder das voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.
- (4) Den arbeitsunfähigen im Krankenstand befindlichen Versicherten kann, soweit das nach der Art der Erkrankung zulässig ist, Ausgang bewilligt werden. Dieser soll so festgesetzt werden, dass die Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit durch die SVS nicht behindert wird. Falls aus medizinischen Gründen eine Verlängerung der Ausgehzeit über 5 Stunden hinaus notwendig erscheint, bedarf diese der Genehmigung des Chef-(Vertrauens)arztes.
- (5) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich dem Vertragsarzt fallweise vorzustellen, damit dieser den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann.
- (6) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Heilstätte oder nach einem Kuraufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

Auskunftserteilung

§ 25

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen, bevollmächtigten Ärzten der SVS verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nicht medizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung des Erkrankten handelt, sind diese Auskünfte auch den gehörig ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten der SVS zu geben. Zur Auskunftserteilung ist der Vertragsarzt jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der SVS notwendig ist.
- (2) Die SVS hat für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte sowie aller sich aus dem Ge-

samt- und Einzelvertrag ergebenden Angelegenheiten, sofern deren Veröffentlichung nicht grundsätzlich vorgesehen ist, gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

- (3) Wegen der Erteilung von Auskünften, die die Krankenversicherung und deren Leistungen, nicht aber medizinische Angelegenheiten betreffen, sind die Anspruchsberechtigten an die SVS zu weisen.

Krankenaufzeichnungen **§ 26**

Der Vertragsarzt führt für die in seiner Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen gemäß § 51 Ärztegesetz.

Administrative Mitarbeit **§ 27**

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.
- (2) Die Muster der für die vertragsärztliche Tätigkeit, einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der Kammer und der SVS vereinbart.
- (3) Die SVS hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der Vertragsärzte auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden dem Vertragsarzt von der SVS kostenlos zur Verfügung gestellt, es sei denn, zwischen örtlich zuständiger Landesärztekammer und SVS wird eine abweichende Regelung (z.B. Druck auf weißes Papier) vereinbart.
- (4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit seiner Unterschrift und seiner Stempelgolie zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hiefür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung der Anspruchsberechtigten können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.
- (5) Arbeitsunfälle bzw. festgestellte Berufskrankheiten und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das gleiche gilt für die Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauchs von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z.B. Verkehrsunfall) besteht.

Honorierung der Vertragsärztlichen Tätigkeit **§ 28**

- (1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen wird in der Honorarordnung geregelt, die einen Bestandteil des Gesamtvertrages bildet.
- (2) Die Honorarordnung hat insbesondere zu enthalten:
- die Grundsätze, nach denen die einzelnen ärztlichen Leistungen zu verrechnen und zu honorieren sind (Allgemeine Bestimmungen);
 - die Aufzählung der vertraglichen Leistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Fachärzte auf Rechnung der SVS;
 - die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten oder in Eurobeträgen; diese können für einen Übergangszeitraum unterschiedlich sein, je nachdem ob es sich um Leistungen handelt, die für einen BSVG- oder GSVG-Anspruchsberechtigten erbracht werden.
- (3) Der Geldwert des einzelnen Punktes wird in einem Anhang zur Honorarordnung von den Vertragsparteien vereinbart. Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Abänderung der Tarife verlangen.

Rechnungslegung **§ 29**

- (1) Die Abrechnung der Honorare erfolgt monatlich auf elektronischem Weg. Jeder Vertragsarzt hat die im Laufe des jeweiligen Abrechnungszeitraumes durchgeführten Behandlungen mit Ende des Abrechnungszeitraumes abzuschließen und in Anwendung der zwischen Kammer und SVS abgeschlossenen Gesamtvertraglichen Vereinbarung über die EDV-Rechnungslegung vom 10.4.2002 idgF mit der SVS abzurechnen. Wird die Behandlung durch mehrere Abrechnungszeiträume fortgesetzt, so sind die erbrachten Leistungen für jeden Abrechnungszeitraum gesondert abzurechnen. Leistungen, die über das im § 8 Abs. 2 erwähnte Ausmaß hinausgehen, sind im Interesse des Arztes kurz zu begründen. Alle Zuweisungsbelege und Bewilligungsscheine der SVS sind im Rahmen der Abrechnung der SVS zu übermitteln. Die in allen in Betracht kommenden Teilen ordnungsgemäß erstellte Monatsabrechnung ist bis spätestens 10. des dem Abrechnungsmonat folgenden Monats der SVS zu übermitteln. Für nicht oder nicht genügend freigemachte Sendungen wird der entsprechende Nachportobetrag von der nächstfälligen Rechnung in Abzug gebracht. Zwischen der SVS und der örtlich zuständigen Landesärztekammer bzw. dem einzelnen Vertragsarzt kann eine davon abweichende Einsendung der Abrechnungen vereinbart werden.
- (2) Abrechnungen, die den Bestimmungen des Abs. 1 nicht entsprechen, werden von der SVS erst nach Erledigung aller ordnungsgemäß eingelangten Abrechnungen bearbeitet. Bei Rechnungen, die ohne sachliche Begründung später als zwei Monate nach Ablauf des abgerechneten Behandlungszeitraumes eingereicht werden, erfolgt ein 5%iger Abzug. Ist seit dem abgerechneten Behandlungszeitraum mehr als ein Jahr verstrichen und liegt eine sachliche Begründung hiefür nicht vor, wird außer dem 5%igen Abzug der auf die vertraglichen Leistungen allenfalls entfallende vom Anspruchsberechtigten zu entrichtende Kostenanteil von der Rechnung ohne Anspruch auf Ersatz in Abzug gebracht. Rechnungen über mehr als drei Jahre zurückliegende Abrechnungszeiträume werden nicht honoriert. Assistenz und Narkosen werden ausschließlich durch den Operateur verrechnet; das Honorar wird den assistierenden Ärzten unmittelbar von der SVS angewiesen.

Die Verjährungsfrist von drei Jahren bleibt mit beiderseitigem Einvernehmen bestehen.

- (3) Ergeben sich aus der Überprüfung der Abrechnung Differenzen zwischen dem Vertragsarzt und der SVS, so sind diese nach den Bestimmungen des § 33 zu regeln. Die Einbehaltung von Teilen der Bruttoliquidierungssumme ist nur auf Grund eines abgeschlossenen Verfahrens der paritätischen Schiedskommission (Schlichtungsausschuss) zulässig.
- (4) Im Falle einer Stellvertretung des Vertragsarztes (§ 7) verrechnet die SVS nur mit dem vertretenen Vertragsarzt.
- (5) Die Abrechnung hat getrennt nach BSVG- und GSVG-Anspruchsberechtigten zu erfolgen. Gleiches gilt für die Übermittlung der Zuweisungen zu Labor und Röntgen.

Honorarüberweisungen, Honorarabzüge und Honorarzuschläge **§ 30**

- (1) Gemäß § 29 dieses Vertrages form- und zeitgerecht eingereichte Monatsabrechnungen sind bis 15. des der Einreichung folgenden Monates an die Vertragsärzte zur Auszahlung zu bringen. Die Honorierung erfolgt getrennt nach abgerechneten Leistungen für BSVG- bzw. GSVG-Anspruchsberechtigte. Die Überweisung des entfallenden Betrages ist zeitgerecht erfolgt, sobald der Auftrag auf Überweisung von der SVS innerhalb der obenannten Frist ergangen ist.

In jenen Fällen, in denen durch die SVS eine Überprüfung der vorliegenden Arztrechnung durch den Schlichtungsausschuss beantragt wird, wird der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung angewiesen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (paritätische Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, wird bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht.

- (2) Die SVS wird monatlich von den an die Vertragsärzte zur Liquidierung gelangenden Bruttohonoraren unter dem Titel „Beiträge und sonstige Gemeinschaftsleistungen“ jene Beträge in Abzug bringen, die ihr jeweils von der zuständigen Ärztekammer im Vorhinein schriftlich bekanntgegeben werden, und diese Beträge längstens vier Wochen später der Ärztekammer laufend überweisen. Der Vertragsarzt anerkennt durch die Unterzeichnung des Einzelvertrages diese Vereinbarung.

Gegenseitige Unterstützungspflicht **§ 31**

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.
- (2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei der Erfüllung der dem Landesärzteausschuss, der paritätischen Schiedskommission und der Landesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtung zu unterstützen.
- (3) Die SVS wird der örtlich zuständigen Landesärztekammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.
- (4) Die SVS wird den Vertragsarzt in Ausübung seiner vertraglichen ärztlichen Wirksamkeit nach jeder Richtung hin fördern und ihn in seiner Tätigkeit unterstützen und vor ungerechtfertigten Angriffen schützen.
- (5) Die SVS hat alles zu unterlassen, was geeignet wäre, Stellung und Ansehen des Vertragsarztes in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabzusetzen. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was die SVS und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

Zusammenarbeit der Vertrauensärzte mit dem chef-(vertrauens-)ärztlichen Dienst **§ 32**

- (1) Die SVS wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber dem Vertragsarzt durch den Chef-(Vertrauens-)arzt vertreten. Der Chef-(Vertrauens-)arzt und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.
- (2) Die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Chef-(Vertrauens-)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss **§ 33**

- (1) Streitigkeiten zwischen Vertragsarzt und der SVS sollen vorerst einvernehmlich in kollegialer Aussprache mit dem Chef-(Vertrauens-)arzt beigelegt werden. Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.
- (2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der örtlich zuständigen Landesärztekammer und der SVS. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.
- (3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Auf die beanstandeten Einzelfälle ist in der Begründung hinzuweisen. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 der SVS zu leisten hat.
- (4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie der SVS mittels eingeschriebenen Briefes bekanntzugeben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.
- (5) Der Vertragsarzt und die SVS können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.
- (6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen 6 Monaten geltend gemacht werden. Die 6-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für die SVS mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung der SVS nur innerhalb von 9 Monaten nach Einlangen der Vorschreibung bei der SVS zulässig.

Verfahren bei Streitigkeiten

§ 34

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem aufgrund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen – unbeschadet der Bestimmungen des § 33 – dem in den §§ 344-348 ASVG im Zusammenhang mit § 14 SVSG geregelten Verfahren.

Tod des Vertragsarztes

§ 35

- (1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die im Zeitpunkt des Todes des Vertragsarztes diesem gebührenden offenen Honoraransprüche gegen die SVS stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.
- (2) Der von der Witwe (Witwer, Kinder, Eltern oder andere) eines Vertragsarztes oder subsidiär vom gerichtlich bestellten Nachlassverwalter eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit der SVS und der örtlich zuständigen Landesärztekammer mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossenen Einzelvertrages berechtigt.

Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses

§ 36

Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und der SVS kann – ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses und den Verzicht gemäß § 7 Abs. 2 – nur auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs.2-4 ASVG im Zusammenhang mit § 14 SVSG aufgelöst werden.

Ausschreibung von freien Facharztstellen in den Ambulatorien der SVS

§ 37

Die SVS wird freie Facharztstellen in einem von ihr geführten Ambulatorium in den Mitteilungen der zuständigen Ärztekammer ausschreiben.

Übernahme der bisherigen Vertragsärzte

§ 38

- (1) Die am 31.12. 2019 bestehenden Einzelverträge zwischen den Vertragsärzten und der SVA gelten ab 1. Jänner 2020 als Einzelverträge mit der SVS weiter. Somit sind Leistungen gemäß dieses Gesamtvertrages sowohl für BSVG- als auch für GSVG-Anspruchsberechtigte zu erbringen
- (2) Vertragsärzte, die bis 31.12.2019 nur in einem Vertragsverhältnis zur SVB gestanden sind (§-2 Kasse), erhalten ab 1.1.2020 einen Einzelvertrag, welcher auch die Leistungen für GSVG-Anspruchsberechtigte umfasst.

Gültigkeitsdauer

§ 39

- (1) Dieser Gesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
- (2) Dieser Gesamtvertrag kann von den Vertragsparteien zu Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung der dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.
- (3) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

Verlautbarung

§ 40

Dieser Gesamtvertrag und seine Änderungen sind von der SVS und von der Kammer auf deren jeweiliger Homepage zu verlautbaren.

**Wirksamkeitsbeginn
§ 41**

Dieser Gesamtvertrag tritt mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

Wien, am

Österreichische Ärztekammer
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte

Obmann:

Präsident:

Wien, am

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Vertragsmuster gemäß § 5 Abs. 1 des
Gesamtvertrages
Gebührenfrei gemäß § 12 Abs. 1 SVSG

Einzelvertrag

§ 1

- (1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen (im folgenden Vertragsarzt genannt) und der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen in Wien 5., Wiedner Hauptstraße 84-86, auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2020 abgeschlossen.
- (2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird vom Vertragsarzt zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als.....

ausgeübt.

Berufssitz:

Ordinationsstätte:

Ordinationszeit:

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der vertragsärztlichen Tätigkeit wird im Einvernehmen mit der Ärztekammer besonders vereinbart:

§ 4

Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem Gesamtvertrag, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Einzelvertrag.

§ 5

- (1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Ärztekammer beschlossenen und der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen bekannt gegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.
- (2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 33 Abs. 3 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebbracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit und wird auf unbestimmte Zeit / für die Zeit bis abgeschlossen.

.....,
Für die Sozialversicherungsanstalt
der Selbständigen:

Unterschrift des Vertragsarztes:

Stellenplan für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte
(ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Zahl der einvernehmlich zu besetzenden Planstellen für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) ergibt sich aus diesem Anhang, die Verteilung erfolgt in der Regel nach dem jeweiligen Bezirksplan bzw. entsprechend den jeweiligen Vereinbarungen auf Länderebene.

Der Stellenplan wird in regelmäßigen Abständen einer einvernehmlichen Revision unterzogen. Zwischenzeitige Anpassungen sind im Einvernehmen zwischen der örtlich zuständigen Landesärztekammer und der SVS zulässig.

2. Freie Planstellen sind unbeschadet der Bestimmung des § 343 Abs. 1a ASVG im Einvernehmen mit der SVS von der örtlich zuständigen Landesärztekammer im Internet auszuschreiben. Der Wortlaut der Ausschreibung und die erforderlichen Beilagen zur Bewerbung richten sich nach den einschlägigen, zwischen der örtlich zuständigen Landesärztekammer und der örtlich zuständigen Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse geschlossenen Regelungen.
3. Anfragen der örtlich zuständigen Landesärztekammer zur Herstellung des Einvernehmens sind an die jeweilige Landesstelle der SVS zu richten.
4. Betreffend die Auswahl der Vertragsärzte gilt:
 - a) Bei der Auswahl der Vertragsärzte gelangen die im jeweiligen Bundesland zwischen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der örtlich zuständigen Landesärztekammer vereinbarten (gesamtvertraglichen) Regelungen, insbesondere die, gemäß § 343 Abs. 1 ASVG sowie gemäß der Reihungskriterien-Verordnung, BGBI II 487/2002 idgF erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung sinngemäß zur Anwendung.
 - b) Dies gilt auch für Einzelverträge, die ausschließlich für die SVS zu vergeben sind.
 - c) Die SVS wird auf Wunsch über den Verlauf des Bewerbungsverfahrens, jedenfalls aber nach Abschluss des Bewerbungsverfahrens umgehend über die aufgrund der Richtlinien erstellte Reihung der Vertragswerber in Kenntnis gesetzt.
 - d) Die SVS erhält auf Verlangen die für das Auswahlverfahren maßgeblichen Unterlagen betreffend alle Vertragswerber.
 - e) Die Ausschreibung einer Planstelle hat, sofern gleichzeitig auch ein Einzelvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse vergeben wird, in Koordination mit dieser zu erfolgen.

WIEN

		Bezirk																							
		I. Bezirk	II. Bezirk	III. Bezirk	IV. Bezirk	V. Bezirk	VI. Bezirk	VII. Bezirk	VIII. Bezirk	IX. Bezirk	X. Bezirk	XI. Bezirk	XII. Bezirk	XIII. Bezirk	XIV. Bezirk	XV. Bezirk	XVI. Bezirk	XVII. Bezirk	XVIII. Bezirk	XIX. Bezirk	XX. Bezirk	XXI. Bezirk	XXII. Bezirk	XXIII. Bezirk	
		11	48	40	16	24	16	14	12	18	80	39	42	22	37	38	52	29	31	32	39	68	64	46	0
		Arzt für Allgemeinmedizin																							
		FA für Anästhesiologie																							
		FA für Augenheilkunde																							
		FA für Chirurgie																							
		FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten																							
		FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe																							
		FA für Innere Medizin																							
		FA für Kinder- und Jugendheilkunde																							
		FA für HNO-Krankheiten																							
		FA für Lungenerkrankungen																							
		FA für Neurologie und Psychiatrie																							
		FA für Orthopädie																							
		FA für Physikalische Medizin																							
		FA für Radiologie																							
		FA für Unfallchirurgie																							
		FA für Urologie																							
		FA für Neurochirurgie																							
		FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie																							
		FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik																							
		Labor, zytodiagnostisch																							
		FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik																							
		Insgesamt																							
		850	0	102	60	85	140	190	107	70	42	70	106	19	76	6	67	2	10	24	13	2			

NIEDERÖSTERREICH

Bezirk	Anzahl der Fachärzte																		
	Arzt für Allgemeinmedizin	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Dermatologie	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenerkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Radiologie	FA für Urologie	FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zydiagnostisch	
Amstetten	56	0	4	2	2	4	3	3	2	2	2	2	0	2	0	2	1	0	
Baden	59	0	6	2	3	7	5	3	3	1	2	4	0	3	0	1	1	0	
Bruck/Leitha	21	0	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
Gänserndorf	40	0	2	1	1	2	2	3	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
Gmünd	24	0	1	1	1	2	1	1	1	0,5	1	0	1	0	1	0	0	0	
Hollabrunn	27	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
Horn	19	0	1	2	1	1	2	1	1	1	1,5	1	0	1	1	1	0	0	
Korneuburg	28	0	2	1	2	3	3	2	2	1	1	1	0	2	0	1	1	0	
Krems	42	0	2	1	2	3	2	2	2	1	1	2	0	2	0	1	1	0	
Lilienfeld	17	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
Melk	40	0	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
Mistelbach	40	0	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	
Mödling	51	0	5	1	3	5	4	3	3	1	1	3	0	2	0	1	1	0	
Neunkirchen	51	0	4	2	2	5	3	1	2	1	3	2	0	2	0	2	0	0	
Scheibbs	26	0	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
St. Pölten	67	0	6	2	4	6	6	3	3	2	4	3	0	3	1	3	2	0	
Tulln	28	0	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
Waidhofen/Thaya	17	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
Wien-Umgebung	45	0	3	2	2	5	5	4	2	2	2	3	0	2	0	2	0	1	
Wr. Neustadt	49	0	5	3	3	6	5	3	3	2	3	2	0	3	1	2	1	0	
Zwettl	23	0	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
insgesamt	770	0	56	29	36	64	55	40	34	25	31	34	0	33	3	27	9	0	1

III

BURGENLAND

Bezirk		Arzt für Allgemeinmedizin																	
		FA für Anästhesiologie																	
Eisenstadt		FA für Augenheilkunde																	
		FA für Chirurgie																	
Güssing		FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten																	
		FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe																	
Jehrensdorf		FA für Innere Medizin																	
		FA für Kinder- und Jugendheilkunde																	
Mattersburg		FA für HNO-Krankheiten																	
		FA für Lungenkrankheiten																	
Neusiedl/See		FA für Neurologie																	
		FA für Psychiatrie																	
Oberpullendorf		FA für Orthopädie																	
		FA für Physikalische Medizin																	
Oberwart		FA für Radiologie																	
		FA für Unfallchirurgie																	
Sankt Veit		FA für Urologie																	
		FA für Neurochirurgie																	
Villach		FA für medizinische/ chemische Labordiagnosik																	
		Labor, zytodiagnostisch																	
Wulkaprodersdorf		FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik																	
Insgesamt		145	0	12	3	6	14	17	8	8	5	4	4	5	0	5	3	8	0

OBERÖSTERREICH

Bezirk	Anzahl der Fachärzte																			
	Arzt für Allgemeinmedizin	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Dermatologie	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenerkrankheiten	FA für Orthopädie	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für Neurologie	FA für Psychiatrie	FA für Hygiene und chemische Labordiagnostik	Labo., zydiagnostisch
Braunau	45	0	3	0	1	3	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Eferding	13	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Freistadt	31	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Gmunden	50	0	3	0	2	5	3	3	3	2	2	0	2	1	2	0	2	1	0	0
Grieskirchen	33	0	2	1	1	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0
Kirchdorf	28	0	1	0	1	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Linz Stadt	87	0	14	4	10	23	10	9	9	9	9	0	7	2	6	0	5	5	3	0
Perg	29	0	2	0	1	3	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Ried	29	0	2	1	1	2	2	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0
Rohrbach	28	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Schärding	27	0	2	1	1	2	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
Steyr Stadt	19	0	3	0	2	5	4	2	2	2	2	0	2	0	1	0	1	1	1	0
Urfahr Umgebung	33	0	2	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Vöcklabruck	63	0	6	1	3	6	4	3	2	1	2	0	1	0	2	0	1	2	1	0
Wels Stadt	28	0	4	2	4	7	6	4	2	3	3	0	2	0	2	0	1	2	1	0
Steyr Land	25	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wels Land	30	0	2	0	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linz Land	58	0	4	0	2	4	3	3	3	1	2	0	1	1	1	0	2	1	0	0
insgesamt	656	0	54	10	33	72	41	37	32	22	28	0	22	5	20	0	18	19	6	0

STEIERMARK

		Bezirk									
		Arzt für Allgemeinmedizin					FA für Anästhesiologie				
		FA für Augenheilkunde					FA für Chirurgie				
		FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten					FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
		FA für Innere Medizin					FA für Kinder- und Jugendheilkunde				
		FA für HNO-Krankheiten					FA für Lungenkrankheiten				
		FA für Neurologie und Psychiatrie					FA für Orthopädie				
		FA für Physikalische Medizin					FA für Radiologie				
		FA für Unfallchirurgie					FA für Urologie				
		FA für Neurochirurgie					FA für medizinische/ chemische Labordiagnosik				
		Labor, zytodiagnostisch					FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik				

KÄRNTEN

SALZBURG

TIROL

VORARLBERG

Honorarordnung
für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte
(gemäß § 28 des Gesamtvertrages)

Abkürzungsschlüssel

A = Augenheilkunde und
Optometrie
An = Anaesthesiologie und
Intensivmedizin
C = Chirurgie (Unfallchirurgie)
D = Haut- und Geschlechts-
krankheiten
G = Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
H = Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
I = Innere Medizin
K = Kinder- und Jugendheilkunde
AM = Arzt für Allgemeinmedizin

KNP = Kinder- und Jugend-
heilkunde (Kinder- und
Jugendneuropsychiatrie)
L = Lungenkrankheiten
N = Neurologie und
Psychiatrie
NC = Neurochirurgie
O = Orthopädie und
orthopädische Chirurgie
P = Physikalische Medizin
PSY = Psychiater
U = Urologie
R = Regiezuschlag

Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.
2. Werden bei einem Krankenbesuch im gleichen Haushalt oder in einem Altersheim mehrere bei der SVS Versicherte behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar.
3. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.
4. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 9 Abs.3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:
 - a) **In Orten bis 5.000 Einwohnern** nur bei Krankenbesuchen außerhalb des geschlossenen Ortes. Die Wegegebühren werden bei geschlossenen Orten nach der Entfernung von Ortsmitte zu Ortsmitte berechnet, wobei Reststrecken bis zu 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

Bei Krankenbesuchen in demselben Ort am gleichen Tage können Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind zu begründen.

Bei Krankenbesuchen in mehreren Orten am gleichen Tage sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich bei einer Besuchsreihe mit Vermeidung jeden Umweges und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Wird über ausdrückliches Verlangen des Kranken außerhalb dieser Besuchsreihe ein Krankenbesuch durchgeführt, so ist dieser Umstand unter Angabe des Grundes für die dringende Berufung des Arztes zum Krankenbesuch zu vermerken.

Für die Feststellung, ob Tag- oder Nachtwegegebühren zu verrechnen sind, ist bei allen Krankenbesuchen von normaler Dauer die Verrechnung des Krankenbesuches als Tag- oder Nachtbesuch maßgeblich, nur bei Krankenbesuchen mit Verrechnung des Zuschlages für Zeitversäumnis oder von Operationen ist zu berücksichtigen, zu welcher Tageszeit der Hin- bzw. Rückweg angetreten wird. Die Mehrkosten an Wegegebühren, die durch die Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Vertragsarztes entstehen, verrechnet der Arzt mit dem Anspruchsberechtigten unmittelbar.

- b) **In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern**, die nicht unter die Sonderregelung zu § 9 Abs. 3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages fallen, können innerhalb eines vom Ordinationssitz des Vertragsarztes aus zu denkenden Umkreises mit dem Halbmesser von einem Kilometer Wegegebühren nicht in Rechnung gestellt werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb dieses Umkreises kann für die ersten 500 m außerhalb des Umkreises die Wegegebühr für 1 km, für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden.

Im Übrigen gelten, insbesondere auch bei Gebieten, die in Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern eingemeindet sind, mit diesen aber keine geschlossene Siedlung bilden, die in lit. a) angeführten Bestimmungen sinngemäß.

- c) **Für die Verrechnung von Wegegebühren im Sonn- und Feiertagsdienst** gelten folgende Grundsätze als verbindliche Richtlinien für alle Bundesländer:

Der im Bereitschaftsdienst (§ 16 des Gesamtvertrages) stehende Vertragsarzt ist berechtigt, Wegegebühren nach den Bestimmungen des Punktes 4 lit. b) der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung zu verrechnen.

In den durch die Sonderregelung in § 9 Abs. 3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages erfassten Orten wird ihm für jeden Besuch, für den Wegegebühren im Sinne der Bestimmungen nach Punkt 4 lit. b) nicht verrechnet werden können, der Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.

Diese Regelung gilt für die gesamte Dauer des von der Ärztekammer eingerichteten Bereitschaftsdienstes.

5. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIV angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.
6. Alle Grund- bzw. Sonderleistungen sind mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen.
7. Die Zuweisung für Rechnung der SVS zur Blutgruppenbestimmung gem. Pos.Nr. 10.01 kann nur bei medizinischer Indikation erfolgen.
8. Die in den Abschnitten A. bis E. der Honorarordnung angeführten Leistungen können nur von Vertragsärzten jener Fächer abgerechnet werden, auf die sich der jeweilige Abschnitt der Honorarordnung bezieht, bzw. die in den Besonderen Bestimmungen zu den einzelnen Abschnitten oder der einzelnen Position ausdrücklich genannt sind.
9. Die nachstehenden in der Honorarordnung angeführten Leistungen werden nur dann honoriert, wenn die vertraglich vorgesehene Begründung im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) angeführt ist:

TA gleichzeitig mit den Positionen 36d, 36e und 36f; PS gleichzeitig mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e und 36f; 12a, 12b, 12c, 12d, 13a, 13b, 13d, 22f, 22g, 22j, 22n, 38j, 10.01, 11.12, 11.13, 11.14.

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDELISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
1.	Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)	
A1	Erste Ordination <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. B1 verrechenbar.</i>	26
A2	Weitere Ordination	18
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	18
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	18
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	27
	<i>Die Pos.-Nr. A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. A3 bis A5 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
2.	Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)	65
B1	Erster Krankenbesuch <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. A1 verrechenbar.</i>	
B2	Weiterer Krankenbesuch	55
B3	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde <i>nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar</i>	31
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	31
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	52
	<i>Bei den Pos.-Nr. B3 und B4 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. B3 bis B5 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
2h	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	3
2i	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	5
3.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)	
	Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
3a	bei Tag	20
3b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	40
3c	ausführlicher Befundbericht	15
	<i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVS nicht verrechnet werden.</i>	
	<i>Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>	
4.	Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)	30
4a	Konsilium bei Tag	
4b	Konsilium bei Nacht	40
	<i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>	
5.	Ordination (Facharzt)	
E11	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten	37
	<i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F11 verrechenbar</i>	
E12	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. E11 angeführt sind	32
	<i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F12 verrechenbar</i>	
E3	Weitere Ordination	16
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	14
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	14

Pos.-Nr.		Punkte
E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	24
	<i>Die Pos.-Nr. E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. E4 bis E6 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
6.	Krankenbesuch (Facharzt)	
F11	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenerkrankungen	65
	<i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E11 verrechenbar</i>	
F12	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. F11 angeführt sind	65
	<i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E12 verrechenbar</i>	
F3	Weiterer Krankenbesuch	45,5
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	
	<i>nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar</i>	27
F5	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	27
	<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
F6	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	48
	<i>bei den Pos.-Nrn. F4 und F5 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. F4 bis F6 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
6l	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	3
6m	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	5
7.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)	
	Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
7a	Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde: bei Tag	30
7b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	60
7c	ausführlicher Befundbericht	15
	<i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVS nicht verrechnet werden.</i>	
	<i>Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>	
	<i>Die Honorierung erfolgt nur, wenn die Vertragspartnernummer des Zuweisers im Feld „VPNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01) oder der Name des Arztes im Feld „ZUNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01), für den der Befund bestimmt ist, im Begründungsfeld des elektronischen Abrechnungssatzes angegeben wird.</i>	
8.	Zuschlag für Konsilium (Facharzt)	
8a	bei Tag	50
8b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	80
	<i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>	
9.	Wegegebühren	
9a	ein Doppelkilometer bei Tag	Euro 2,03
9b	ein Doppelkilometer bei Nacht	Euro 3,05
9.1	Koordinierung	
1j	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt	23
	<i>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Abrechnungszeitraum in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 15 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.</i>	
	Erläuterungen zum Positionstext:	
	1. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements,	
	2. telefonischer und persönlicher Kontaktaufnahme zu anderen Leistungs- erbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung,	
	3. Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes,	
	4. Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation,	

5. Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.

9.2 Heilmittelberatungsgespräch

HMG Heilmittelberatungsgespräch

Euro 12,20

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

- a) Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)
- b) Überwachung der Heilmittelversorgung des Patienten mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel mit dieser Indikation Bereits verfügt)
- c) Ein- und Umstellung auf Generika in jenen Fällen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet werden muss
- d) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inklusive Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen)

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

1. *Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Radiologie, physikalische Medizin und Labormedizin) berechtigt.*
2. *Das Heilmittelberatungsgespräch kann von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 12% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 9% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechnungsberechtigten Vertragsfachärzten in höchstens 7% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum abgerechnet werden.*
3. *Das Heilmittelberatungsgespräch ist gleichzeitig mit der Pos.-Nr. 1j verrechenbar.*
4. *Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos.-Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar.*
5. *Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 und 10 Minuten zu dauern. Der Vertragsarzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.*

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

1. TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil

25

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin sowie die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie berechtigt.
- c) 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 Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.

- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 33% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 5% der Behandlungsfälle pro Quartal und den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos.Nr. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals ist nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos.-Nr. 36a innerhalb eines Quartals ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose.

Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages innerhalb eines Abrechnungszeitraumes ist ausgeschlossen.

2. PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch..... Euro 24,40

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differential-diagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Zur Verrechnung sind alle Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom psychosomatische Medizin verliehen wurde.
- b) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.
- c) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.
- d) Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.
- e) Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.
- f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräches mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A. IX. der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
10.	Blutabnahme	
10a	Blutabnahme aus der Vene	8
10b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
10c	Aderlaß	15
	(verrechenbar bei <i>Polycythemia vera oder sekundäre Polyglobulie</i>)	
10d	Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene	12
	<i>nicht gemeinsam mit Pos. 10a abrechenbar</i>	
10e	Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren.....	16
	<i>nicht gemeinsam mit Pos. 10b abrechenbar</i>	
11.	Injektionen	
11a	Subcutane, intracutane Injektion	2
	<i>Pro Ordination bzw. Besuch können intracutane Injektionen nur als eine Injektion verrechnet werden (Quaddelbehandlung).</i>	
11b	intramuskuläre Injektion	2
11c	Intravenöse Injektion	6
	bei Serieninjektionsbehandlung ab der 4. Injektion	4
11d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
11k	Endoneurale oder epineurale Injektion	30
11l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten (z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien), pro Abrechnungszeitraum sind höchstens drei Injektionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	60
11q	Krampfadernverödung pro Injektion	6
	<i>maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung</i>	
11s	Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidenknoten pro Injektion ..	6
11u	Periartikuläre Gelenksumspritzung (ein großes oder mehrere kleine Gelenke)	18
11v	Intraartikuläre Injektion (große Gelenke)*	50
11w	Intraartikuläre Injektion (kleine Gelenke)*	30
	<i>* je Gelenk und Abrechnungszeitraum sind höchstens sechs Injektionen verrechenbar (ausgenommen Mucopolysaccharidpolyschweifelsäureester)</i>	
12.	Infiltrationen	
	Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infiltrationen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
12a	Subcutane Infiltration	7
12b	Intramuskuläre Infiltration	7
12d	Perineurale Infiltration	18
13.	Infusionen	
	Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infusionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
13a	Subcutane Infusion	20
13b	Intravenöse Infusion	25
13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion	10
	<i>nur bei einer Infusionsdauer über 30 Minuten verrechenbar</i>	
14.	Implantationen	
14a	Kristall-Implantationen mittels Troikart	20
14b	Kristall-Implantationen mittels Incision und Naht	35
15.	Impfung	
15b	Therapeutische Impfung (Cutivaccine, Paspal o.ä.)	5
15c	Allergologische Impfung (Desensibilisierung) inkl. Beratungsgespräch	10
	<i>1 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.</i>	
15d	Allergologische Impfung (Desensibilisierung) ohne Beratungsgespräch	4
	<i>Maximal 3 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.</i>	
16.	Punktion (diagnostisch)	
16a	Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel bzw. Nervennadelbiopsie	14
	<i>(z.B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä., einschließlich Oberflächen-Anaesthesia)</i>	

Pos.-Nr.		Punkte
16b	Aus Gelenken	30
16i	Punktion der Prostata	30
	<i>(maximal dreimal verrechenbar und nicht gemeinsam mit 37i)</i>	
17.	Punktion (therapeutisch)	
17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszeß oder Serom	20
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	50
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	80
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	60
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	60
17h	Aus dem Wasserbruch	20
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	40
17k	Aus der Harnblase	45
18.	Betäubung – Wiederbelebung	
18a	Kälteanaesthesia, Oberflächenanaesthesia	2
	<i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar;</i>	
	<i>nicht verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde und Urologie</i>	
18c	Infiltrationsanaesthesia	10
	<i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar</i>	
18d	Leitungsanaesthesia	18
18f	Lumbalanaesthesia	80
18g	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandschädigung	30
18h	Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandschädigung	40
19.	Endoskopien	
	(Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten.	
	Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden.)	
19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	17
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes	20+RI
19bf	flexible Endoskopie der oberen Atemwege	60+RI
	<i>Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle pro Arzt und Monat limitiert. Nicht am selben Tag mit 19b oder 19j verrechenbar.</i>	
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	20+RI
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	35+RI
19e	Endoskopische Untersuchung der Harnblase (Zystoskopie)	35+RI
	<i>nicht am selben Tag mit 19k, 19l und 19p verrechenbar;</i>	
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	35+RI
	<i>nicht gleichzeitig mit 19m, 19s und 19sp verrechenbar</i>	
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals (Endocervicoskopie)	35+RI
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	35+RI
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	45+RI
	<i>nicht am selben Tag mit 19l und 19p verrechenbar</i>	
19j	Endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes	20+RI
19k	Endoskopische Untersuchung der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie)	60+RII
	<i>nicht am selben Tag mit 19e, 19l und 19p verrechenbar</i>	
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (RIII nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)	
	<i>nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19p verrechenbar</i>	
		70+RIII
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmaskopie)	85+RI
	<i>nicht neben Pos. 19f, 19s und 19sp verrechenbar.</i>	
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	120+RIII
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie)	120+RIII
	<i>Nicht neben Pos. 19r verrechenbar.</i>	
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken (RIV nur bei Verwendung von Einmal-UK, 2 Stück)	
	<i>nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19l verrechenbar</i>	
		75+RIV

Pos.-Nr.		Punkte
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)	110+RIII
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums (Gastroskopie, Duodenumskopie)	228+RIII
	<i>nicht neben Pos. 19o verrechenbar.</i>	
19s	Koloskopie exklusive Polypenabtragung	314+RIII
19sp	Koloskopie inklusive Polypenabtragung	400+RIII
<i>Anmerkung zu Positionen 19r, 19s und 19sp</i>		
<i>Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der ÖÄK über die Durchführung gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskopwaschmaschine“).</i>		
<i>Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Koloskopien ist, dass in mindestens 90% der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der SVS übermitteln.</i>		
<i>Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Koloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie notwendigen Medikamente (zB für die Darmreinigung, Sedativa etc.), die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe diese in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Patient seine Zustimmung erteilt hat.</i>		
<i>Sind am gleichen Tag neben der Gastroskopie bzw. Koloskopie auch andere kurative Leistungen zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen, sofern diese nicht in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie stehen.</i>		
<i>Zuzahlungen zur Gastroskopie bzw. Koloskopie sind weder zu fordern noch entgegenzunehmen.</i>		
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparaskopie)	235+RIII
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung	450+RIV
20.	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre	15
20b	Ausheberung des Magens	15
20c	Ausspülung des Magens	30
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	5
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	6
20i	Aufblähung des Mastdarmes	10
20k	Sphinkterdehnung	15
21.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	
21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel einwurzelig	4
	mehrwurzelig	6
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch), einschließlich eventueller thermo-elektrischer Messung der Hauttemperatur	20
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	6
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	15
21h	Abstrich	4

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE und OPTOMETRIE

Die augenfachärztlichen Sonderleistungen beziehen sich immer auf beide Augen, es sei denn, es wird im Positionstext auf „je Auge“ abgestellt

Pos.-Nr.		Punkte
22.	Untersuchungen	
22b	Zentrale Refraktionsbestimmung (subjektiv und/oder objektiv; beinhaltet: Bestimmung von Visus und/oder Brillenglas und/oder Astigmatismus mittels Refraktometer und/oder Skiaskopie und/oder Messbrille/Phoropter) <i>1 x im Monat abrechenbar (in Ausnahmefällen auch öfter mit Begründung).</i>	15
22f	Untersuchung des Farbsinnes auf pseudoisochromatischen Tafeln	10
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie) N <i>wird in seltenen Ausnahmefällen die kinetische und statische Perimetrie durchgeführt, ist die Begründung anzuführen</i>	20
22hx	Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille <i>(nicht am gleichen Tag mit 22hy verrechenbar)</i>	8
22hy	Fundus ohne medizinisch erweiterter Pupille <i>(nicht am gleichen Tag mit 22hx verrechenbar)</i>	5
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe <i>maximal 3x am Tag mit Begründung Tagesdruckkurve bei Glaukom bzw. Glaukomverdacht verrechenbar</i>	15
22k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer	10
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	10
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens N	5
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut (verrechenbar einmal jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit)	15
22o	Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest, Tränenaufreisszeit, Vitalfärbungen)	5
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie <i>1 x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar, nicht gemeinsam mit 22g verrechenbar</i>	45
22q	Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege <i>1 x pro Quartal verrechenbar</i>	60
22r	Entfernung kleiner Geschwulste an den Lidern D.	60
22s	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode <i>Abrechenbar nur in Kombination mit den Positionen 22j, 22q, 22r, 22n, 23a, 24a, 24c sowie der Pos. 22l mit Begründung Blepharospasmus</i>	2
23.	Fremdkörperentfernung	
23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrennter Fremdkörper aus der Bindehaut	20
24.	Sonstige augenärztliche Verrichtungen	
24a	Wimpernepilation	15
24c	Spaltung des Hordeolums	15

V. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und ORTHOPÄDIE

25.	Wundversorgung	
25a	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde AM, D, K <i>einmal pro Region verrechenbar</i>	10
25b	Abtragung einer großen Brandblase AM, D, K	8
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung AM, D, K	14
25d	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl. chirurgische Versorgung nach jeder Methode AM, D, K <i>Einmal pro Region verrechenbar</i>	50
25e	Naht und Klammerentfernung AM, D, K <i>Einmal pro Region verrechenbar</i>	5
	<i>Für Wundbehandlungen bei Kindern unter 6 Jahren ist zu den Pos.-Nrn. 25a, 25b und 25c ein Zuschlag in Höhe von 50% verrechenbar.</i>	
26.	Kleine operative Eingriffe	
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Haematoms (pro Sitzung).....	15
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	15

Pos.-Nr.		Punkte
26c	Abtragung einer Eiterblase	5
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	8
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	15
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	15
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	15
26h	Entfernung eines Nagels am 2. – 5. Finger oder an der 2. – 5. Zehe	6
27.	Verbände	
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigem Zinkleimverband oder Elastoplastverband	17
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität	30
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum	15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	50
27e	Gipsverband von Hand, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	90
27f	Gipsverband der oberen Extremitäten mit Schultergurtel, der unteren Extremitäten mit Becken, Schiehalsgips mit Thorax	150
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	8
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	15
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes	15
27k	Zuschlag für Gehbügel (nur bei nachträglicher Anbringung)	10
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen bei statischen Beinkleiden (nach Sigg). Erstanlage bzw. vollständige Neuanlage pro Extremität	30
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes (gem. Pos.Nr. 27l)	10
	<i>Zu den Positionen 27d, 27e, 27f und 27k ist das Material auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.</i>	
27n	Verbandwechsel AM, D, K	6
	<i>Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters. Nicht bei Incision von Panaritien aller Art sowie den Pos. 25a, 25b, 25c, 25d und 27c.</i>	
28.	Gipsmodell für orthopädische Behelfe	
28a	Gipsmodell für Einlagen, je Seite	29
	<i>(Das Material ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.)</i>	
28b	Herstellung von geführten Abdrücken für Maß- oder Modelleinlagen mittels Trittschaummodellen (inkl. Material), je Seite	12
	<i>(Die gleichzeitige Verrechnung mit Position 28a ist nicht möglich; Blaudruck nicht gesondert verrechenbar.)</i>	
29.	Knochenbrüche (provisorische Versorgung – Notverband)	
29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	15
29b	Alle übrigen Knochen	30

VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

30.	Frauenheilkunde	
30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	40
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars	15
	<i>(bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)</i>	
30c	Kauterisation der Portio vaginalis oder der Cervix	50
30e	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objekträger und Fixierlösung	7
30f	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	4
30g	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	3
	<i>(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)</i>	
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat	7
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), jedes weitere Präparat	4
	<i>(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)</i>	

Pos.-Nr.			Punkte
30j	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr <i>maximal in 5% der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar. Mögliche Inhalte des Beratungsgespräches sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, ...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.</i>		19
30k	Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie <i>verrechenbar einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>		19
30l	Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in der Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz..... <i>verrechenbar in maximal 6% der Fälle pro Arzt und Quartal, nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung</i>		12
31.	Geburtshilfe		
31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet		30
31b	Beistand bei pathologischer Entbindung; für den Beistand bei einer normalen Geburt ohne Kunsthilfe darf nur der Besuch und Pos.Nr. 31a verrechnet werden. Der Zeitaufwand, der nur auf Wunsch der Wöchnerin entsteht, ist mit dieser nach Vereinbarung zu verrechnen		100
31c	Manuelle Muttermunddilatation		25
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe		25
31e	Ultraschall-Untersuchungen-Doppler-Effekt zur Kontrolle der fetoplazentaren Einheit		30

VII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der HALS-, NASEN- und OHRENKRANKHEITEN

Die HNO-fachärztlichen Sonderleistungen beziehen sich immer auf beide Ohren, es sei denn, es wird im Positionstext auf „je Ohr“ abgestellt

Pos.-Nr.			Punkte
32.	Untersuchungen		
32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung, Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus oder Lage-, Lagerungs-Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen je N.....		16
32b	Tonschwellenaudiometrie		30
	<i>Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.</i>		
32c	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter		50
32e	Sprachaudiometrie		40
32g	Otomikroskopische Untersuchung (nur in maximal 35 % der Behandlungsfälle verrechenbar)		15
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung		25
32i	Otoakustische Emissionen		25
	<i>in maximal 9% der Fälle verrechenbar</i>		
33.	Therapeutische Verrichtungen		
33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr		10
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut		12
33d	Hintere Nasentamponade		50

Pos.-Nr.		Punkte
33e	Cerumenentfernung je Seite AM	6
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anaesthesia je Seite	8
33g	Erstmalige Punktions mit Ausspülung einer Nebenhöhle	45
33h	Wiederholte Punktions mit Ausspülung einer Nebenhöhle je Seite	20
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	18
33k	Attic-Spülung	8
33l	Vordere Nasentamponade	20
33m	Speichelgangsondierung	10

VIII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der INNEREN MEDIZIN

Pos.-Nr.		Punkte
34.	Untersuchungen und Behandlungen	
34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6) K, L.	69
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	14
34d	Langzeit EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	168
	<i>In maximal 10% der Fälle pro Arzt und Monat verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Gerätenachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Ein Durchschlag des Befundes ist 3 Jahre aufzubewahren und der SVS auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisungen innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundleistung, möglich.</i>	
34e	24-Stunden Blutdruckmonitoring.....	65

Indikationen der Verrechenbarkeit:

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

Medizinische Erläuterungen:

Untersuchungshäufigkeit:

Einmal zur Diagnostik

Ein- bis mehrmalige Kontrolluntersuchung(en) bei ungenügender medikamentöser Einstellung

Weiters gilt:

Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der SVS auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 15% der Fälle pro Arzt und Monat limitiert.

34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett	18
	<i>nur in Verbindung mit Visiten verrechenbar</i>	

VIIa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der LUNGENHEILKUNDE

34.	Untersuchungen und Behandlungen		
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je AM, K, I	7	
	<i>Pos.Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar</i>		
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert) mit graphischer Darstellung AM, K, I	17	
	<i>Pos.Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar;</i>		
34n	Bronchospasmolysetest (wie 34m – incl. Inhalation eines Broncholytikums) AM, AN, K, I	17	
34o	Provokationstest (wie 34m – incl. unspez. oder spez. Provokation sowie Broncholyse) AM, I	24	
34p	Messung der Atemwegwiderstände K, I	7	
	<i>Anmerkung: Pos.Nr. 34n und Pos.Nr. 34o nicht additiv.</i>		
34q	Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe	60	
	<i>maximal zweimal pro Tag verrechenbar</i>		
	<i>alle Untersuchungen zusammen können in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal abgerechnet werden</i>		
34s	Bodyplethysmographie K	27	
	<i>verrechenbar in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal</i>		
34z	Raucherberatung mit dem Ziel der Entwöhnung	19	
	<i>Nicht am selben Tag mit Pos. TA verrechenbar;</i>		
	<i>verrechenbar in maximal 20% der Fälle pro Arzt und Quartal</i>		

VIIib. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der KINDER- und JUGENDHEILKUNDE

Pos.-Nr.		Punkte
34.	Untersuchungen und Behandlungen	
34k	Zuschlag für die Behandlung von Kindern vor dem vollendeten 6. Lebensjahr	3
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselkrankungen oder Urticaria	13
	<i>einmal pro Kalendervierteljahr verrechenbar</i>	
34k	Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsrückstandes bei cerebral geschädigten Kindern (kann auch von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie verrechnet werden)	30
34t	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf klinisch relevante neurologische Beeinträchtigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	42
	<i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar</i>	
	<i>nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34u	Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation)	22
	<i>einmal im Monat verrechenbar</i>	
	<i>nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	22
	<i>einmal pro Fall und Quartal in maximal 10% der Fälle verrechenbar</i>	
	<i>nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	22
	<i>in maximal 8% der Fälle im Quartal verrechenbar</i>	
	<i>nicht gemeinsam mit Pos.34t, 34u und 34v verrechenbar</i>	

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE

Pos.-Nr.		Punkte
35.	Untersuchungen	
35b	Ausführliche neuropsychiatrische Exploration – K(KNP).....	40
	<i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar. Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	

Pos.-Nr.		Punkte
35d	Elektroenzephalographie oder Messung visuell, akustisch oder somatosensibel evozierter Gehirnpotentiale (VEP, AEP, SSEP) je Untersuchungsart	120
35e	Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patient auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie. - K(KNP)	26
	<i>Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben. Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.</i>	
	<i>Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
35f	Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation - K(KNP), PSY <i>Höchstens einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.</i>	40
35g	Neuropsychometrische Skala (z.B. MMSE, EDSS, UPDRS, etc) - AM <i>maximal einmal pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	20
35h	ENG (Elektroneurographie)	68
35i	EMG (Elektromyographie)	68
35j	ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie)	108
	<i>Die Positionen 35h bis 35j können in maximal 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	
36.	Therapeutische Verrichtungen	
36a	Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	35
	1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention.	
	2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder klinisch relevanter neurologischer Beeinträchtigung bei Kindern.	
	<i>Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar.</i>	
	<i>Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sowie durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.</i>	
	<i>Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die erhobenen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention)	98
	<i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar.</i>	
	<i>Ein Zuschlag für Zeitversäumnis kann erst bei einer Behandlungsdauer von mehr als 45 Minuten verrechnet werden.</i>	
36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung 50 Minuten - K(KNP)	98
	<i>Im Erkrankungsfall maximal dreimal verrechenbar.</i>	
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36d, 36e sowie 36f ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.</i>	
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 Minuten	98
	<i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar.</i>	
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36e sowie 36f ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 Minuten	49
	<i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar.</i>	
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36f sowie ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	

Pos.-Nr.		Punkte
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 Minuten (max. 10 Patienten), je Patient und Therapieeinheit <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36e ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	11

X. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN und der UROLOGIE

37.	Untersuchungen	
37a	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Erstsitzung K, H, L <i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.</i>	42
37b	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Kontrollsitzung (Nach- oder Ergänzungstestung) K, H, L <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.</i>	12
37c	Epicutan-Standardtest (derzeit 27 Proben) oder Sonderabtestung bis 25 Proben; Erstsitzung..... <i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.</i>	47
37d	Epicutan-Test, Kontrollsitzung (Nach- oder Ergänzungstestung zur Position 37c) ... <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar</i>	12
37e	Epicutan-Sonderaustestung über 25 Proben inkl. allfälliger Nachtestung <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar</i>	94
	Weiters gilt für die Positionen 37a bis 37e: a) Die Position 37c ist im selben Quartal nicht neben der Position 37e verrechenbar. b) Das Honorar für die Positionen 37a bis 37e beinhaltet Anamnese, Austestung, Auswertung und Abschlussgespräch; die Verrechnung der Position TA ist gleichzeitig nicht möglich	
37f	Zuschlag zu den Positionen 37a bis 37e für erhöhten Beratungsaufwand zur Allergieerkrankung K, H, L, <i>Das Beratungsgespräch hat länger als 12 Minuten zu dauern. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich. Verrechenbar in maximal 5% der Positionen 37a bis 37e.</i>	22
37g	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 40% der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
37h	Dreigläserprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Beurteilung des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	10
37i	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (exkl. Punktionsnadeln) <i>einmal pro Tag verrechenbar; die Kosten für die Punktionsnadel sind, sofern sie nicht als proordinationen zur Verfügung gestellt wird, gesondert verrechenbar</i>	150
38.	Therapeutische Verrichtungen	
38a	Katheterismus der männlichen Harnblase	10
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	5
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	10
38d	Blasenspülung	4
38e	Erste Strukturdehnung der Harnröhre	16
38f	Weitere Strukturdehnung	8
38i	Einbringung von Medikamenten in die Harnröhre	3
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38g ist nicht möglich.</i>	
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D <i>höchstens verrechenbar in 50 % der Fälle pro Quartal, maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr; mehr als 6 Läsionen pro Patient und Jahr bei Anführung einer medizinischen Begründung (z.B. Tumorpatient)</i>	6
38k	Kühlsonde	8
38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen	15

Pos.-Nr.		Punkte
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen (siehe Pos.Nr. 26d u. 26e) <i>nur einmal am Tag verrechenbar</i>	15
38n	Elektrolyse	15
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	8
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	40
38q	Urologische Schleimhautanästhesie	4
	<i>nur verrechenbar bei Pos. 19e, 19i, 19k, 19l, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 38x.</i> <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38i ist nicht möglich.</i>	
38r	Anwendung von Kohlensäureschnee je Sitzung	15
38t	Prostatamassage	5
38w	Therapeutische Instillation der Harnblase..... <i>Die gleichzeitige Verrechnung endoskopischer Leistungen und der Pos. 38a bis 38c, 38i und 38q ist nicht möglich.</i>	60
38x	Wechsel eines suprapubischen Katheters mit Fixation AM	16
38y	Phototherapie, je Behandlung,	11,1

Xa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung abrechenbar.

40.	Diagnostik	Euro
40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung	185,17
	<i>Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar</i>	
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik.....	46,56
40c	Diagnostische Außenanamnese	34,92
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	46,56
40e	Neurologischer Status	29,63
40f	Entwicklungsneurologischer Status	68,78
	<i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i>	
40g	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente.....	68,78
40h	Somatischer Status	11,64
40i	Somatogramm.....	11,64
	<i>Bei jedem Kontakt</i>	
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video)	370,33
	<i>1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten</i>	
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik.....	185,17
	<i>2x/Diagnose/max. alle 2 Jahre; max. 10% der Patienten</i>	
41.	Behandlung	
41a	Verlaufsbehandlung – Regelbehandlung mit Dokument	69,83
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung..... <i>bei max. 10% der Patienten</i>	185,17
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern und Patient)	34,92
42.	Vernetzungsleistung	
42a	Koordination bei Patienten	23,28
42b	Koordinationstreffen (Helperkonferenz)	185,17
	<i>1x pro Jahr; max. 20% der Patienten</i>	
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	46,56
	<i>1x pro Jahr</i>	
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose und Behandlungsplan	11,64

Xb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Abrechnungsberechtigt sind ausschließlich Fachärzte mit FG-Code 20 lt. DVP Kapitel C.1. Somit Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, wenn diese schwerpunktmäßig psychiatrisch tätig sind
 2. Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für den gleichen Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung abrechenbar. Ausgenommen davon sind folgende Positionen: 6l, 6m, 7c, 8a, 8b, 9a, 9b, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g und 35f.
45. Untersuchungen
- | | |
|---|------|
| 45a Erstuntersuchung/-behandlung, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten | 50 |
| Mindestinhalt: | |
| 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen). | |
| 2. Psychiatrischer Längsschnitt
Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-)somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose. | |
| 3. Behandlungsplan
Erstellung eines psychiatrischen Behandlungskonzeptes. Beinhaltet die Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes auf biologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ebene aufgrund der Erstdiagnose (Arbeitshypothese/-diagnose) unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenden Therapiemotivation des Patienten. | |
| 4. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention | |
| <i>Maximal fünfmal pro Patient innerhalb von 18 Monaten verrechenbar, an einem oder mehreren Tagen. Neuerliche Verrechenbarkeit möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte. Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar. Abrechenbar nur für neue Fälle ab Inkrafttreten dieses Abschnittes der Honorarordnung.</i> | |
| 45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten | 34 |
| Mindestinhalt: | |
| 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung | |
| 2. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention | |
| <i>Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho-erduktiv, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakte mit Patienten.</i> | |
| <i>Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45c und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i> | |
| 45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten | 52,8 |
| Mindestinhalt: | |
| 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung | |
| 2. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention | |

	<i>Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho-erduktiv, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakte mit Patienten.</i>	
	<i>Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
45d	Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten Mindestinhalt: 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung 2. Verbale Intervention Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention	100
	<i>Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho-erduktiv, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakte mit Patienten.</i>	
	<i>Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
45e	Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten Mindestinhalt: 1. Außenanamnese mit Bezugspersonen Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch. 2. Sozialpsychiatrische Intervention umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakte.	9,2
	<i>Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der SVS auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar.</i>	
45f	Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit <i>Pro Patient und Tag maximal zweimal abrechenbar.</i>	18,9
45g	Psychiatrische Skale: Diagnosespezifische oder gleichwertige Tests, die zu benennen sind Dauer im Allgemeinen 10 Minuten <i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	18,3
45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten <i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i> <i>Abrechenbar in maximal 12% der Fälle pro Quartal.</i>	18,3
45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten <i>In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	36,7
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) Dauer im Allgemeinen 70 Minuten <i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ausführliche Begründung erforderlich.</i> <i>Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	135,8
45k	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) <i>2x pro Jahr; maximal 10% der Patienten</i>	165,1

Pos.-Nr.			Punkte
45l	Hausbesuch	<i>Verrechenbar bei folgenden Positionen: 35f, 45a, 45b, 45c, 45d und 45j. Am selben Tag mit 45e nur dann verrechenbar, wenn ein Patientenkontakt nicht möglich ist.</i> <i>Werden bei einem Hausbesuch im gleichen Haushalt oder in einem Alters(Pflege)heim mehrere SVS-Versicherte behandelt, kann die Position 45l nur für einen Versicherten verrechnet werden.</i>	17
45m	Ausstellung eines Kassenrezeptes	<i>Nicht am selben Tag mit den Positionen 45a – 45l verrechenbar</i>	9,2

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
2. Pro Patient kann eine Anfang- und Endordination verrechnet werden, weitere Ordinationen nur dann, wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung erforderlich ist, was kurz zu begründen ist.
3. Die physikalische und Bestrahlungstherapie ist pro Behandlungsfall für höchstens zwei Behandlungsarten bis zu je 20 Behandlungseinheiten bewilligungsfrei. Für jede darüber hinausgehende Behandlung ist die vorherige Zustimmung der SVS einzuholen.

1.	Massage		
	p 1a Manuelle Massage	12	
	p 1b Apparatmassage	6	
	p 1c Pneumomassage des Trommelfelles	8	
2.	Gymnastik		
	p 2a Einzelheilgymnastik	13	
	p 2b Extensionsbehandlung, Quengeln	6	
	p 2c Heilgymnastik in der Kleingruppe	5	
	p 2d Extensionsbehandlung der Halswirbelsäule mit der Glissonschlinge	15	
	p 2f Extensionsbehandlung der Brust-, Lenden-, Wirbelsäule mit Spezialgeräten	30	
3.	Bestrahlungen und elektrische Behandlungen		
	p 3a Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	6	
	p 3b Quarzbestrahlung	8	
	p 3c Heißluft	8	
	p 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom, je	9	
	p 3e Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten	10	
	p 3f Zellenbad	11	
	p 3g Iontophorese	10	
	p 3h Diathermie	10	
	p 3i Kurzwelle	12	
	p 3k Ultraschall	16	
	p 3l Anwendung der elektrischen Lunge	18	
4.	Inhalationen		
	p 4a Dampfinhalation	5	
	p 4b Aerosolinhaltung	10	
5.	Buckybestrahlung		
	p 5a Buckybestrahlung (pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Anzahl der Felder)	40	
6.	Klimakammer		
	p 6a Klimakammerbehandlung pro Sitzung	25	
7.	Hydrotherapie und Packungen		
	p 7a Italienische Schnellkur (Munari-Packung)	14	
	p 7b Schlammpackung, Moorpackung (Teil- oder Ganzpackung)	15	

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der SVS von Vertragsfachärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der SVS gemäß Punkt 3. berechtigt sind.
2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizite die Durchführung als „sonographische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisung verrechnen.
3. Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen, die eine entsprechende Information an die SVS weiterleitet.
4. Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
5. Jene sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin und Radiologie, die innerhalb eines Kalendervierteljahres die nachstehenden Werte übersteigen, werden mit 70 % des durchschnittlichen Tarifes honoriert:

Fachärzte für Gynäkologie	32
Fachärzte für Innere Medizin	69
Fachärzte für Radiologie	94

Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Endabrechnung auf Basis des Kalenderjahreswertes im Ausmaß des vierfachen Wertes des Kalendervierteljahres.

6. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
7. Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der SVS vorzulegen.
8. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bilddokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.
9. Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

Ultraschalldiagnostik

US 1	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege – R.C.I.K.	40
US 2	Sonographie des Pankreas – R.C.I.K.	48
US 3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas) – R.C.I.K.	73
US 4	Sonographie der Milz – R.C.I.K.UC.	33
US 5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchaorta) – R.C.I.K.U.	48
US 7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation (nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen) – G.	48

Pos.-Nr.		Punkte
US 8	Sonographie des Unterbauches – C.I.K.U.	48
US 10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie – G.R.U.	53
US 11	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie – U.R.	53

Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen.

Small-parts-Diagnostik

SP 1	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse – R.I.C.K.	48
SP 2	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) – R.H.	70
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung der Pos.Nr. SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen</i>	
SP 3	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis – H.	12
SP 5	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite) – R.	25
SP 6	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten) – R.C.	22
SP 7	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste – R.O.U.C.	41
SP 9	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht – R.K.O.	59
SP 10	Sonographie des Scrotalinhaltes – R.K.U.C.	48

Doppler-Diagnostik

DS 1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. – C(G).D.I.	29
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	
DS 2	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz. – C.D.I.	29
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	
	<i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>	
DS 3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation. – I.N. C(G)	44
	<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>	
DS 4	Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervicalen Abschnitt, sowie intrakraniell) – R.I.N.	17
	<i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>	
DS 5	Transcraniale Dopplersonographie der intracranialen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung – N.	106
	<i>In maximal 10% der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	

Farbduplex-Diagnostik

FD 1	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems – R.I.N. C(G) <i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar</i>	86
FD 2	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluß im B-Bild – R.C(G).I.K.	15
FD 3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstamms bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta – R.C.I.	37
FD 4	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes – D.I.C(G).R.	73
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	
FD 5	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen – D.I.C(G).R.	73
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	

Echokardiographie

EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) – I, Kinderkardiologen	70
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler – I, Kinderkardiologen	148

Verrechenbar in folgenden Indikationen:
Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;
Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;
Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksv ventrikelfunktion.

XIII. RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Röntgendiagnostische Leistungen können von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten nur verrechnet werden, wenn sie hiezu im Einvernehmen zwischen SVS und zuständiger Ärztekammer besonders zugelassen sind.
2. Die Grundlage für die Erteilung der Zulassung bilden die einschlägigen Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer.
3. Der Umfang der Zulassung ist im Einzelvertrag zu vermerken.
4. Wenn ein Vertragsfacharzt für Radiologie im Orte niedergelassen ist, können röntgendiagnostische Leistungen nach diesem Tarif nur für Untersuchungen eigener Patienten verrechnet werden.
5. Wenn am Orte kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist, kann im Einvernehmen zwischen SVS und zuständiger Ärztekammer, Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten die Be willigung zur Durchführung von röntgendiagnostischen Leistungen auf Zuweisung erteilt werden. In diesem Falle kann von Ärzten für Allgemeinmedizin zusätzlich zu diesem Tarif eine Ordination nach Pos. Nr. A1 oder A2 und von Fachärzten nach Pos. Nr. E11 bzw. E12 oder E3 verrechnet werden.
6. Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen mindestens ein Jahr aufbewahrt werden.

Durchleuchtungen:

Pos.-Nr.		Punkte
r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei.....	26
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen)	28
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage	45
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	50
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten)	18
r 4f	Zuschlag zur Pos. r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	13
r 4g	Zuschlag zur Pos. r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	19

Aufnahmen:

r 5a	Aufnahme 9x12	20
r 5b	Aufnahme 13x18	22
r 5c	Aufnahme 18x24	24
r 5d	Aufnahme 15x40	26
r 5e	Aufnahme 24x30	28
r 5f	Aufnahme 30x40	33
r 5g	Aufnahme 35x35	35
r 5h	Zahnfilm	14

XIV. Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben. Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 7 Abs 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Die Leistungen können von Ärzten der jeweils angeführten Fächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen internen Qualitätssicherung. Die interne Qualitätssicherung wird entsprechend den berufsrechtlichen Verpflichtungen durchgeführt. Die SVS kann den Nachweis jederzeit anfordern.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Sonderleistung gemäß Abschnitt A III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
6. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts Anderes vermerkt ist.
7. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzelstellungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
8. Über die erbrachten Laborleistungen und die verwendeten Gerätschaften sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der SVS auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.

Pos.-Nr.		Punkte
1.01	Blutbild AM, I, K, L, U	3,5
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“ AM, I, K..... <i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i>	4,0
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) AM, I, K	4,0
	<i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i>	
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte AM, D, G, I, K, L, U	7,5
3.01	Blutzucker-Bestimmung AM, I, K, U	1,0
3.05	Kreatinin AM, I	1,0
3.07	Gesamtbilirubin K.....	1,0
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin K	1,0
3.15	Natrium I	1,0
3.16	Kalium AM, I.....	1,0
4.07	GOT (ASAT) K, I	1,0
4.08	GPT (ALAT) K, I.....	1,0
4.09	Gamma-GT I.....	1,0
4.20	Troponin T oder Troponin I AM, I, L.....	7,2
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung AM, D, G, I, K, L, U	1,0
	<i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i>	
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung) AM, D, G, I, K, L, U	1,0
	<i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i>	
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) AM, G, K, U.....	3,0
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen) AM, I, K.....	2,0
11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgertest qual. AM, I, K, L	2,5

Pos.-Nr.		Punkte
12.01	Nativpräparat D	3,0
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate D	9,0
12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objekträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) U.....	4,0
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich AM, K	6,9
15.01	Oraler Glucose-Toleranztest oder Testprofil (mindestens drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen) AM, I, G	5,0

B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn, in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der SVS nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVS vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind unter Verwendung der aus dem Operationsgruppenschema ersichtlichen Positionsnummern zu verrechnen.
4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Ordination handelt.
5. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht verrechnet werden.
6. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden. Die Begründung ist im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) anzuführen.
7. Die Verrechnung einer Assistenzgebühr bei Operationsgruppe I und II ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn der Operateur die Notwendigkeit der Assistenz ausreichend begründet. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird dem diese Leistungen erbringenden Vertragsarzt unmittelbar von der SVS verrechnet. Die Begründung ist im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) anzuführen.
8. In dem nachstehenden Schema sind jene Operationen, welche in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt und seitens des Arztes mit der SVS direkt verrechnet werden dürfen, angeführt.
9. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anaesthesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

Für dringende Operationen an Sonn- und Feiertagen sowie für Nachoperationen und hiefür geleistete Assistenz und Narkose erhöhen sich die Tarifsätze um 50 Prozent, doch muss die Notwendigkeit und Dringlichkeit begründet werden. Gleiches gilt für Behandlungen von Kindern unter 6 Jahren.

1. Operation

Gruppe	Punkte
I	60
II	135

Gruppe	Punkte
III	235
IV	450
V	765
VI	1115

2. Ärztliche Assistenz

Gruppe	Punkte
I	-
II	30
III	45
IV	85
V	140
VI	225

3. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie)

Gruppe	Punkte
I	-
II	30
III	35
IV	70
V	85
VI	115

Bei Operationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an Stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Lokalanästhesie nach diesen Tarifen vergütet.

4. Narkose

durch den Facharzt für Anaesthesiologie

Gruppe	Punkte
I	-
II	30
III	35
IV	70
V	210
VI	280

V und VI nur verrechenbar, wenn die Narkoseleistung eine i.v. Injektion mit Barbitursäurepräparaten oder Inhalationsnarkose überschreitet. Ansonsten ist der Tarif wie unter 3. anzuwenden. Die Intubationsnarkose mit Relaxation ist mit Begründung unter Operationsgruppe IV verrechenbar.

5. Regiezuschlag

Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken vorgenommen werden, wird ein Regiezuschlag in folgendem Ausmaß geleistet:

Gruppe	Punkte
I	15
II	20
III	30
IV	45

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSCHHEMA für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE Gruppe I

Pos.-Nr.	Fachgebiet
O 1a Incision bei Dakryocystitis	A.
O 1c Operation des Chalazion	A.
O 1d Elektrokoagulation von Geschwüsten	A. D.
(ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	
O 1e Alkoholinjektion bei Blepharospasmus	A.
O 1f Kanthoplastik mit Naht	A.

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 1h	Operation am Tränenröhren	A.
O 1i	Quetschung von Trachomkörnern	A.
O 1k	Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion (jede weitere ½ Gruppe I)	A.
O 1l	Elektrolytische Epilation	A.

Gruppe II

O 2a	Tarsorrhaphie	A.
O 2b	Tränendrüsenstichelung	A.
O 2c	Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen	A.
O 2d	Epicanthusoperation	A.
O 2e	Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellensche Naht)	A.
O 2f	Einfache Tenotomie (Schieloperation)	A.
O 2g	Operation des Pterygium	A.
O 2h	Abrasio cornea	A.
O 2i	Tätowierung der Cornea	A.
O 2k	Kauterisation der Cornea bei ulcus serpens o.ä.	A.
O 2l	Punktion der vorderen Kammer	A.
O 2m	Nadeldiscission bei angeborener Katarakta	A.
O 2n	Retrobulbäre Alkoholinjektion	A.

Gruppe III

O 3a	Einfache Symblepharonoperation	A.
O 3b	Tarsusexstirpation bei Trachom.....	A.
O 3c	Exstirpation des Tränensackes.....	A.
O 3d	Exstirpation der Tränendrüse	A.
O 3e	Trichiasisoperation	A.
O 3f	Sklerotomie	A.
O 3h	Discission bei Katarakta secundaria	A.
O 3i	Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik.....	A.
O 3k	Transfixation der Iris	A.
O 3l	Iridotomie	A.
O 3n	Tenotomie	A.

Gruppe IV

O 4a	Schieloperation mit Vorlagerung und Tenotomie.....	A.
O 4b	Einfache Ptosisoperation	A.
O 4f	Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti	A.
O 4i	Abtragung des Irisprolapses mit Plastik.....	A.
O 4k	Iridektomie.....	A.
O 4l	Enucleatio bulbi.....	A.

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und NEUROCHIRURGIE

Bei unfallbedingten Operationen, soweit sie nicht gesondert angeführt sind, ist eine dem Eingriff analoge Position des Operationsgruppenschemas unter Beschreibung des durchgeföhrten Eingriffes zu verrechnen.

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 8a	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	C.O.
O 8b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)	C.H.NC.O.
O 8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
O 8d	Incision eines Panaritium subcutaneum	
O 8e	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	C.G.
O 8f	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
O 8g	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	
O 8h	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Excision), z.B. Angiom, Nävus, Varixknoten, Atherom, Fibrom, Zyste, Warze über 5 mm einschließlich Naht- und Wundversorgung	

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	C.K.U.
O 8k	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung	C.D.G.
O 8l	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	
O 8m	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	
O 8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	C.D.O.
O 8o	Amnioneinpflanzung nach Filatow	C.G.
O 8p	Probeexcision mit Naht	
O 8q	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	

Gruppe II

O 9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	C.O.
O 9b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Bandrupturen an Knie- und Sprunggelenken	C.O.
O 9c	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
O 9d	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum	C.
O 9e	Buelausche Heberdrainage	C.I.K.L.
O 9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	C.G.NC.U.
O 9g	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	
O 9h	Operative Entfernung (inkl. Naht) einer größeren Geschwulst von 10 mm bis 30 mm Durchmesser (Excision) z.B. Fibrom, Nävus, Atherom, Lipom, Schloffertumor, Angiom, Epitheliom, Varixknoten, einzelner Lymphknoten, Hygrom, Basaliom, Spinaliom	
O 9i	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	C.D.U.
O 9k	Spaltung einer Fistula ani	C.G.
O 9l	Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)	
O 9m	Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode	
O 9n	Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene	
O 9o	Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung	C.O.
O 9p	Amputation oder Enucleation von Phalangen	C.O.
O 9q	Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur	
O 9r	Einfache Krampfadernoperation nach Moszkowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)	C.D.O.
O 9s	Drüsenimplantation	

Gruppe III

O 10a	Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	C.O.
O 10b	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	C.O.
O 10c	Excision großer Wunden und Wundversorgung	C.NC.O.
O 10d	Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	C.O.
O 10e	Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger, u.ä.)	C.D.H.O.
O 10f	Resektion eines kleinen Gelenkes	C.O.
O 10g	Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokализierten Fremdkörpern	C.O.
O 10h	Operative Entfernung (inkl. Naht und erforderlichenfalls Anästhesie) einer Geschwulst über 30 mm Durchmesser (Excision), z.B. Lipom, Fibrom, Nävus, Atherom, Schloffertumor, Hygrom, Spinaliom, Basaliom, kleines Lymphknotenpaket, Adenoma mammae, Angiom, Rectalpolypen	C.D.O.
O 10i	Radikaloperation einer Hydrocele	C.U.
O 10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung	C.G.
O 10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis	C.

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis	C.I.N.C.
O 10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpakets	
O 10q	Vasektomie oder Vasoligatur	C.U.
O 10r	Radikaloperation von Varicen	C.D.O.
	(mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	
O 10s	Nodulioperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	C.

Gruppe IV

O 11a	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband	C.O.
O 11b	Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke	C.O.
O 11c	Nervennaht bei frischen Verletzungen	C.N.C.O.
O 11d	Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)	C.N.C.O.
O 11e	Exstirpation eines Karbunkels	C.O.
O 11f	Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urin-infiltration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen	C.G.O.U.
O 11g	Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke	NC.
O 11h	Tracheotomie	C.O.
O 11i	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis	An.C.H.
O 11r	Noduliexstirpation nach Whitehaed	K. NC.
O 11u	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	C.N.C.
O 11v	Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des Kryptorchismus	C.
O 11x	Reamputation	C.N.C.O.
O 11y	Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt)	C.U.

Gruppe V

O 12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpakets	C.H.
O 12c	Neurolyse mit Naht	C.N.C.O.
O 12d	Sehnenplastik	C.O.
O 12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx	
O 12h	Scalenotomie	C.H.
O 12u	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	C.O.
O 12v	Amputation oder Enukleation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes	C.D.H.O.
O 12x	Osteosynthese kleiner Knochen	C.O.
O 12y	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung	C.O.
		C.N.C.O.

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 16a	Elektrotomie eines ausgedehnten flächenhaften Hauttumores	C.D.
O 16b	Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne congenita	D.

Gruppe II

O 17a	Excision einer Sklerose	C.D.G.U.
O 17b	Exstirpation eines Epithelioms	A.C.D.G.H.

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 18a	Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis	C.G.
O 18b	Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome	
O 18c	Incision eines Bartholin'schen Abszesses, einfache vaginale Incision	C.D.G.U.

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 18d	Strichabrasio	G.
O 18e	Abtragung eines Cervicalpolypen	G.
O 18f	Abtragung vaginaler Granulationen	G.
O 19a	Äußere Wendung bei Querlage	G.
O 19b	Dammnaht I. Grades	G.
O 19c	Auffüllung der Placenta nach Gabastou	G.

Gruppe II

O 20a	Exstirpation des Hymens	G.
O 20b	Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva	D.G.U.
O 20c	Abtragung eines Urethralpolypen	C.D.G.U.
	Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)	
O 20e	Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation)	G.
O 20f	Skarifikation der Portio	G.
O 20g	Discussion der Cervix, Cervixdilatation mit Hagarstiften	G.
O 20h	Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose	G.
O 20i	Vollständige Abrasio mucosae uteri	G.
O 20k	Pertubation	G.
O 20m	Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat	G.
O 21a	Credé in Narkose	G.
O 21b	Dammnaht II. Grades	G.
O 21c	Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile	G.
O 21d	Ausgedehnte introitusnahe Scheidennaht	G.
O 21e	Kopfschwartzange	G.
O 21f	Muttermundincision	G.
O 21g	Hystereuryse	G.
O 21h	Episiotomie und Naht	G.

Gruppe III

O 22a	Labienresektion	G.
O 22b	Exstirpation der Bartholin'schen Drüse	C.G.U.
O 22c	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	G.
	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion	
O 22d	Portioamputation und -plastik	G.
O 22f	Exstirpation eines Bauchdeckentumors (Schloffertumor)	G.
O 22g	Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen) R	G.
O 22i	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat	G.
O 23a	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)	G.
O 23b	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt	G.
O 23c	Naht eines frischen Cervixrisses	G.
O 23d	Cervixnahe Scheidennaht	G.
O 23e	Zange, Vacuumextraction	G.

Gruppe IV

O 25a	Kombinierte Wendung	G.
O 25b	Dammnaht III. Grades mit Sphinkternaht	G.
O 25c	Manuelle Placentalösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta	G.
O 25d	Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt	G.
O 25e	Hohe Zange	G.

Gruppe VI

O 29a	Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)	G.
-------	---	----

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 31a	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	H.
O 31b	Abtragung von Ohrpolypen	H.

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 31c	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	H.
O 31d	Paracentese des Trommelfelles oder Punktion der Paukenhöhle	H.K.
O 31e	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	H.
O 31f	Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie	H.
O 31g	Incision eines Peritonsillar- oder Retropharyngealabszesses	C.H.
O 31h	Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus	H.
O 31i	Probeexcision aus Nase oder Rachen	C.H.
O 31j	Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung	H.

Gruppe II

O 32a	Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper)	H.
O 32b	Intubation	C.H.I.K.
O 32c	Kleine plastische Operationen	C.H.
O 32d	Punktion eines Antrums bei Säuglingen	H.K.
O 32e	Entfernung von adenoiden Vegetationen	H.K.
O 32f	Punktion der Stirnhöhle nach Beck	H.
O 32g	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz	H.
O 32h	Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung	H.
O 32j	Anlegen eines Paukendrainageröhrchens	H.

Gruppe III

O 33a	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	H.
O 33b	Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
O 33c	Unterbindung der Vena jugularis	C.H.
O 33d	Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen	H.
O 33e	Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1,7fach)	H.
O 33f	Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff	C.H.
O 33i	Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung	H.
O 33j	Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger	H.

Gruppe IV

O 34a	Tränensackplastik nach West	A.H.
O 34b	Direkte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
O 34c	Größere plastische Operationen	C.H.
O 34d	Vollständige Entfernung der Ohrmuschel	C.H.
O 34f	Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus	H.
O 34g	Radikaloperation einer Kieferhöhle	H.
O 34h	Operation der Deviatio septi nach Killian	H.
O 34i	Ozaena-Operation	H.
O 34m	Operation eines Nasen-Rachenfibroms	H.

INNERE MEDIZIN, KINDER- und JUGENDHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN, NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE, ANAESTHESIOLOGIE

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 38a	Pneumothorax-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I.L.
O 38b	Pneumoperitoneum-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I.L.
O 38c	Occipitalpunktion und Luftpfüllung (zur Encephalographie) 11/2fach	An.C.H.I.N.
O 38d	Kontrastfüllung bei Bronchographie	An.H.L.
O 38e	Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 11/2fach	An.C.I.N.
O 38f	Nucleographie	

Gruppe II

O 39a	Pneumothorax-Erstanlage	An.I.K.L.
O 39b	Pneumoperitoneum-Erstanlage	I.K.L.
O 39c	Liquorausblasung	C.I.K.L.N.
O 39d	Liquortransfusion	C.I.K.L.N.

Gruppe IV

- O 41b Winterschlaf (Hibernation), (als Hausbehandlung) einschließlich Betreuung An.N.

ORTHOPÄDIE und ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

Das Material für fixierende Verbände ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 42a	Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen	C.O.
O 42c	Subcutane Tenotomie	C.O.
O 42d	Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Beck'schen Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)	C.O.
O 42e	Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm	C.O.
O 42f	Halskrawatte	C.O.
O 42g	Modellverband: Oberschenkel (11/2fach)	C.O.

Gruppe II

O 43a	Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen)	C.O.
O 43c	Offene Tenotomie	C.O.
O 43d	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	C.O.
O 43e	Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper	C.O.
O 43f	Abmeißelung von Exostosen	C.O.
O 43g	Operation des Calcaneussporns	C.O.
O 43h	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen)	C.O.
O 43i	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe III

O 44a	Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	C.O.
O 44b	Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	C.O.
O 44c	Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	C.O.
O 44d	Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O 44e	Arthrodese, Arthrolýse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O 44f	Gipsmieder, Gipsschale	C.O.
O 44g	Gipshose	C.O.
O 44h	Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	C.O.
O 44i	Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	C.O.
O 44k	Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	C.O.
O 44l	Verpfanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	C.O.
O 44m	Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	C.O.
O 44n	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen)	C.O.
O 44o	Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)	C.O.
O 44p	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe IV

O 45a	Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen)	C.O.
-------	--	------

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 45b	Gipsbett	C.O.
O 45c	Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren.....	C.O.
O 45d	Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	C.O.
O 45e	Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	C.O.
O 45f	Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	C.O.
O 45g	Operation des hohen Calcaneus	C.O.
O 45k	Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur	C.O.
O 45l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenk	C.O.
O 45m	Plastik kleiner Gelenke	C.O.
O 45n	Operation der Luxatio acromio-clavicularis	C.O.
O 45o	Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe V

O 46a	Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	C.O.
O 46g	Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation	C.O.
O 46l	Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen	C.O.
O 46m	Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniskusoperation)	C.O.

UROLOGIE

Gruppe I

O 48a	Endourethale Elektrocoagulation	D.U.
O 48b	Meatotomie	D.U.

Gruppe II

O 49a	Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren	U.
O 49b	Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	G.U.
O 49c	Urethrotomia interna	U.
O 49d	Operation eines einfachen Urethralprolapses	G.U.
O 49e	Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses	C.U.
O 49f	Retropertitoneale Luftfüllung	C.I.U.

Gruppe III

O 50a	Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge	U.
O 50b	Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen	U.
O 50c	Urethrotomia externa	U.
O 50d	Operation eines ringförmigen Urethralprolapses	U.
O 50e	Probeexcision aus der Blase	U.

Gruppe V

O 52a	Lithotripsie	U.
-------	--------------------	----

C. Physikalische Behandlung durch Fachärzte für physikalische Medizin

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Wenn der Patient zur physikalischen Therapie zugewiesen wird, kann eine erste Untersuchung nach Pos. Nr. E 12 bzw. E 3 verrechnet werden. Bei Beendigung der jeweiligen Behandlung kann eine Schlussordination nach Pos. Nr. E 3 verrechnet werden.

Pos. Nr.		Euro
TP	Tagsatzpauschale	32,87

einmal pro Patient und Tag verrechenbar

Erfolgt die Verabreichung der als an einem Tag zu erbringenden Leistung aufgesplittet auf mehrere Termine, ist nur eine Tagsatzpauschale verrechenbar.

In der Abrechnung sind neben der Tagsatzpauschale auch die durchgeführten Einzelleistungen unter Angabe der Positionsnummern anzuführen.

Die Tagsatzpauschale umfasst folgende Leistungen:

Pos. Nr.	Zeit (Min.)	Therapeut
Gruppe 1 – Teilmassage		
PM1 Manuelle Teilmassage Teilkörper	10	MM, HM, MTF, PT
PM2 Druckstrahlmassage zB Unterwasser- oder Überwasserdruckstrahlmassage (Hydrojet oder gleichwertig)	10-12	MM, HM, MTF, PT
PM3 Manuelle Druck/Triggerpunktmassage <i>Der Ausbildungsnachweis ist der SVS vorzulegen.</i>	10	MM, HM, MTF, PT

Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische Trainingstherapie

PB1	Bewegungstherapie/Einzel	30	PT
PB2	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT
PB3	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	60	PT
PB4	Bewegungstherapie/Einzel	20	PT
PB5	Unterwasserbewegungstherapie/Einzel	30	PT
PB6	Unterwasserbewegungstherapie/Gruppe (max. 8 Personen)	30	PT
PB7	Krafttraining/MAT Gruppe (max. 12 Personen)	20-30	PT, SpoWi, MTF
	Gerätemindeststandard: Mindestens 6 Geräte aus den folgenden Bereichen, die jedenfalls abgedeckt werden müssen: zB Streckkraft der WS/Beugekraft der WS/Training der angrenzenden Muskelgruppen, Oberkörper, Arm-, Schulterfix. zB Legpress, Hüft Abd- u. Adduktoren, zB Rowing. Seilzüge sind nur zur Unterstützung des Gerätemindeststandards geeignet.		
PB8	Sensomotoriktraining/Einzel apparativ zB Galileo, Zeptor, MFT	8-10	PT, SpoWi, MTF
PB9	Sensomotoriktraining/Gruppe (max. 12 Personen)	8-10	PT, SpoWi, MTF
PB10	Entspannungstraining/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT, SpoWi, Psy, ET
PB11	Allgemeine Bewegungsübungen/Einzel	30	PT, SpoWi, ET
PB12	Allgemeine Bewegungsübungen/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT, SpoWi, ET
PB13	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Einzel (zB Laufband, Fahrrad, Stepper)	30	PT, SpoWi
PB14	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Gruppe (max. 8 Personen) zB Stepper	30	PT, SpoWi
PB15	Antigravitationstraining/Einzel	20-30	PT, SpoWi
PB16	Assessment funktionell – maximal viermal pro Tag	15	PT, SpoWi, MTF, ET, Psy
P4651	Extensionsbehandlung manuell	15	
P4611	Heilgymnastik/Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung	15	
P90V	Heilgymnastik Gruppe pro Person	20	
P4631	Zuschlag für Hausbesuch		

Die Unterwasserheilgymnastik (PB5, PB6, BP13 und BP14) kann nur dann verrechnet werden, wenn ein Therapiebecken mit 10 m² Wasseroberfläche, mit einer Wassertiefe von 1,10 m bis 1,30 m und einer Wassertemperatur von mindestens 29°C, vorhanden ist und der SVS laufend Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.

Gruppe 3 – Thermotherapie

PT1	Wärmetherapie trocken	10	MM, HM, MTF, PT
PT2	Wärmetherapie feucht	15	MM, HM, MTF, PT
PT3	Lokale Kältetherapie	10	MM, HM, MTF, PT
PT4	Hochfrequenztherapie (zB Kurzwelle, Mikrowelle und Dezimeterwelle)	10	MM, HM, MTF, PT

Gruppe 4 – Elektrotherapie

PE1	Niederfrequenzstromtherapie (zB Zellenbad, Iontophorese, Impulsgalvanisation, Schwellstrom, Exponentialstrom, Frequenzmodulation, Galvanisation, neo- u. diadynamische Ströme)	10	MM, HM, MTF, PT
PE2	Mittelfrequenzstromtherapie (zB Interferenz)	10	MM, HM, MTF, PT
P4717	Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung kombiniert		

Gruppe 5 – Ultraschalltherapie

PU1	Ultraschalltherapie (Richtwert pro Sitzung)	5	MM, HM, MTF, PT
-----	---	---	-----------------

Gruppe 6 – Hydropathische Therapie

PH1	Medizinalbad (zB CO ₂ Bad, Moorschwebstoffbad)	15	MM, HM, MTF, PT
-----	---	----	-----------------

Gruppe 7 – Sonstige Therapie

P4652	Extensionsbehandlung mechanisch und/oder mit automatischen Geräten	15	
P90L	Glisson- oder Extensionsbett		
P4720	Inhalationstherapie (ohne Medikament)		
P90M	Aerosolinhalation (ohne Medikament)		

Für Leistungen der physikalischen Therapie sind die Kosten der notwendigen Medikamente und Ähnliches mit der Tagsatzpauschale abgegolten, sodass diese weder verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.

Im Einzelfall können die an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch vom Arzt oder gemäß den berufsrechtlichen Erfordernissen durch Auszubildende selbst erbracht und abgerechnet werden. Alle angeführten Leistungen sind optional zu verstehen. Die berufsrechtlichen Erfordernisse sind im Sinne des Patientenschutzes hierbei streng auszulegen.

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT	Physiotherapeut
ET	Ergotherapeut
MTF	Medizinisch-Technischer Fachdienst
MM	Medizinischer Masseur
HM	Heilmasseur
SpoWi	Sportwissenschaftler
Psy	Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe“

D. Laboruntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Für Fachärzte für nichtklinische Medizin (medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie) sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung (Patientenschein, Ersatzpatientenschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben.
2. Die im Tarif bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin (medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie) verrechnet werden und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen internen Qualitäts sicherung. Die interne Qualitätssicherung wird entsprechend den berufsrechtlichen Ver pflichtungen durchgeführt. Die SVS kann den Nachweis jederzeit anfordern.
3. Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie können Leistungen dieses Abschnittes nicht abrechnen. Für sie gelten die Regelungen nach Abschnitt A. XIV. der Honorarordnung.
4. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.

5. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
6. Sofern in einzelnen Positionen nichts Anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
7. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts Anderes vermerkt ist.
8. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
9. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzelleistungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
10. Über die erbrachten Laborleistungen, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der SVS auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
11. Notwendige Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der SVS und der Österreichischen Ärztekammer – wobei für die Bewertung ähnliche Leistungen heranzuziehen sind – im Rahmen einer Sondervereinbarung im Sinne des § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.
12. Vertragsfachärzte für Pathologie können ausschließlich Leistungen der Gruppen 51 bis 54 abrechnen. Ärzte für Allgemeinmedizin und andere Vertragsfachärzte sind zur Abrechnung von Leistungen der Gruppen 51 bis 54 nicht berechtigt. Weiters gilt:
 - a) Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) der SVS nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
 - b) Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.
 - c) Leistungen der Gruppen 51 (gynäkologische Zytologie) und 52 (extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ausbildungsordnung) verrechenbar.
 - d) Der Vertragsfacharzt für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender sind einschlägig zu beraten.

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
1.01 Blutbild	3,5
1.04 Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes	10,0
1.09 Retikulozyten-Zählung	6,0
1.11 Osmotische Erythrozytenresistenz	15,0
1.12 Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	10,0
1.13 Sternalpunktat: Färbepräparat, Differentialzählung und Beurteilung	200,0
1.14 Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	1,5
1.16 HLA-B 27	20,0
<i>nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar</i>	
1.17 Leukozytendifferenzierung < 5 Typ	20,0
<i>Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.</i>	
1.18 Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ	80,0
<i>bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung</i>	
1.19 Leukozytendifferenzierung > 10 Typ	150,0
<i>bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung</i>	

Gruppe 2: Blutgerinnung

Pos.Nr.		Punkte
2.01	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit Bestimmung.....	10,0
2.03	Thrombozyten-Zählung	3,5
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“	4,0
	<i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i>	4,0
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	4,0
	<i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i>	4,0
2.06	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	4,0
2.07	Thrombinzeit (TZ)	4,0
2.08	Fibrinogen.....	4,5
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	7,5
2.10	Antithrombin III-Bestimmung	10,0
2.11	APC-Resistenz	8,0
	<i>nur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening</i>	8,0
2.12	Protein C	15,0
	<i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>	15,0
2.13	Protein S	15,0
	<i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>	15,0
2.14	Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je	15,0
	<i>einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar</i>	15,0
2.15	Lupusantikoagulans.....	14,0
	<i>Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte APTT</i>	14,0

Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
3.01	Blutzucker-Bestimmung	1,0
3.02	Fruktosamine	4,0
	<i>nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar</i>	4,0
3.03	HbA1 oder HbA1c.....	9,0
	<i>nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar</i>	9,0
3.04	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN	1,0
3.05	Kreatinin	1,0
3.06	Harnsäure	1,0
3.07	Gesamtbilirubin.....	1,0
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin	1,0
3.09	Gesamteiweiß-Bestimmung	1,0
3.10	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	9,0
3.11	Triglyceride (Neutrale Fette)	1,0
3.12	Gesamtcholesterin.....	1,0
3.13	HDL-Cholesterin	1,3
3.14	LDL-Cholesterin.....	1,3
3.15	Natrium	1,0
3.16	Kalium	1,0
3.17	Kalzium	1,0
3.18	Chloride	1,0
3.19	Phosphor	1,5
3.20	Magnesium	1,5
3.21	Lithium	2,0
	<i>nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar</i>	2,0
3.22	Kupfer	5,0
3.23	Eisen	2,0
3.24	Eisenbindungskapazität einschließlich Serum-eisenbestimmung	5,5
	<i>nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar</i>	5,5
3.25	Ferritin	2,5
3.26	Albumin	1,3
3.27	Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter	25,0
3.28	Transferrin	2,5
	<i>nicht neben Position 3.24 verrechenbar</i>	2,5

Pos.Nr.		Punkte
3.29	Ammoniak..... <i>nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie</i>	2,5
3.30	Laktat..... <i>nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)</i>	2,5
3.31	LP a	9,3
	<i>nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend</i>	

Gruppe 4: Enzyme

Pos.Nr.		Punkte
4.01	Aldolase	2,5
4.02	Alkalische Phosphatase	1,0
4.03	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase.....	1,8
4.04	Cholinesterase	1,0
4.05	CK (Creatin-Kinase).....	1,1
4.06	CK-MB-Isoenzym	2,5
	<i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>	
4.07	GOT (ASAT)	1,0
4.08	GPT (ALAT)	1,0
4.09	Gamma-GT	1,0
4.12	Lipase-Bestimmung	1,6
4.13	LDH	1,0
4.15	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	9,0
4.16	Myoglobin..... <i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>	5,0
4.20	Troponin T oder Troponin	7,2

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung	1,0
	<i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i>	
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung)	1,0
	<i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i>	
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02)	3,0
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	3,0
5.06	Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine).....	10,0
5.07	Porphobilinogen.....	10,0
5.08	Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	15,0
5.09	5-Hydroxyindolessigsäure	15,0
5.10	Mikroalbumin	1,0
5.11	Gesamteiweißbestimmung	1,0
5.13	Glukose.....	1,0
5.15	Kreatinin.....	1,0
5.17	Natrium	1,0
5.18	Kalium	1,0
5.19	Kalzium	1,0
5.20	Chloride	1,0
5.21	Phosphor	1,0
5.22	Kupfer	25,0
5.23	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	1,5
	Katecholamine - siehe Gruppe 14	

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
6.01	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes	15,0

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
7.01	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten.....	9,0
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen)	2,0
7.03	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung.....	9,0
7.04	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	9,0
7.05	7.05 Pankreas-Elastase im Stuhl	20,0
	<i>bei Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz</i>	

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
8.01	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung	5,0
	<i>nicht neben Pos. 8.02 verrechenbar</i>	
8.02	Färbepräparat auf Tbc nach Anreicherung	8,0
	<i>nicht neben Pos. 8.01 verrechenbar</i>	
8.05	8.05 Spermogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert und Verflüssigungszeit	15,0

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
9.01	9.01 Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung	5,0
	<i>nicht neben Pos. 9.02 verrechenbar</i>	
9.02	9.02 Sediment nativ und Färbepräparat	5,0
	<i>nicht neben Pos. 9.01 verrechenbar</i>	
9.03	9.03 Bestimmung der Zellzahl	5,0
9.04	9.04 Mikroskopischer Kristallnachweis	5,0
9.05	9.05 Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	5,0
9.06	9.06 Albumin	2,0
9.07	9.07 Gesamteiweiß-Bestimmung	2,0
9.08	9.08 Glukose	2,0
9.09	9.09 Harnsäure	2,0
9.10	9.10 LDH	2,0
9.11	9.11 CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	3,5

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

Pos.Nr.		Punkte
10.01	10.01 Blutgruppenstatus: AB0-System und Rhesusfaktor	15,0
	<i>nur mit Begründung, z. B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar</i>	
10.02	10.02 3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest	15,0
10.03	10.03 Coombstest direkt	7,0
10.04	10.04 Coombstest indirekt	15,0
10.05	10.05 Kälteagglutinationsreaktion	6,0
10.06	10.06 Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren	11,0
	<i>nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar</i>	
10.07	10.07 Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration)	13,0
	<i>nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar</i>	
10.08	10.08 Antikörperfendifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest (Pos. Nr. 10.02)	24,0
10.09	10.09 Dw	11,0
10.10	10.10 Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppenserologischen Problemkonstellationen	12,4

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
11.01 Immunelektrophorese oder Immunfixation	25,0
nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar	
11.02 Kappa- und Lambdaketten	14,0
11.03 Haptoglobine	7,0
11.04 Coeruloplasmin	10,0
11.05 Alpha-1-Antitrypsin	4,0
11.06 Alpha-2-Makroglobulin	7,0
11.07 Diagnosespezifischer Tumormarker (ausgenommen PSA, Pos. Nr. 11.42)	13,0
nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar	
11.08 Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen und HBc-Antikörper)	18,0
11.09 HBs-Antigen	9,0
11.10 HBs-Antikörper	9,0
11.11 HBc-Antikörper	9,0
11.12 HBc-IgM-Antikörper	13,0
nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar	
11.13 HBe-Antigen	13,0
nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar	
11.14 HBe-Antikörper	13,0
nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar	
11.15 HAV-Antikörper	10,0
11.16 HAV-IgM-Antikörper	11,5
nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar	
11.17 Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	5,0
11.18 TPHA-Test	5,0
11.19 Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS)	12,5
11.20 19 S (IgM) FTA-ABS-Test	12,5
11.22 RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch	2,5
11.23 Antistreptolysin-O-Objektrögertest qual	2,5
11.24 Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	2,5
11.25 CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektrögertest qual.L	2,5
11.26 CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch	2,5
11.30 Mononukleosetest als Objektrögertest	5,0
11.32 Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	4,0
11.33 IgE	7,0
11.34 Suchtest auf mind. 6 Allergene	32,0
bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar	
11.35 Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	13,0
11.36 Anti-DNS	13,0
11.37 Hepatitis C AK (IgG oder IgM)	10,0
11.38 Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je	15,0
11.39 Mitochondriale Antikörper	13,0
11.40 Mikrosomale Antikörper	11,5
11.41 Thyreoglobulin Antikörper	11,5
11.42 PSA	7,0
verrechenbar in folgenden Indikationen:	
Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern mit hohem Risiko für ein Prostatakarzinom (erstgradige Verwandte mit Prostatakarzinom, familiäre Häufung)	
Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern bei bekannter oder Verdacht auf BRCA1/2-Mutation. Bei Nachweis eines Hypogonadismus vor einer Testosteronsubstitution Unter Testosteronsubstitution (im ersten Jahr halbjährlich und anschließend jährlich) Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom. Abnormale digital-rektale Untersuchung bzw. konkreter Krebsverdacht (z.B. tastbarer Knoten)	
11.43 freies PSA	5,0
in max. 10% der Pos. 11.42	
11.44 AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid	10,0
nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist	
11.45 AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	13,0
11.46 TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK)	11,5
nur bei Verdacht auf Thyreoiditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar	
11.47 C3-Komplement	10,0

Pos.Nr.		Punkte
11.48	C4-Komplement.....	10,0
11.49	ANA-Subsets	9,0
	<i>nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar</i>	
11.50	Leberspezifische Antikörper (z.B. SLK, LKM) je.....	11,3
	<i>max. 3 AK</i>	
11.51	c-ANCA oder p-ANCA	12,0
	<i>max. 2 AK pro Erkrankungsfall</i>	
11.52	Gliadin-AK.....	10,0
	<i>nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar</i>	
11.53	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper	10,0
	<i>bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar</i>	
11.54	1,25-Dihydroxy-Vitamin-D3.....	14,0
	<i>nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel</i>	
11.55	Vitamin B12.....	11,0
	<i>nur zur Anämieabklärung</i>	
11.56	Folsäure	11,0
	<i>nur zur Anämieabklärung</i>	
11.57	Apolipoproteine	5,7
	<i>nicht neben Pos 3.13 und 3.14 und max. 2x verrechenbar</i>	
11.58	C1 Esterase Inhibitor	6,9
11.59	Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Auto-antikörpers (z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je	
	<i>max 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar</i>	
		7,9

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
12.01	Nativpräparat.....	3,0
12.02	Färbepräparat (Gram usw.), außer auf Tbc	5,0
12.03	Färbepräparat auf Tbc nach Anreicherung	5,0
12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o. Ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest	20,0
12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9,0
12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9,0
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9,0
12.08	Kultur auf Mykoplasmen	11,0
12.10	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je	7,0
	<i>höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar</i>	
12.11	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepräparate	20,0
12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	4,0
12.13	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemothrapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	14,0
12.16	Brucella AK KBR	8,0
12.17	Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	20,0
12.18	Echinokokken KBR	8,0
12.19	Gruber-Widal (O- u. H-Antigene)	8,0
12.20	HIV-AK (Elisa)	9,0
12.21	HIV-Western-Blot oder IFT	35,0
	<i>nur bei positivem HIV-Test verrechenbar</i>	
12.23	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8,0
12.24	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je	13,5
	<i>nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar</i>	
12.25	Toxoplasmose IIFT	15,0
12.27	Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA)	15,0
	<i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar</i>	
12.28	Zystizerkosen KBR	8,0
12.29	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepräparate	20,0
12.31	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	11,5
12.32	Amöben-AK.....	15,0

Pos.Nr.		Punkte
12.33	Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	15,0
12.34	Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT.....	15,0
12.37	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je	15,0
12.38	Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	9,0
12.40	Echinokokken HAT	10,0
12.41	Enteroviren KBR	8,0
12.44	Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	15,0
12.46	FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	15,0
12.47	Gonokokken-Antigen (EIA)	15,0
12.48	Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.50	Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
12.52	Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
12.53	Leptospiren (KBR, Aggl. T)	10,0
12.55	Listerien KBR	8,0
12.56	Leishmaniose KBR, HAT	10,0
12.58	Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.59	Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.62	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
12.63	Picornavirus KBR	8,0
12.64	Qu-Fieber KBR.....	8,0
12.65	Rota Viren KBR	8,0
12.66	Trichinose KBR	8,0
12.67	Trichinose IFT, EIA	15,0
12.68	Tularämie (KBR, Agg. T).....	15,0
12.70	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.71	Yersinia KBR.....	8,0
12.73	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.74	Zystizerkosen IFT.....	10,0
12.75	Helicobacter pylori AK-Nachweis C	15,0
	<i>nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar</i>	
12.76	Borrelia IgG oder IgM AK	12,0
12.77	Borrelia-Westernblot IgG oder IgM	15,0
	<i>bei positiven Borrelien</i>	
12.78	HCV-RNS quantitativ	100,0
	<i>nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insgesamt max. 4 mal, im weiteren Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR anforder- und verrechenbar</i>	
12.79	HCV-PCR qualitativ	35,0
	<i>grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1 mal pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit HCV-RNS verrechenbar</i>	
12.80	HPV-Typisierung	41,0
	<i>bei PAP III und status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernunruhe) anforder- und verrechenbar</i>	
12.81	Cytomegalie-PCR	70,0
	<i>nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantationsdiagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Antikörper (unter Vorlage von Vorbefunden)</i>	
12.82	Helicobacter pylori AG im Stuhl	30,0
	<i>nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therapiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist</i>	
12.83	Bordetella pertussis PCR	28,0
12.84	Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota.....	5,0
	<i>nur bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar</i>	
12.85	HIV PCR quantitativ	80,0
	<i>nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal</i>	
12.86	Stuhlkultur	17,0
	<i>max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
12.87	Clostridientoxin.....	20,0
	<i>Nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar</i>	
12.88	Bartonella henselae-AK	10,5

Pos.Nr.		Punkte
12.89	Coxsackie B-IgG oder IgM	11,4
12.90	LCM Virus AK.....	11,4
12.91	Ornithose-Antikörpernachweis je	11,4
12.92	Mycoplasmen AK je	11,4
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich AM, K	6,9
	<i>nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04 verrechenbar</i>	
12.94	Parainfluenza-Antikörpernachweis je	11,4
12.95	Parvovirus AK (Ringelröteln) je.....	11,4
12.96	Legionelle IgG oder IgM	11,4
12.98	Tetanus-Antikörper	11,4

Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen

Pos.Nr.		Punkte
13.01	Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung)	10,0
	<i>höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und pro Quartal verrechenbar; Lithium - siehe Gruppe 3</i>	
13.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitalin	10,0
13.06	Theophyllin.....	10,0
13.07	Drogennachweis, quantitativ im Harn, je	6,0
	<i>Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar</i>	
13.08	Antibiotika, Zytostatika	13,0
13.09	Schwermetalle	20,0
	<i>bei dringendem Vergiftungsverdacht</i>	

Gruppe 14: Hormone

Pos.Nr.		Punkte
14.01	Gesamt-T4 oder freies T4.....	6,0
	<i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	
14.02	Gesamt-T3 oder freies T3	6,0
	<i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	
14.03	TSH	5,4
	<i>TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15)</i>	
14.04	Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG)	10,0
14.05	Aldosteron.....	20,0
14.06	Cortisol	10,0
14.07	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	7,0
14.08	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je	25,0
	<i>höchstens zwei verrechenbar</i>	
14.09	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure, Methanephren, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je... <i>höchstens zwei verrechenbar</i>	18,0
14.12	Luteinisierendes Hormon (LH).....	7,0
14.14	Östradiol.....	8,0
14.16	Parathormon	19,5
14.19	Progesteron	8,0
14.20	Prolaktin	7,0
14.21	Testosteron	8,0
14.22	Wachstumshormon (STH)	20,0
14.23	17-Hydroxy-Progesteron.....	21,0
14.24	SHBG	11,0
14.25	DHEA-S	10,0
14.26	ACTH	18,0
14.27	Androstendion	13,0
14.28	c-Peptid..... <i>nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar</i>	12,6
14.29	Insulin	12,6
	<i>zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II</i>	

Pos.Nr.		Punkte
14.30	Osteocalcin	10,7
14.31	Gastrin	12,6
14.32	Crosslabs	10,7
14.33	pro-BNP	15,2
	1 x pro Fall und Jahr abrechenbar	

Bestimmungen von Sexualhormonen dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.

Gruppe 15: Funktionsproben

Pos.Nr.		Punkte
15.01	Oraler Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindesten drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen)	5,0
15.02	Kreatinin-Clearance endogen	5,0
15.03	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	18,0

Gruppe 16: Histologie – Zytologie

Pos.Nr.		Punkte
16.01	Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	10,0
16.02*)	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
16.03*)	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
16.04	Gefrierschnitt	5,0
*) Ab 1.1.1985 ist die Verrechenbarkeit der Positionen 16.02 und 16.03 an den Nachweis der praktischen Ausbildung auf dem Gebiet der Zytodiagnostik im Sinne der Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 8.6.1983, BGBl. Nr. 328 und 329, gebunden. Der Nachweis ist gegenüber der Ärztekammer zu erbringen. Fachärzte für Med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik“ haben keinen Nachweis zu erbringen. Jene Vertragsärzte, die vor dem 1.1.1985 tatsächlich zytodiagnostische Leistungen abgerechnet haben, bleiben weiterhin in diesem Umfang zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.		

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

Pos.Nr.		Punkte
18.01	Blutentnahme aus der Vene	2,5
18.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	5,0
18.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt	5,0
	1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar	
18.04	Abstrich je Abnahmestelle	3,0
18.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	3,0
18.08	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	3,0
18.09	Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett	10,0

Gruppe 51: Gynäkologische Zytologie

Pos.Nr.		Euro
51.01	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objekträger)	7,45
	verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzten für Pathologie, die der SVS bis längstens 31. Dezember des jeweiligen Abrechnungsjahres ihre Teilnahme am Programm der freiwilligen Selbstkontrolle des „Komitees für Qualitätssicherung in der Zytologie“ der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachgewiesen haben	

Pos.Nr.		Euro
51.02	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze) <i>maximal 3x (Objekträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 53.06 und 53.14 verrechenbar</i>	2,32
51.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen <i>maximal 3x (Objekträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 53.06, 53.07, 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	3,29
51.04	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objekträger)	6,18
55.03	HPV-DNA (Bestimmung von „Low-risk-Typen“ und „High-risk-Typen“ humarer Papillomaviren), nur zur Abklärung unklarer Abstriche bzw. bei Patientinnen mit besonderem Risiko <i>in 1% der honorierten Pos.Nrn. 51.01 und VZYT1 verrechenbar</i>	43,60

Gruppe 52: Exogenitale Zytologie

Pos.Nr.		Euro
52.01	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objekträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) <i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.02 verrechenbar</i>	10,00
52.02	Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objekträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) <i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.01 verrechenbar</i>	13,00
52.03	Zuschlag für mehr als vier Objekträger zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 <i>maximal 1x pro Zuweisung nur mit Begründung verrechenbar</i>	5,00
52.04	Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 <i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.05 verrechenbar</i>	6,00
52.05	Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 <i>maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.04 verrechenbar</i>	10,00
52.07	Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 <i>maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar</i>	21,45

Erläuterungen:

- GIEMSA, PAP, GRAM und DIFFQUICK gelten als Standardfärbungen
- Pos.Nr. 52.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objekträgers, Färbung etc.)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objekträger sowie des Befundes
- Pos.Nr. 52.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objekträgers, Färbung, Zytozentrifuge etc.)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objekträger sowie des Befundes
- Hinsichtlich der Pos.Nrn. 52.01/52.02 und 52.04/52.05 ist nur eine Alternativverrechnung möglich.

Gruppe 53: Mikrobiologie

Pos.Nr.		Euro
53.01	Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate, makroskop. Beschreibung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos.Nr. 53.22 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar</i>	12,93
53.02	Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	6,86
53.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	6,86

Pos.Nr.		Euro
53.04	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	5,96
53.06	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze) <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.02 und 53.14 verrechenbar</i>	2,32
53.07	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.03, 53.06, 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	3,29
53.08	Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial	9,77
53.09	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepräparat (zB Gram u.Ä) <i>nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	3,29
53.10	Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis <i>nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	2,32
53.11	Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät	2,75
53.14	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials <i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nrn. 53.06 und 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH) siehe Pos.Nrn. 53.09 und 53.10</i>	1,86
53.15	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepräparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien)..... <i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nr. 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos.Nrn. 53.09, 53.10, maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	2,80
53.16	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate (zB Harnkultur) <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 53.25 (zB Uricult) verrechenbar</i>	8,96
53.17	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	11,21
53.19	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	11,21
53.20	Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	13,12
53.21	Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	13,18
53.22	Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepräparate je Kultur	8,01
	<i>maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos.Nrn. 53.01, 53.16 bis 53.21 und 53.23 bis 53.24 verrechenbar)</i>	
53.23	Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	15,01
	<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
53.24	Kultur auf Mykrobakterien (zB Tbc), einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	23,59
	<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
53.25	Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (zB Uricult)	3,50
	<i>nicht neben Pos.Nr. 53.16 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos.Nr. 53.22 zu verrechnen</i>	

Pos.Nr.		Euro
53.26	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemoth- erapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers <i>bei Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen</i>	10,37

Gruppe 54: Histologie

Pos.Nr.		Euro
54.01	Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operations- präparaten), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden <i>maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unab- hängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar</i>	26,55
54.02	Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden <i>maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unab- hängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar</i>	26,55
54.05	Zuschlag für vermehrte Objekträger pro Block zur Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung)	3,00
54.06	Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 <i>nicht neben Pos.Nr. 54.07 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i>	7,00
54.07	Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 <i>nicht neben Pos.Nr. 54.06 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i>	13,00
54.09	Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 <i>maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechen- bar</i>	44,00
54.10	Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verar- beitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block.....	8,40

Erläuterungen:

- Pos.Nr. 54.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - makroskopische Beurteilung und Herausschneiden
(Ziehen repräsentativer Stichproben)
 - histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigen
eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objekträger,
HE-Standardfärbung)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate
falls 54.05 bzw. 54.10) und des Befundes
- Pos.Nr. 54.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - Makroskopische Beurteilung
 - histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen,
Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrere Schnitte auf einem
Objekträger, HE-Standardfärbung)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate
falls 54.05 bzw. 54.10) und des Befundes
- Zu den Pos.Nrn. 54.01 und 54.02:
werden in einem zeitlichen Zusammenhang (ein diagnostisch-therapeutischer
Eingriff) mehrere Präparate des gleichen Organes oder Organsystems entnommen,
kann (hinsichtlich der Einsendung) nur einmal die Position 54.01 bzw. 54.02
verrechnet werden. Beispielsweise wird Folgendes angeführt:
 - Entnahme mehrerer Lymphknoten
 - Entnahme mehrerer Naevi
 - mehrere Magenbiopsien
 - Entnahme aus paarigen Organen

- d) hinsichtlich der Pos.Nrn. 54.01/54.02, sowie 54.06/54.07 ist nur eine Alternativverrechnung zulässig
die Pos.Nrn. 54.05 bzw. 54.10 beinhalten jeweils auch (zusätzliche) gefärbte Schnittpräparate – HE Standardfärbung

E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch einen Vertragsarzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist. Der zuweisende Arzt hat die angeforderte Leistung auf der Zuweisung genau festzulegen.
2. Die Vertragsärzte für Radiologie können nur jene Leistungen abrechnen, die der zuweisende Vertragsarzt angefordert hat und die im Tarifkatalog enthalten sind. Ausnahmefälle (medizinisch notwendige Überschreitung des Zuweisungsausmaßes) sind nachvollziehbar zu begründen.
3. Über unklare Zuweisungen ist möglichst das Einvernehmen mit dem zuweisenden Vertragsarzt herzustellen.
4. Die Verrechnung von Positionsnummern des Röntgenorganartarifes (Pos.Nr. R 101 bis R 808) für dort nicht enthaltene Leistungen ist unzulässig. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können derartige Leistungen mit den Positionsnummern R1a bis R4k abgerechnet werden.
5. Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Leistung, die diagnostische Maßnahme inklusive aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund sowie die Dokumentation abgegolten.
6. Die Untersuchungsergebnisse sind schriftlich auszufertigen. Die erbrachten Leistungen sind mit geeigneten Medien zu dokumentieren.
7. Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Land bestehenden Pools in natura beigestellt werden, können sie unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der SVS abgerechnet werden.
8. Untersuchungen auf Rechnung der SVS dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die SVS hat das Recht dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsarzt für Radiologie festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsarztes ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.
9. Eine diagnostische Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:
 - a. Familiäre erhöhte Disposition

Anmerkung: Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits);

Verwandte ersten Grades: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn;

Verwandte zweiten Grades: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Neffe, Halbschwester, Halbbruder;

Verwandte dritten Grades: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousin und Cousine ersten Grades

Hohes Risiko (das bedeutet: 10-Jahres-Risiko zwischen dem 40. und 50. LJ von mehr als 8%) liegt vor: bei 3 Brustkrebsfällen vor dem 60. LJ oder 2 Brustkrebsfällen vor dem 50. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters oder 2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters oder männlicher UND weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters

Moderates Risiko (das bedeutet 10-Jahrs-Risiko zwischen dem 40. und 50. LJ von 3-8%) liegt vor: bei 1 weiblichen Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ oder 1 männlichen Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandter ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist oder 2 Verwandte ersten Grades oder 1 Verwandter ersten Grades UND 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters UND 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters (einer davon sollte ein Verwandter ersten Grades sein); 3 Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters.

Moderates Risiko liegt außerdem in begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters vor.

b. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ

Anmerkung: Ärztliche Brustuntersuchung 1x jährlich ab dem 18. LJ; Brust MRT 1x jährlich ab dem 25. LJ bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie; Mammographie 1x jährlich ab dem 35. LJ; Mammasonographie bei Bedarf

c. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie

Anmerkung: vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt. Eine laufende Hormonersatztherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammographien dar.

d. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)

e. Mastodynies einseitig

f. Histologisch definierte Risikoläsionen

Anmerkung: z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ.

g. Sekretion aus Mamille

Anmerkung: Bildagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss

h. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)

Anmerkung: jährlich Mammographie und Ultraschall beidseits, MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht

i. Zustand nach Mamma-OP (gutartig): ggf. einmalige Kontrolle

j. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess

Anmerkung: 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

k. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut

Anmerkung: z.B. Mamillenretraktion, Orangenhaut, Plateaubildung, etc.; bei Verdacht auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie

l. Besondere medizinische Indikation im Einzelfall

Anmerkung: Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle

10. Keine kurative Mammographie darf bei folgenden Indikationen verrechnet werden: Mastopathie, zyklusabhängige beidseitige Beschwerden und Mastodynies beidseitig.

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Organarif

Von den im Organarif ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 50% als Honorarteil und 50% als Unkosten

Schädel

Pos.-Nr.		Punkte
R101	Schädel	76,9
R102	Gesichtsschädel.....	33,0

Pos.-Nr.		Punkte
R103	Schädelbasis	33,0
R104	Sella	29,3
R105	Schlafenbein, pro Seite	91,6
R106	Nasennebenhöhlen	84,1
R107	Nasenbein	29,3
R108	Kiefergelenk, pro Seite	54,8
R109	Gesamter Oberkiefer	55,5
R110	Gesamter Unterkiefer	55,5
R111	Zahnstatus	107,4
R112	Zähne, 1-3 benachbarte	29,3
	<i>(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)</i>	

Wirbelsäule, knöcherner Thorax

Pos.-Nr.		Punkte
R201	Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen	91,6
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)</i>	
R202	Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und Durchleuchtung	160,9
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)</i>	
R203	Brustwirbelsäule	75,1
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R204	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacgelenke	120,0
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R205	Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacgelenke	76,9
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R206	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl.	136,9
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)</i>	
R207	Rippen, einseitig	49,6
R208	Sternum	76,9

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten

Pos.-Nr.		Punkte
R301	Clavicula, pro Seite	37,7
R302	Scapula, pro Seite	76,9
R303	Oberarm, pro Seite	71,6
R304	Unterarm, pro Seite	71,6
R305	Hand, pro Seite	76,9
R306	Navicularserie, pro Seite	
	<i>(gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)</i>	29,3
R307	1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen	
	<i>(mehrere Finger oder Zehen an einem Tag sind mit Pos. Nr. R305 bzw. R310 zu verrechnen)</i>	54,8
R308	Oberschenkel, pro Seite	84,7
R309	Unterschenkel, pro Seite	71,6
R310	Ganzer Fuß, pro Seite	76,9
R311	Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite	
	<i>(mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit medizinischer Begründung)</i>	62,3
R312	Calcaneus, pro Seite	54,8
R313	Sternoclaviculargelenk, pro Seite	37,7
R314	Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite	86,3
R315	Ellenbogengelenk, pro Seite	54,8
R316	Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	54,8
R317	Becken	49,6
R318	Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.)	88,2
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)</i>	
R319	Hüftgelenk, axial, pro Seite	40,3
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)</i>	
R320	Kniegelenk, pro Seite	73,9

Pos.-Nr.		Punkte
R321	Kniegelenk mit Patella, pro Seite <i>(nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)</i>	95,9
R322	Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad)	80,4
R323	Sprunggelenk, pro Seite	62,3
R324	Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	140,4
R325	Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein	136,9

Halsorgane, Herz und Lunge

Pos.-Nr.		Punkte
R401	Thorax	95,5
R402	Halsorgane	103,6
R403	Tomographie der Lunge, bds.	140,4

Magen – Darmtrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R501	Oesophagus	121,7
R502	Magen-Duodenum in Doppelkontrast	228,5
R503	Dünndarmpassage	78,4
R504	Dickdarmassage, 24 h.p.c.	78,4
R505	Irrigoskopie in Doppelkontrast	393,2
R506	Abdomen, nativ	49,6

Gallentrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R601	Gallenblase, nativ	33,0
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R603 und R604)</i>	
R602	Perorale Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	91,6
R603	i.v. Cholangio-Choleocystographie inkl. Nativaufnahme	242,6
R604	Inf. Cholangio-Choleocystographie inkl. Nativaufnahme	267,8
R605	Tomographie der Gallenwege	140,4

Harntrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R701	Harntrakt, Nativaufnahme	49,6
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)</i>	
R702	i.v. Pyelographie	307,0
R703	Inf. Pyelographie	332,2
R704	Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrogrammie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrogrammie inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel	347,6
R705	Tomographie der Nieren, bds.	140,4

Spezialuntersuchungen

Pos.-Nr.		Punkte
R801	Mammographie, beidseits	172,5
R802	Mammographie, einseitig	88,1
R803	Galaktographie	191,4
R804	Hystero- Salpingographie	159,6
R805	Pneumocystographie	96,4
R806	Phlebographie, pro Extremität	190,8
R807	Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung)	103,6
R808	Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen.....	195,9

Formatetarif

1. Grundhonorar

Pos.-Nr.		Punkte
R 1a	Erste röntgenologische Leistung	16,3
R 1b	Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tag	10,9

2. Sonderleistungen

Pos.-Nr.		Punkte
R 2a	Darmeinlauf mit Kontrastmittel.....	8,1
R 2e	Intramuskuläre Injektion	4,1

Unkosten

3. Durchleuchtungen und Zuschläge

Pos.-Nr.		Punkte
R 3a	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	16,6
R 3b	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	19,3
R 3c	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen (Pos.Nr. R 3b + 3 x Pos.Nr. R 3e)	41,8
R 3d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	25,4
R 3e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	7,5
R 3f	Zuschlag zur Pos. R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	12,0
R 3g	Zuschlag zur Pos. R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	14,5

4. Aufnahmen

Pos.-Nr.		Punkte
R 4a	Format 9x12	10,7
R 4b	Format 13x18	15,7
R 4c	Format 18x24	20,0
R 4d	Format 15x40	25,4
R 4e	Format 24x30	28,4
R 4f	Format 30x40	32,9
R 4g	Format 35x35	35,9
R 4h	Zahnfilm	6,5
R 4i	Format 35x43	39,0
R 4j	Format 30x90	62,8
R 4k	Format 20x40	29,3

5. Mehrphasenaufnahmen

Pos.-Nr.		Punkte
R 5a	Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	20,0
R 5b	Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30)	28,4

RÖNTGENTHERAPIE

1. Von den ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 40% als Honoraranteil, 60% als Unkosten.

Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit * gekennzeichneten Indikationen gelangen mindestens zwei Stellen zur Verrechnung.

- a) „Sitzung“ ist die einmalige Bestrahlung eines Feldes,
- b) „Stelle“ ist das erkankte Organ.

Beispielsweise gilt als Stelle:

Ein Tumor mit den benachbarten regionären Drüsen (Mamma, Uterus).

Jedes große Gelenk, eine Hand, ein Fuß u.ä.

Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS, BWS, LWS).

Bei herdförmigen Erkrankungen, z.B. der Haut, richtet sich die Zahl der zu verrechnenden Stellen nach der Zahl der notwendigen Felder.

2. Falls bei Durchführung einer Röntgentherapie die im Tarif festgesetzte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, sind Honorar und Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen.

3. Falls die Zahl der durchgeführten Sitzungen die im Tarif vorgesehene Zahl überschreitet, sind Honorare und Unkosten im Verhältnis der darüber hinaus durchgeführten Sitzungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu erhöhen.

Wird bei Positionen aus der Tarifgruppe I und II aus medizinischer Indikation eine zweite oder weitere Serie angeschlossen, so muss die vorangegangene Serie mit der Maximalzahl der vorgesehenen Sitzungen erfüllt sein.

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
9. Tarifgruppe I: 80 Punkte			
R 9a	Akne	2-6	4
R 9b	Blepharoconjunctivitis	2-6	4
R 9c	Congelatio der Hände oder der Füße	2-6	4
R 9d	Ekzem, chronisch und mykotisch	2-6	4
	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem, Otitis externa)	2-6	4
R 9e	Encephalitis chronica	2-6	4
R 9f	Epididymitis	2-6	4
R 9g	Epilepsie	2-6	4
R 9h	Erysipel	2-6	4
R 9i	Erythema induratum Bazin	2-6	4
R 9k		2-6	4
Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
R 9l	Furunkel, unspezifische Lymphadenitis	2-6	4
R 9m	Intertrigo	2-6	4
R 9n	Lichen Vidal und ruber planus	2-6	4
R 9o	Migräne	2-6	4
R 9p	Mikulicz'sche Erkrankung	2-6	4
R 9q	Mykosis fungoides	2-6	4
R 9r	Paronychie	2-6	4
R 9s	Periodonitis	2-6	4
R 9t	Periones	2-6	4
R 9u	Poliomyelitis	2-6	4
R 9v	Pruritus	2-6	4
R 9w	Psoriasis mit Thymus	2-6	4
R 9x	Scrophuloderma	2-6	4
R 9y	Thymushyperplasie	2-6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung	2-6	4
Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
10. Tarifgruppe II: 130 Punkte			
R 10a	Agranulocytose	6	3
R 10b	Aktinomykose der Haut	3-4	5
R 10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke ..	4-6	3
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneus-sporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)	4-6	3
R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6-8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen) ..	1	1
	Hochdruck, Angina pectoris		
R 10h	(Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	6*)	2
R 10i	Mastitis acuta	3-6	3
Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R 10l	Morbus Werlhof	3	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis	4-6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4-6	2
R 10o	Schweißdrüsenerzündung	4-6	3
R 10p	Tbc der Haut	3-4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten	2-6	4
R 10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4-6	4
R 10s	Tbc des Kehlkopfes	6	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R 10u	Thrombophlebitis	4-6	3

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
R 10v	Warzen (auch multiple)	2-6	2
R 10w	Condylomata acuminata	3-4	3
R 10x	Alopecia areata	5	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangioome)	2-4	3

Bei den Positionen R 10m, R 10o, R 10q gelangt die 11/4fache Punkteanzahl zur Verrechnung.

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
11. Tarifgruppe III: 180 Punkte			
R 11a	Aktinomykose mitteltiefer und tiefer Sitz	3-4	5
R 11b	Asthma bronchiale	6	3
R 11c	Clavus	2	3
R 11d	Herpes zoster, Neurodermatitis	4-6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3-5	4
R 11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie	4-6	3
R 11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3-6	3

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
R 11i	Morbus Paget und Bechterew	4-6	2
R 11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
R 11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2-8	3
R 11m	Osteomyelitis	4-6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinale Symptomenkomplex nach Magenresektion, ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4-6	3
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2-4	3
R 11p	Tbc des Darmes	6	4
R 11q	Tonsillarhyperthrophie und Tonsillitis chron.	3*)	3
R 11s	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4-6	4
R 11t	Schloffertumor	6	3
R 11u	Karbunkel	3-4	3

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
12. Tarifgruppe IV: 280 Punkte			
R 12a	Hirndrucksymptome Plexus (chorioideusbestrahlung)	3	3
R 12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
R 12d	Prostatahyperthrophie (bei kontraindizierter Operation)	6-8	3
R 12e	Tbc peritonei	2	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
13. Tarifgruppe V: 310 Punkte			
R 13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4*)	3
R 13b	Kastrationsbestrahlung	4*)	2
R 13c	Leukämie, Fernbestrahlung	8	3
R 13e	Myoma uteri, Endometriose	4*)	3
R 13f	Papillomatose des Larynx	8	2
R 13g	Polycythämie	8	2
R 13h	Totalbestrahlung nach Mallet	10	2

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
14. Tarifgruppe VI: 340 Punkte			
R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, der Lippen, der Wangenschleimhaut, ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes)	2–10	3 (4)
R 14b	Kraurosis vulvae	3	3
R 14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	3	4
R 14d	Wirbelhämangiome	6–10*)	4
Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
15. Tarifgruppe VII: 530 Punkte			
R 15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	8–12	4 (5)
R 15b	Melanoblastoma mal.	10–20	3 (4)
R 15c	Fraktionierte Bestrahlung der Lympho-, Leuko- und Retothelsarkomatosen	8–12*)	3
Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
16. Tarifgruppe VIII: 770 Punkte			
R 16	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	13–24	3 (4)
Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
17. Tarifgruppe IX: 1380 Punkte			
R 17	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	25–40	2 (3)
Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
18. Tarifgruppe X: 2100 Punkte			
R 18	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	41–75	1 (2)

Die bei R 14a, 15–18 in Klammer angegebene Maximalzahl der Serien wird nur bei entsprechender medizinischer Begründung anerkannt.

Bei der Abrechnung der Pos. R 15–18 ist vom Arzt die verabfolgte Gesamtdosis anzugeben.

Zu den Tarifgruppen VII (R 15) bis X (R18) erfolgen folgende Zuschläge:

- a) Bei Gitterbestrahlung 25%
- b) bei Bewegungsbestrahlung 50%
- c) bei Hochvolt- oder Kobaltbestrahlung 75%
- d) bei Hochvolt- oder Kobaltbestrahlung 125%

20. Buckybestrahlung:

Pos.-Nr.		Punkte
R 20a	Buckybestrahlung (pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Anzahl der Felder)	40

21. Radiumtherapie:

Die Honorierung der Radiumtherapie wird in einer besonderen Vereinbarung zwischen der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und der Österreichischen Ärztekammer festgesetzt.

Pos.-Nr.		Punkte
R 22a	Ordination ohne Anwendung des Röntgenapparates (z.B. Kontrolle nach Röntgen-[Radium]-therapie oder Begutachtung der Notwendigkeit einer Röntgen[Radium]-therapie)	15

1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass

MU 1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MI 1	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 11,55
MS 1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS 2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS 3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
KN 1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	€ 17,88
KU 1	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 21,80
KU 2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat	€ 21,80
KU 3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 21,80
KU 4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 21,80
KU 5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KU 6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 21,80
KU 7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat	€ 21,80
KU 8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat	€ 21,80
KO 1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 11,55
KH 1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 17,95
	<i>Im Zeitraum 1.1.2002 bis 1.1.2004 auch im Rahmen der KU 2 zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat durchführbar.</i>	
KA 1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 17,95
KA 2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KS 1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüften in der 1. Lebenswoche	€ 29,07
KS 2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüften zwischen der 6. und 8. Lebenswoche	€ 29,07
	<i>Im Zeitraum 1.4.2002 bis 1.1.2004 auch zwischen der 12. und 16. Lebenswoche durchführbar.</i>	

2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen

Sondervereinbarungen zur Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen, die entsprechend der Empfehlung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft durchzuführen sind, können mit Fachärzten für Innere Medizin abgeschlossen werden. Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimationsset. Das Honorar je Untersuchung, einmal pro Patient verrechenbar in drei Monaten, beträgt

	Punkte
ERGO inkl. EKG	138

Neben dieser Honorarposition sind keine gesonderten elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.

Punktwerte für GSVG-Anspruchsberechtigte

Abschnitte der		Punktwerte ab		
Honorarordnung		01.01.2020	01.01.2021	01.01.2022
A.	I (ohne 1j)	€ 0,7403	€ 0,7500	€ 0,7624
A.	I 1j	€ 0,7216	€ 0,7500	€ 0,7624
A.	II TA	€ 0,7105	€ 0,7500	€ 0,7624
A.	III bis X (ohne 34a bis 34f, 35b, 35e, 35f, 35g und 36a bis 36f)	€ 0,7396	€ 0,7500	€ 0,7624
A.	VIII (34a bis 34f)	€ 0,5539	€ 0,5600	€ 0,5692
A.	IX (35b, 35e, 35f, 35g und 36a bis 36f)	€ 0,6883	€ 0,6883	€ 0,6997
A.	Xb	€ 1,5308	€ 1,5308	€ 1,5561
A.	XI	€ 0,5404	€ 0,5600	€ 0,5692
A.	XII Sonographische Untersuchungen	€ 0,5562	€ 0,5600	€ 0,5692
	Ergometrische Untersuchung	€ 0,5218	€ 0,5218	€ 0,5304
A.	XIII	€ 0,5005	€ 0,5005	€ 0,5088
A.	XIV	€ 1,7480	€ 1,7480 ¹⁾	€ 1,7768 ¹⁾
B.	Operationen	€ 0,7258	€ 0,7258	€ 0,7378
D.	Labor	€ 1,2372	€ 1,2372	€ 1,2372
E.	(R1a-R2e)	€ 0,6481	€ 0,6481	€ 0,6588
E.	(R3a-R5b)	€ 0,5170	€ 0,5170	€ 0,5255
E.	(ohne R1a-R5b)	€ 0,5684	€ 0,5684	€ 0,5778

- 1) für nachstehende Pos. Nrn. und Fachgebiete gelten ab 01.01.2022 folgende Ausnahmen:
- Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.05, 4.20, 5.03, 7.02, 12.93 und 15.01 von Allgemeinmedizinern in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktewert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.05, 3.15, 3.16, 4.07, 4.08, 4.09, 4.20, 7.02 und 15.01 von Angehörigen des Fachgebietes Innere Medizin in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktewert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - Werden die Pos.Nrn. 4.07, 4.08, 7.02 und 12.93 von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktewert nach Abschnitt D.
 - Werden die Pos.Nrn. 1.01 und 4.20 von Angehörigen des Fachgebietes Lungenheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktewert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - Wird die Pos.Nr. 1.01 von Angehörigen des Fachgebietes Urologie in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktewert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - Wird die Pos.Nr. 15.01 von Angehörigen des Fachgebietes Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktewert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - Werden die Pos.Nrn. 12.01, 12.07 oder 12.12 in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktewert nach Abschnitt D. zur Anwendung.

Punktwerte für BSVG-Anspruchsberechtigte

Abschnitte der		Punktwerte ab		
Honorarordnung		01.01.2020	01.01.2021	01.01.2022
A.	I (ohne 1j)	€ 0,5475	€ 0,5547	€ 0,7624
A.	I 1j	€ 0,6216	€ 0,6461	€ 0,7624
A.	II TA	€ 0,7105	€ 0,7500	€ 0,7624
A.	III bis X (ohne 34a bis 34f, 35b, 35e, 35f, 35g und 36a bis 36f)	€ 0,7396	€ 0,7500	€ 0,7624
A.	VIII (34a bis 34f)	€ 0,4432	€ 0,4481	€ 0,5692
A.	IX (35b, 35e, 35f, 35g und 36a bis 36f)	€ 0,6883	€ 0,6883	€ 0,6997
A.	Xb	€ 1,5308	€ 1,5308	€ 1,5561
A.	XI	€ 0,5404	€ 0,5600	€ 0,5692
A.	XII Sonographische Untersuchungen	€ 0,4700	€ 0,4732	€ 0,5692
	Ergometrische Untersuchung	€ 0,5218	€ 0,5218	€ 0,5304
A.	XIII	€ 0,3940	€ 0,3940	€ 0,5088
A.	XIV	€ 1,7480	€ 1,7480 ¹⁾	€ 1,7768 ¹⁾
B.	Operationen	€ 0,4554	€ 0,4554	€ 0,7378
D.	Labor	€ 0,7805	€ 0,7805	€ 0,7805
E.	(R1a-R2e)	€ 0,5761	€ 0,5761	€ 0,6588
E.	(R3a-R5b)	€ 0,3479	€ 0,3479	€ 0,5255
E.	(ohne R1a-R5b)	€ 0,4240	€ 0,4240	€ 0,5778

1) für nachstehende Pos. Nrn. und Fachgebiete gelten ab 01.01.2022 folgende Ausnahmen:

- a) Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.05, 4.20, 5.03, 7.02, 12.93 und 15.01 von Allgemeinmedizinern in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktewert von € 1,2372 zur Anwendung.
- b) Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.05, 3.15, 3.16, 4.07, 4.08, 4.09, 4.20, 7.02 und 15.01 von Angehörigen des Fachgebietes Innere Medizin in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktewert von € 1,2372 zur Anwendung.
- c) Werden die Pos.Nrn. 4.07, 4.08, 7.02 und 12.93 von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktewert von € 1,2372 zur Anwendung.
- d) Werden die Pos.Nrn. 1.01 und 4.20 von Angehörigen des Fachgebietes Lungenheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktewert von € 1,2372 zur Anwendung.
- e) Wird die Pos.Nr. 1.01 von Angehörigen des Fachgebietes Urologie in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktewert von € 1,2372 zur Anwendung.
- f) Wird die Pos.Nr. 15.01 von Angehörigen des Fachgebietes Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktewert von € 1,2372 zur Anwendung.
- g) Werden die Pos.Nrn. 12.01, 12.07 oder 12.12 in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktewert von € 1,2372 zur Anwendung.

4. Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie

I. Leistungsvoraussetzungen :

Kurative Mammographien können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen erbracht werden (Leistungserbringer), welche nachstehende Voraussetzungen erfüllen und von der SVS auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (Punkt 11) der Verrechnungsmöglichkeit vom Krankenversicherungsträger informiert.

- 1.) An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
 - a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
 - b) technische Qualitätssicherung gemäß „Kompendium Mammographie Teil 1“
 - c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
 - d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographie durchführen (Punkt 10.).
- 2.) An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
 - a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiologen/Radiologin. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karezza oder einem anderen einvernehmlich von SVS und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein/e Radiologe/Radiologin eine längere Karezza in Anspruch nimmt, kann er/sie mit einer Fallsammlungsprüfung (vgl. ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen. Neueinsteiger/Neueinsteigerinnen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen, sofern sie als Zweitbefunder/Zweitbefunderin für einen erfahrenen Radiologen/eine erfahrene Radiologin tätig waren.

Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung 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.

 - b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.
- 3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß „Kompendium Mammographie Teil 2“. Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
- 4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. „Kompendium Mammographie Teil 2“ nicht Gegenstand dieser gesamtvertraglichen Regelung. Die Zusammensetzung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und dem HVB und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.

- 5.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Mediziphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
- 6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.
- 7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.
- 8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 - 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV, amtlich verlautbart unter www.avsv.87/2012, eingerichtet wird, eingespeist und stehen der SVS und der ÖÄK zur Verfügung.
- 9.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.
- 10.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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/von der Radiologin nachzuweisen.
- 11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.
- 12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK- Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ geregelt.
- 13.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ bei der ÖÄK eingerichtet.

II. Dokumentation

- 1.) Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder/Befunderin zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.
- 2.) Die Datenflussdokumentation gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 3“ wurde einvernehmlich zwischen SVS und HVB 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 Pseudonymisierungsservice 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.
- 3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

III. Evaluierung

- 1.) Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.
- 2.) Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

IV. Kompendium Mammographie

Teil 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").

Zusätzlich werden für das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm Erweiterungen für die technische Qualitätssicherung definiert (EUREF-Ö Erweiterung), 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 Österreich weite Vergleichbarkeit der Gerätemessdaten zu gewährleisten.

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

Messungen – von berufsrechtlich befugten Personen durchzuführen (BBP)

1. Tägliche Anzeige eines Testbildes auf den Befundungsmonitoren (RWS)

Display eines Testbildes (SMPTE oder AAPM-QC18) auf der RWS und visuelle Beurteilung wesentlicher Charakteristika (Helligkeit, Kontrast, Geometrie) bei passender Umgebungshelligkeit (< 50lx)

Lokale Dokumentation, dass durchgeführt und ok
Wenn nicht ok → Info an RefZQS

Befundung mit Laser imager (LI) Filmbild auf Filmschaukasten (FSK)

Falls die Screeningeinheit noch mit LI und FSK befundet, ist ein LI-Testbild (SMPTE oder AAPM-QC18) auszudrucken und auf dem FSK bzgl. wesentlicher Charakteristiken wie bei der RWS zu beurteilen.

2. Wöchentlicher Test (WT) des FFDM Systems

Durchführung von 2 Aufnahmen eines homogenen 50 mm dicken PMMA-Blocks mit 24x30 cm (Sectra 26x32 cm); der Prüfkörper wird dabei einmal normal platziert und einmal um 180° gekippt.

Schicken der 2 Prüfkörperaufnahmen als DICOM-Files im RAW (for processing) Modus gemäß Datenflussmodell (Teil 3)

EUREF-Ö Erweiterung

Bei CR wird zusätzlich mit jeder im Routinebetrieb verwendeten Kassette eine Aufnahme durchgeführt, da sonst auch befundungsstörende Artefakte in den CR- Kassetten bzw. im CR-Reader nicht erkannt werden.

3. Monatlicher Test (MT) des Ultraschallsgerätes (MT-Sono):

EUREF-Ö Erweiterung

Durchführung von 3 Phantomaufnahmen pro in der Mammographie verwendeten Schallkopf.

Schicken der Prüfkörperaufnahmen als DICOM-Files gemäß Datenflussmodell (Teil3)

4. Halbjährlicher Test mit einem Testbild auf den RWS:

Display eines Testbildes (SMPTE oder AAPM-QC 18) auf der RWS und Messen der optischen Dichte der angezeigten Grauwertflächen.

Eintragen der Grauwerte in der vom RefZQS zur Verfügung zustellenden Software, mit der ua die GSDF-Conformance überprüft wird.

Befundung mit LI-Printout

Analoge Vorgangsweise wie bei RWS.

5. Optionale halbjährliches HT-Subset (HT-BBP)

Siehe dazu Kapitel „Messungen – vom RefZQS bzw. beauftragten externen Medizin- physikern durchzuführen“ – Punkt 3.

Messungen – vom RefZQS bzw. beauftragten externen Medizinphysikern durchzuführen

1. FFDM-System – Akzeptanztest (AT) sowie AT-Subset nach Reparatur

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010).

EUREF-Ö Erweiterung

Zusätzlich gesetzlich erforderliche Dosisausbeute (Y60) sowie Dynamikumfang nach ÖNS5240-12.

Während dieser Messzeiten steht das FFDM-System nicht für den Routinebetrieb zur Verfügung. Erfahrungen zeigen, dass die reine Messzeit am FFDM-DR-System durchschnittlich 4 Stunden beträgt, am FFDM-CR-System ca. 6 Stunden.

Es sind die vom RefZQS herauszugebenden Formulare und Durchführungsbeschreibungen zu verwenden.

DICOM-Files (im RAW-Format) und Formular sind dem RefZQS zu übergeben.

2. Ultraschallgerät – Akzeptanztest (AT) sowie AT-Subset nach Reparatur

EUREF-Ö Erweiterung

Im Rahmen der Einschulung der BBP in den monatlichen Phantomtest (MT-Sono) werden die Begleitdokumente des Herstellers bzw. der mit der Installation beauftragten Firma angesehen und durchgeführte herstellerinterne Testverfahren bzw. Berichte über Schallkopfüberprüfungen evaluiert.

Aufbauend darauf wird ein weiterführender Test (z.B. Schallkopfüberprüfung) durch das RefZQS empfohlen oder mit dem MT unmittelbar begonnen.

Ein über längere Zeiträume innerhalb der Toleranzen liegender MT-Sono des Ultraschallgerätes erlaubt die Annahme, dass der JT keine Zusatzinfos bringt und daher nicht durchgeführt werden braucht.

3. FFDM-System – Halbjahrestest (HT)

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010).
Vorgangsweise und Aufwand etwa 80 % von Akzeptanztest (AT).

EUREF-Ö Erweiterung

Falls die Auswertungen des Weekly Test des FFDM-Systems seit dem letzten RefZQS-Test (Akzeptanz- oder Jahrestest) durchwegs 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 berufsrechtlich befugten Personen durchgeführt werden kann (HT-BBP), ersetzt werden:

Durchführung durch BBP von 2x3 Aufnahmen mit 2x10 mm PMMA-Platten und PMMA-Block des WT und 0,2 mm Al-Plättchen.

Messzeit ca. 15 min. und senden der DICOM-Files gemäß Datenflussmodell (Teil 3).

4. FFDM-System – Jahrestest (JT):

Durchführungen nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010).

Vorgangsweise und Aufwand nahezu ident zu Akzeptanztest.

5. Ultraschallgerät – Jahrestest (JT)

EUREF Ö Erweiterung

Siehe Kommentar in „Ultraschallgerät – Akzeptanztest – AT“.

Harmonisierung EUREF-TQS und ÖN-TQS

In Österreich ist die gesetzlich vorgeschriebene TQS durch Normen geregelt. Für die Mammographie sind es derzeit im Wesentlichen

- ÖN S 5240-12 für die Abnahmeprüfung (AP)
- ÖN S 5240-7 für die Konstanzprüfung (KP), welche in 2011 mit neuen Versionen angekündigt wurden. Weiters gibt es seit 1/2012 die
- ÖN S 5240-19 für die AP und KP von Laserimager mit Trockentechnologie.

In diesen neuen ÖN-Versionen wird in den entsprechenden Anhängen (z.B. ÖN S 5240-7) folgendes erwähnt und weiters die einzelnen Prüfpunktentsprechungen angeführt:

Alternative Prüfverfahren

Als alternative Prüfverfahren kommen insbesondere die in den Mammographie Screening EUREF-Richtlinien festgelegten in Betracht. Diese Prüfverfahren sind im European Protocol for Quality Control in Mammographie Screening (EPQC) im Detail beschrieben:

- EPQC Version 4 aus 2006
- EPQC Supplement aus 2010.

Die in diesen EPQC Dokumenten angeführten zusätzlichen Prüfverfahren bzw. Erweiterungen zu den in Tabelle C.1 angeführten EPQC Prüfverfahren, welche keine Entsprechung in der ÖN S 5240-7 haben, sind hier nicht angeführt.

Dies hat zur Folge, dass bei Durchführung der TQS nach den EUREF-Richtlinien die gesetzlich vorgeschriebene ÖN-TQS mit abgedeckt ist.

Bei § 17-Überprüfungen (§ 17 StrSchG) können der Behörde die Berichte des RefZQS über die einzelnen EUREF-TQS-Test (Wöchentlicher Test, Akzeptanztest, Halbjahrestest, Jahrestest) vorgelegt werden.

Für eine EUREF-Ö harmonisierte Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der ÖN-TQS ist es nötig, in den entsprechenden ÖN-Arbeitsgruppen mitzuarbeiten um ein Auseinanderdriften zu vermeiden.

Prozess bei negativen Analyseergebnissen bei TQS

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

Schema der Fehlerkategorien

Kategorie 1 – ok

Das System entspricht bezüglich des betreffenden Prüfpunktes dem Stand der Technik und den für das Mammographie-Screening vorgeschriebenen Richtlinien.

Kategorie 2 – ok

Es wurde ein geringfügiges Problem festgestellt, dessen weitere Entwicklung beobachtet wird und bei Bedarf auch der Techniker des Herstellers und/oder die zuständige BBP zu informiert werden.

Kategorie 3 – nicht ok

Es wurde ein Problem festgestellt, zu dessen Lösung der Techniker des Herstellers und/oder die zuständige BBP zu involvieren sind.

Kategorie 4 – nicht ok

Das System entspricht bezüglich des betreffenden Prüfpunktes nicht den für das Mammographie-Screening vorgeschriebenen Richtlinien und darf bis zur Reparatur und nachfolgendem positiven EUREF-Test nicht für Mammographie-Screening eingesetzt werden.

Kategorien 1 bis 3 werden in den periodischen Testberichten angeführt. Der jeweilige Bericht wird an den Radiologen geschickt.

Bei Fehler der Kategorie 4 wird der Radiologe vom RefZQS unmittelbar nach dem Analyseergebnis kontaktiert und weitere Aktionen festgelegt. Die Erfahrungen aus den österreichischen Pilotprojekten zeigen, dass Fehler der Kategorie 4 nicht ad hoc auftritt, sondern sich bereits vorher durch Fehler niedrigerer Schwere ankündigt, die dann bereits zu einem früheren Zeitpunkt behoben werden können.

Abkürzungen

AAPM	American Association of Physicists in Medicine → AAPM Testbilder für Monitor-QS
AT	Akzeptanztest
BBP	berufsrechtlich befugte Personen
CR	Computed Radiography
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 für quality assurance in breast cancer screening and diagnosis)
EUREF	European Reference for Mammography Screening
EUREF-Ö	EUREF Protokoll, optimiert für österreichische Verhältnisse
EUREF-TQS	TQS nach den EUREF-Leitlinien (EPQC)
FFDM	Full Field Digital Mammography (digitale Mammographie)
FFDM-CR	Full Field Digital Mammography – Speicherfoliensysteme
FFDM-DR	Full Field Digital Mammography – Flachdetektorsysteme
FSK	Filmschaukasten
GSDF	Grey Level Standard Display Function (Graustufen-Standard- Display-Funktion)
HT	Halbjahrestest
JT	Jahrestest
LI	Laser imager
MT	Monatlicher Test
ÖN-TQS	Gesetzlich vorgeschriebene TQS in Österreich
PMMA	Kunststoff auf Acrylbasis (simuliert Brustgewebe mit etwa 50 % Parenchym und 50 % Fett)
QS	Qualitätssicherung
RAW	Rohdatenformat (ohne Bearbeitung)
RefZQS	Referenzzentrum für technische Qualitätssicherung
RWS	Review Work Station (Befundungsmonitore)
SMPTE	Society of Motion Picture and Television Engineers → SMPTE- Testbild für Monitor-QS
TQS	Technische Qualitätssicherung
WT	Wöchentlicher Test

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, allfällige 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 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
 - o Organisationsstruktur
 - o Abläufe
 - o Begriffe (Erläuterung der Klassifizierung,...)
 - o Aufgabenverteilung
- Überblick Qualitätssicherungsmaßnahmen in allen Bereichen des Programms
- Grundlagen radiologischer Verfahren in der Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie, Ultraschall)
- Radiologische Verfahren in 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 Versorgungskette beteiligen Berufs- gruppen (z.B. 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)
 - o physikalische Prinzipien
 - o Positionierungstechnik, Einstelltechnik
 - o Artefakte
 - o Spezialaufnahmen (Vergrößerungen, Zielkompression,...)
 - o Hard- und Software
- Radiologische Verfahren im Assessment (MRT, Biopsien, Markierungen)
 - o physikalische Prinzipien
 - o Positionierungstechnik Einstelltechnik
 - o 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
 - o Abgrenzung Arzt/Assistent/Medizinphysiker
 - o 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) in einem von der Zertifikatskommission anerkannten Zentrum für Mammadiagnostik nachgewiesen werden kann. Sollte diese Prüfung nicht bestanden werden, ist ein neuerliches Antreten erst nach 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 Erstausstellung. 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 6b 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 dritt nächsten Kalenderjahr befristetes Zertifikat erhalten, währenddessen sie die notwendige Befundung von 2.000 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 Richtlinien 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.

Teil 3

Datenflussdokumentation Kurative Mammographie (KU-MAM)

Einleitung

Die Beschreibung der Datenflüsse für kurative Mammographien bezieht sich auf die Beschreibung der Datenflüsse für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (=BKFP) (vgl. Anlage 7 des 2. ZP VU-GV, amtlich verlautbart unter www.avsv.87/2012) und beschreibt nur Ergänzungen.

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

- Im Bereich Einladungsmanagement (Kapitel 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 BKFP-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 (Kapitel 4) ist eine Doppelbefundung (DF2) optional möglich.

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

- Die Bereiche Programmevaluierung (Kapitel 5), Feedbackberichte (Kapitel 6), Technische Qualitäts-sicherung (Kapitel 7) und Zertifikatsregister (Kapitel 8)

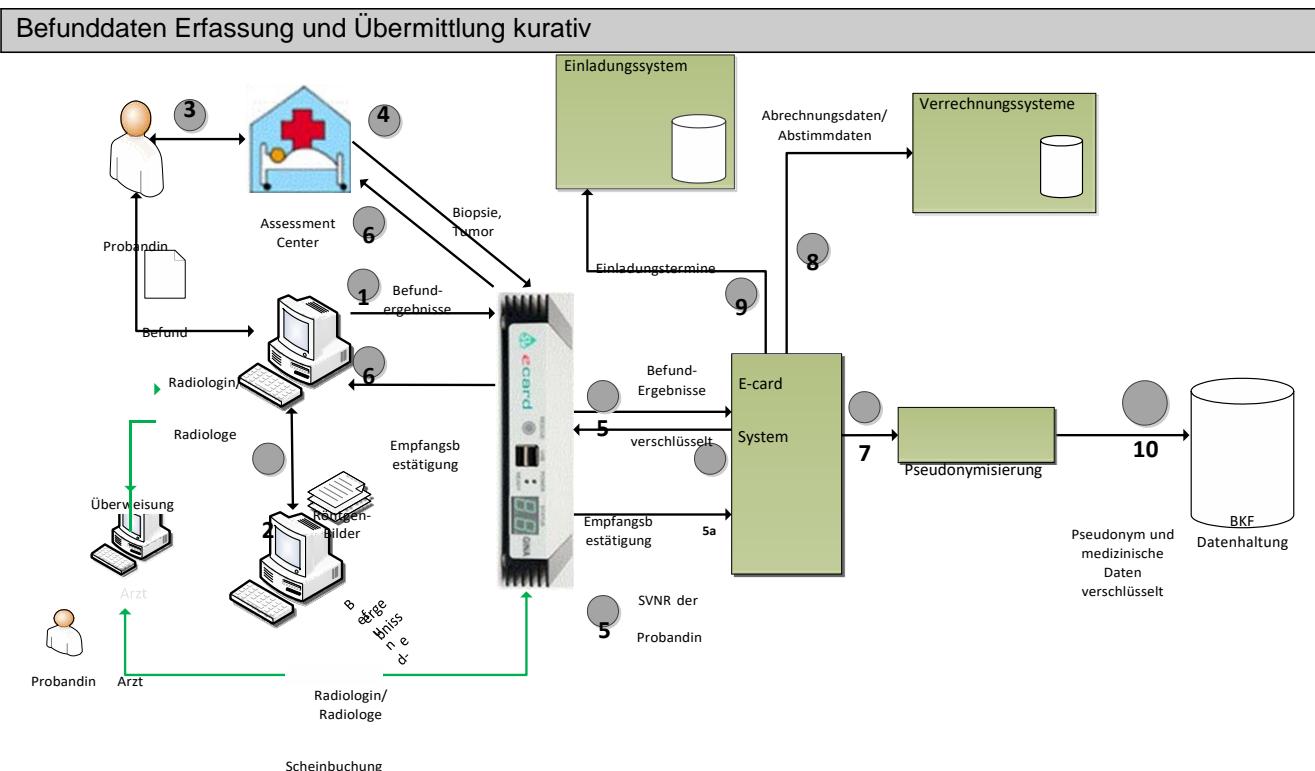


Abbildung 1 Datenfluss – Befunddaten Erfassung/Übermittlung kurativ

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 Kapitel 4 beschriebenen.

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

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 Da- tentabellen.

I. 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 Mammographie (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 Übersiedlung 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 numerisch 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 Radiologie-systeme 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 nummernisch plus Bindestrich

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
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 Mammographie 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 Radiologie-systeme 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 Mammographiebefundung 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 (alphanumerisch)
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 Übersiedlung 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

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
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 Gründen wiederholt werden	M	M	V (DH)	radiologie.whTech Werte: 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

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 P...Pseudonymisiert X...keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
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 Ein- ladung. Wird dem Einla- dungsmanagement über- mittelt.	A	A	X, V (DH)	Datum
	Grund für die Wiederein- bestellung der Patientin	M	A	V (DH)	0 .. Keine Wieder- einbestellung 1 .. US veranlasst (durch Zweitbefun- der) 2 .. Röntgen Zu- satzaufnahmen 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 BKFProgrammes berücksichtigt.

Da sich das Einladungssystem und das e-card System innerhalb des gleichen geschützten Systems befinden, ist hier keine weitere Verschlüsselung der Daten notwendig.

II. 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).

III. Weitere Datenflüsse

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

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86.
DVR: 0024244