

Stichwortverzeichnis

Register

A

<i>Abgabe von Abrechnungen</i>	A 5
<i>Abrechnung, Durchführung und Honorierung von Vorsorgeuntersuchungen ab 1. Oktober 2005</i>	V 1
<i>Abrechnung, Durchführung und Honorierung von Früherkennungsmammographien ab 1. Jänner 2014</i>	V 2
Allgemeine öffentliche Krankenanstalten Niederösterreichs - Durchführung von Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit den Vorschriften über den Mutter-Kind-Pass	M 2
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Universitätsklinik für Arbeitsmedizin; Einweisung	E 3
Altersgrenze.....	A 2
<i>Ambulatorien für Computertomographie - Abschluss von Verträgen</i>	C 1
<i>Ambulatorien für Magnetresonanztomographie - Abschluss von Verträgen</i>	M 6
<i>Arbeitsunfähigkeit - Feststellung bzw. Meldung durch den Vertragsarzt; Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger (§§ 23 bis 25 des Gesamtvertrages)</i>	A 1
<i>Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen - Ausfertigung</i>	A 1
<i>Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS)</i>	A 6
Ärztliche Bestätigungen im Zusammenhang mit einer Pflegefreistellung (Pflegeurlaub)	P 2
Ärztliche Hilfe für Anspruchsberechtigte der Sozialversicherungs- anstalt der Bauern (SVB) ab 1.7.1998	A 4
<i>"Ärztliches Gespräch" - Einzelleistungsposition</i>	E 1
Ausfertigung von Drucksorten, Belegen etc.	A 3
<i>"Aussprache (ausführliche diagnostisch-therapeutische) zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)" - Vereinbarung über die Neuregelung der Einzelleistungsposition</i>	E 1
<i>Ausstellung von Kassenrezepten</i>	K 1

B

Bauern - Ärztliche Hilfe für Anspruchsberechtigte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) ab 1.7.1998	A 4
Befreiung von der Rezeptgebühr	R 2
Belege, Drucksorten etc. - Ausfertigung	A 3
<i>Bestellung-Drucksorten</i>	<i>D 1</i>
<i>Bemerkungen (erläuternde); Leistungspositionen - Sondervereinbarungen</i>	<i>B 1</i>
Bestätigungen (ärztliche) - Ausfertigung im Zusammenhang mit einer Pflegefreistellung (Pflegeurlaub)	P 2
Bewilligungspflicht bzw. -freiheit von Sehbehelfen	S 1

C

<i>Computertomographie (Ambulatorien für) - Abschluss von Verträgen</i>	<i>C 1</i>
---	------------

D

Drucksorten, Belege etc. - Ausfertigung	A 3
<i>Drucksorten-Bestellung</i>	<i>D 1</i>
<i>Durchführung, Abrechnung und Honorierung von Vorsorgeuntersuchungen ab 1. Oktober 2005</i>	<i>V 1</i>
<i>Durchführung, Abrechnung und Honorierung von Früherkennungsmammographien ab 1. Jänner 2014</i>	<i>V 2</i>

E

<i>eAUM (elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung/Arbeitsfähigkeitsmeldung)</i>	A 1
<i>e-card-Vorgangsweise ab 1.1.2009 für Versicherte der § 2-Kassen und SVB</i>	E 7
<i>EDV-Rechnungslegung von Vertragsärzten (ausgenommen Zahnbehandler)</i>	R 1
Einweisung in die Universitätsklinik für Arbeitsmedizin des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien	E 3
Einweisung von Patienten in Krankenanstalten	E 2
<i>Einzelleistungsposition "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)"</i>	E 1
Elektronische Formulare	F 2
<i>Enterale Ernährung</i>	H 5
<i>Erläuternde Bemerkungen (Leistungspositionen - Sondervereinbarungen)</i>	B 1
<i>Erstattungskodex</i>	E 6
EU/EWR - Behandlungsverpflichtung von Personen aus "EU/EWR-Ländern"	E 4

F

<i>Feststellungen der Vertragspartnerkontrolle</i>	V 4
Formulare – elektronisch	F 2
<i>Früherkennungsmammographien ab 1.Jänner 2014</i>	
<i>Durchführung, Abrechnung und Honorierung</i>	V 2
FSME-Schutzimpfung - Verrechnung des Kostenzuschusses	F 1

G

<i>Gruppenpraxen-Gesamtvertrag ab 1. April 2009</i>	<i>G 2</i>
Gruppenpraxen-Gesamtvertrag für Radiologie ab 1. Juli 2006	G 1

H

Hauskrankenpflege (krankenhausersetzende medizinische) - Durchführung; Pilotprojekt vom 01.07.1993 bis 31.12.1993	H 1
<i>Heilbehelfe und Hilfsmittel - Kostenbeteiligung</i>	<i>H 3</i>
Heilbehelfe - Verordnung; Kennzeichnung der Verschreibungen für Betreute nach einem Sozialversicherungsabkommen	H 4
<i>Heilnahrung – Neuregelung ab 1. Juli 2010</i>	<i>H 5</i>
Hörgeräteversorgung	H 2
<i>Honorarverhandlungen - Ergebnis für das Jahr 2013</i>	<i>H 6</i>
<i>Honorierung, Abrechnung und Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen ab 1. Oktober 2005</i>	<i>V 1</i>
<i>Honorierung, Abrechnung und Durchführung von Früherkennungsmammographien ab 1. Jänner 2014</i>	<i>V 2</i>
Honorierung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen an nichtversicherten Personen ab 1. Jänner 1978	M 3

Indikationsliste für Kontaktlinsen	K 6
Inkontinenz-Artikel - Versorgung	I 1
<i>In-vitro-Fertilisation</i>	<i>I 2</i>

K

<i>Kassenrezepte - Ausstellung</i>	K 1
Kennzeichnung der Verschreibungen für Betreute nach einem Sozialversicherungsabkommen - Verordnung von Heilbehelfen	H 4
Kontaktlinsen - Bewilligungspflicht bzw. -freiheit	S 1
Kontaktlinsen - Indikationsliste	K 6
<i>Kostenbeteiligung - Heilbehelfe und Hilfsmittel</i>	H 3
Kostenzuschuss - FSME-Schutzimpfung, Verrechnung	F 1
Krankenanstalten (allgemeine öffentliche) Niederösterreichs - Durchführung von Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit den Vorschriften über den Mutter-Kind-Pass	M 2
Krankenanstalten - Einweisung von Patienten	E 2
Krankenbehandlung - Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze	R 5
Krankenhaus (Allgemeines) der Stadt Wien - Universitätsklinik für Arbeitsmedizin; Einweisung	E 3
Krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege - Durchführung; Pilotprojekt vom 01.07.1993 bis 31.12.1993	H 1
Kunststoffgläser - Bewilligungspflicht bzw. -freiheit	S 1
Kuraufenthalt für Psoriasis Erkrankte am Toten Meer	P 4

L

Laborleistungen - Führung eines Laborbuches	L 2
Laboruntersuchungen (Durchführung) im Zusammenhang mit den Vorschriften über den Mutter-Kind-Pass in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten Niederösterreichs	M 2
<i>Langzeitbewilligung - NEU</i>	A 6
Leistungen durch Psychotherapeuten - Inanspruchnahme	P 3
<i>Leistungspositionen (Sondervereinbarungen) - Erläuternde Bemerkungen</i>	B 1

M

<i>Magnetresonanztomographie - Abschluss von Verträgen</i>	<i>M 6</i>
<i>Medikamentenbereich - Neuerungen ab 1.1.2005</i>	<i>E 6</i>
<i>Meldung bzw. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt; Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungs- träger (§§ 23 bis 25 des Gesamtvertrages)</i>	<i>A 1</i>
Mutter-Kind-Pass - Durchführung von Laboruntersuchungen im Zusammen- hang mit den Vorschriften über Mutter-Kind-Pass in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten Niederösterreichs	M 2
<i>Mutter-Kind-Pass (Sonderleistungshonorare)</i>	<i>M 1</i>
Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen an nichtversicherten Personen - Honorierung ab 1. Jänner 1978	M 3

O

<i>Öko-Tool</i>	<i>E 6</i>
<i>Ordinationsbedarf</i>	<i>O 1</i>

P

Pflegefreistellung (Pflegeurlaub) - Ausfertigung von ärztlichen Bestätigungen	P 2
Psoriasisiskranke - Kuraufenthalt am Toten Meer	P 4
Psychotherapeuten - Inanspruchnahme von Leistungen	P 3

R

Radiologen – Gruppenpraxen-Gesamtvertrag für Radiologie ab 1. Juli 2006	G 1
<i>Rechnungslegung (EDV) von Vertragsärzten (ausgenommen Zahnbehandler)</i>	<i>R 1</i>
<i>Rezepte - Ausstellung von Kassenrezepten</i>	<i>K 1</i>
Rezeptgebührenbefreiung	R 2
Rheuma-Sonderkrankenanstalt der Nö. Gebietskrankenkasse in Baden	R 3
Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung	R 5
Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen	R 6

S

Sehbehelfe - Bewilligungspflicht bzw. -freiheit	S 1
<i>Sonderleistungshonorare (Mutter-Kind-Pass)</i>	<i>M 1</i>
Sonderregelung bezüglich ärztlicher Hilfe für Anspruchsberechtigte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) ab 1.7.1998	A 4
<i>Sondervereinbarungen (Leistungspositionen) - Erläuternde Bemerkungen</i>	<i>B 1</i>
Sozialversicherungsabkommen - Verordnung von Heilbehelfen; Kennzeichnung der Verschreibungen für Betreute	H 4
<i>Steuerungsgruppe Folgekosten.....</i>	<i>H 9</i>
<i>Substitutionsbehandlung</i>	<i>S 2</i>

T

<i>Transportkosten</i>	<i>T 1</i>
Trifokalbrillen - Bewilligungspflicht bzw. -freiheit	S 1

U

Überweisungen (Zuweisungen) von Ärzten für Allgemeinmedizin zu Ärzten für Allgemeinmedizin.....	Z 2
Universitätsklinik für Arbeitsmedizin - Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Einweisung	E 3
Untersuchungen (Mutter-Kind-Pass) an nichtversicherten Personen - Honorierung ab 1. Jänner 1978	M 3

V

<i>Vereinbarung über die Neuregelung der Einzelleistungsposition "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)"</i>	<i>E 1</i>
Verordnung von Heilbehelfen - Kennzeichnung der Verschreibungen für Betreute nach einem Sozialversicherungsabkommen	H 4
Verrechnung des Kostenzuschusses bei FSME-Schutzimpfung	F 1
Verschreibungen für Betreute nach einem Sozialversicherungsabkommen - Kennzeichnung; Verordnung von Heilbehelfen	H 4
Verschreibweise; Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen	R 6
Versorgung mit Hörgeräten	H 2
Versorgung mit Inkontinenz-Artikeln	I 1
<i>Vertragsärzte (ausgenommen Zahnbehandler) - EDV-Rechnungslegung</i>	<i>R 1</i>
<i>Vertragsarzt - Feststellung bzw. Meldung der Arbeitsunfähigkeit; Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger (§§ 23 bis 25 des Gesamtvertrages)</i>	<i>A 1</i>
<i>Vertragsambulatorien für Computertomographie</i>	<i>C 1</i>
<i>Vertragsambulatorien für Magnetresonanztomographie</i>	<i>M 6</i>
<i>Vertragskrankenanstalten des IVF-Fonds</i>	<i>I 2</i>
Vertragslaboratorien (Wiener) - Zuweisungen ohne Angabe einer Vermutungsdiagnose	V 3
<i>Vertragspartnerkontrolle (Feststellungen)</i>	<i>V 4</i>
<i>Vorgangsweise e-card ab 1.1.2009 für Versicherte der § 2-Kassen und SVB</i>	<i>E 7</i>
<i>Vorsorgeuntersuchungen - Durchführung, Abrechnung und Honorierung ab 1. Oktober 2005</i>	<i>V 1</i>

W

<i>Wegegebühren, Abrechnung</i>	<i>R 1</i>
Wiener Vertragslaboratorien - Zuweisungen ohne Angabe einer Vermutungsdiagnose	V 3

Arbeitsunfähigkeit

Da dem Arzt bei der Feststellung und Meldung der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit eine entscheidende Bedeutung zukommt, wird ersucht, die einschlägigen Bestimmungen des Gesamtvertrages (insbesondere §§ 23 bis 25 und 29 des Gesamtvertrages und §§ 28 bis 30 und 34 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages) sowie folgende ergänzende Bemerkungen verstärkt zu beachten:

I. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit durch den Vertragsarzt

(§ 23 des Gesamtvertrages, § 28 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages)

Im § 55 des Ärztegesetzes wird festgehalten, dass ärztliche Zeugnisse nur nach gewissenhafter ärztlicher Untersuchung und nach genauer Erhebung der im Zeugnis zu bestätigenden Tatsachen ausgestellt werden dürfen. Erfolgen demnach Krankschreibungen durch einen Vertragsarzt auf Verlangen eines Versicherten, ohne dass der Arzt den Betreffenden selbst gesehen bzw. untersucht hat (telefonisch oder von dritten Personen verlangte Krankschreibungen etc.), wird nicht nur der Gesamtvertrag, sondern auch das Ärztegesetz missachtet.

II. Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

(§ 24 des Gesamtvertrages, § 29 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages)

A. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung (eAUM)

Mit der eAUM ist eine schnelle und sichere Übermittlung der Krankenstandsdaten möglich. Sie reduziert den bürokratischen Aufwand und führt zu Erleichterungen, sowohl für Sie als auch für die Sozialversicherung. Seit 1.1.2014 können nur mehr elektronische Meldungen anerkannt werden. Um den Ablauf und die Verarbeitung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen zu erleichtern, sind die wichtigsten Informationen nachfolgend zusammengefasst:

1. Folgende Daten sind bei jeder eAUM verpflichtend zu übermitteln

- Arbeitsunfähig von
- Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit bei Kurzkrankenständen bis 7 bzw. 14 Tagen, wenn medizinisch nichts dagegen spricht, siehe nähere Erklärung unter Punkt 3.

- Diagnose, soweit möglich in „Einheitlicher Schreibweise“ - siehe Beilage A1 b Für die KV-Träger ist eine Diagnose ausreichend. Es ist nur jene Diagnose als Hauptdiagnose zu übermitteln, die die Arbeitsunfähigkeit ausgelöst hat; liegen Mehrfachdiagnosen vor, nur jene Diagnose, welche die länger andauernde Erkrankung nach sich zieht.
- Behandlungsbeginn
- Patientendaten (Versicherungsnummer, Name: falls diese nicht durch Stecken der e-card ohnehin erfasst werden) und tunlichst die Krankenstandsadresse.
- Zuständiger KV-Träger, falls dieser nicht automatisch ermittelt wird bzw. die Patientin/der Patient die Meldung nur an einen bestimmten KV-Träger wünscht.
- EKVK-Daten, falls es sich um eine Patientin/einen Patienten handelt, welche/r Sie aufgrund eines Anspruches gemäß den rechtlichen Bestimmungen mittels Europäischer Krankenversicherungskarte in Anspruch nimmt.

2. Folgende Daten sind im Anlassfall zu übermitteln

- Rückdatierungsgrund, falls der Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem Behandlungsbeginn liegt,
- Grund der Arbeitsunfähigkeit: Zusatzdiagnose wie z. B. Arbeitsunfall, Verkehrsunfall oder Sportunfall,
- Besonderer Erkrankungstyp: z. B. strafbare Handlung, Raufhandel-Trunkenheit-Suchtgift,
- Bettruhe oder Gips,
- Berufskrankheit,
- Mitteilung an den KV-Träger: z. B. für wichtige zusätzliche Informationen.

3. Gleichzeitige Krank- und Gesundheitsmeldung (elektronische Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeitsmeldung)

Bei Krankmeldungen mit Diagnosen, bei denen das Ende des Krankenstandes bei komplikationslosem Verlauf erfahrungsgemäß innerhalb von maximal 7 bzw. maximal 14 Tagen zu erwarten ist, ist neben dem Beginn auch das Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben.

Diagnosen, welche sich für eine elektronische Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeitsmeldung) eignen, sind tabellarisch in der Beilage A1 b aufgelistet.

4. Einheitliche Schreibweise der Diagnosen

Um auch den Variantenreichtum der gemeldeten Diagnosen und deren mögliche Schreibweisen etwas einzugrenzen und damit möglichst viele eAUM auch elektronisch übernehmen und verarbeiten zu können, empfehlen und ersuchen wir soweit möglich die „Einheitliche Schreibweise“ anzuwenden (siehe Beilage A1 b).

Für die elektronische Verarbeitung ist es wichtig, dass die Diagnosen nicht abgekürzt werden und keine Sonderzeichen bzw. Beistriche verwendet werden.

5. Änderungen während des Krankenstandes

Wurde bereits eine elektronische Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeitsmeldung übermittelt und ergibt sich während des *laufenden* Krankenstandes eine Änderung, so ist

- a) sowohl bei einer vorzeitigen Arbeitsfähigkeit als auch bei einer notwendigen Verlängerung des Krankenstandes mit derselben Krankenstandsdiagnose eine entsprechende **Arbeitsfähigkeitsmeldung** mittels „Ändern der bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeitsmeldung“ mit einem neuen Ende-Datum des Krankenstandes bzw.
- b) bei Vorliegen einer neuen Krankenstandsdiagnose eine **neue elektronische Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeitsmeldung**

zu übermitteln. Eine entsprechende Begründung kann in diesen Fällen im Feld „Mitteilung an den KV-Träger“ angeführt werden.

6. Beendigung eines Krankenstandes, nach einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung durch eine andere Ärztin bzw. einen anderen Arzt

Durch die Möglichkeit Meldungen patientenbezogen zu suchen, können Arbeitsunfähigkeitsmeldungen einer anderen Ärztin/eines anderen Arztes im Arbeitsunfähigkeitsmeldungsservice ausgewählt und beendet werden. Die Legitimation hierfür erfolgt durch das Stecken der e-card.

Weitere Informationen zur eAUM und der Nutzung des e-card Webservice sind auf der Homepage der österreichischen Sozialversicherungsträger (www.sozialversicherung.at) unter der Rubrik GESUNDHEITSDIENSTLEISTER/Vertragspartner/e-card Benutzerhandbücher/Release-Nr./“HB Arbeitsunfähigkeitsmeldungsservice (eAUM)” für Vertragspartner/Vertragspartnerinnen erhältlich. Ein Muster der Druckansicht der Arbeitsunfähigkeitsmeldung findet sich in der Beilage (siehe Beilage A1 a).

B. Erläuterungen zur Arbeitsunfähigkeitsmeldung

1. **Bescheinigung für den Arbeitgeber (Arbeitsunfähigkeitsmeldung Beilage A1a)**

Die gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz verpflichten dazu, dass die Diagnose in der Bestätigung für den Arbeitgeber/die Arbeitgeberin nicht angeführt wird. Diese ist nach vollständiger Ausfertigung dem/der Versicherten zu übergeben.

Die Bestätigung über Beginn, voraussichtliche Dauer und Ursache der Arbeitsunfähigkeit wird oftmals von Patienten/Patientinnen zur Vorlage beim Dienstgeber zur Wahrung ihres Entgeltfortzahlungsanspruches benötigt.

2. **Ursache/Grund der Arbeitsunfähigkeit**

Für die Kasse sind die Angaben über das Vorliegen eines Arbeitsunfalles, einer Berufskrankheit, etc. nach wie vor unentbehrlich.

3. **Unfallhergang**

Die Kasse ist für diesbezügliche Angaben durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin dankbar, weil damit oft weitere Erhebungen vermieden werden können.

4. **Bestätigung einer laufenden Arbeitsunfähigkeit**

Bei der Bestätigung für den Bezug von Krankengeld sind in den vorgesehenen Rubriken (Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt bis: bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit:) Arztstempel, Arztunterschrift und Datum anzubringen.

5. **Ausgehzeit**

In dieser Rubrik sind die Uhrzeiten bereits vorgegeben. Das Nichtanführen einer Ausgehzeit kommt einem Ausgehverbot gleich.

6. **Rückdatierung**

Der § 24 Abs. 1 des Gesamtvertrages bzw. der § 29 Abs. 1 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages sieht vor, dass die Aufnahme in den Krankenstand grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen kann, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Werktag steht nur dem Chef(Kontroll)arzt des Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes/der behandelnden Vertragsärztin zu. In den Fällen einer

verspäteten Krankmeldung durch den Versicherten/die Versicherte um mehr als einen Werktag hat der Vertragsarzt/die Vertragsärztin in der eAUM die Felder „Arbeitsunfähig von:“ und „Behandlungsbeginn:“ einzutragen.

Für eine verspätete Krankmeldung muss jedenfalls immer ein Grund angegeben werden.

7. Vertretungen

Im Sonn- und Feiertagsdienst oder an ordinationsfreien Tagen ist es zweckmäßig die Protokollierung der Arbeitsunfähigkeit dem Hausarzt/der Hausärztin zu überantworten.

Bei Urlaub oder Krankheit des Hausarztes/der Hausärztin, erfolgt die Protokollierung durch den in Anspruch genommenen Vertragsarzt/die in Anspruch genommene Vertragsärztin.

Eine Abmeldung vom Krankenstand kann auch von einem/einer anderen als dem protokollierenden Arzt/als der protokollierenden Ärztin vorgenommen werden. Der Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist jedenfalls der Kasse zu melden.

8. Ende der Arbeitsunfähigkeit

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit:

Bei Krankmeldungen mit Diagnosen, bei denen das Ende des Krankenstandes bei komplikationslosem Verlauf erfahrungsgemäß innerhalb von maximal 7 bzw. maximal 14 Tagen zu erwarten ist, ist neben dem Beginn auch das Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben.

Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit:

Hier können Sie gegebenenfalls das Datum des voraussichtlichen Endes der Arbeitsunfähigkeit angeben.

III. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger (§ 25 des Gesamtvertrages, § 30 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages)

Ist ein Vertragsarzt mit der Beendigung des Krankenstandes durch den Kontrollarzt nicht einverstanden, so ist er berechtigt, einen schriftlichen, medizinisch begründeten

Einspruch vorzubringen. Der Versicherte ist mit diesem Einspruch ehestmöglich dem Kontrollarzt vorzustellen.

Wird diesem Einspruch stattgegeben, so erübrigen sich weitere Maßnahmen; eine Neuprotokollierung bei demselben Krankheitsfall ist nicht zulässig.

Sollte der Einspruch zurückgewiesen werden, kann ein zweiter Einspruch, welcher ebenfalls schriftlich und mit medizinischer Begründung ausgestattet sein muss, eingebracht werden. Auch dieser zweite Einspruch ist vom Versicherten ehebaldigst (am nächsten Kontrollarzttag) beim Kontrollarzt vorzulegen. Der Kontrollarzt hat eine Überbegutachtung durch die dienstvorgesetzte Stelle zu veranlassen, wobei Ort und Zeit dieser Überbegutachtung dem Versicherten rechtzeitig bekannt gegeben werden. Die endgültige Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit steht dem Chefarzt der Kasse zu.

IV. Administrative Mitarbeit (§ 29 des Gesamtvertrages, § 34 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages)

V. Maßnahmen zur Verkürzung der Krankenstandsdauer

- Der Vertragsarzt (die Vertrags-Gruppenpraxis) hat bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung alle notwendigen Angaben im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten zu machen und wo dies medizinisch möglich ist, ist das (voraussichtliche) Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben.
- Die Feststellung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten gehört zu den wichtigsten Verpflichtungen des Vertragsarztes; dieser sollte daher keinesfalls abwarten, bis der Erkrankte von der Krankenkontrolle erfasst bzw. vom Kontrollarzt vom Krankenstand abgeschrieben wird. Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter ist anzuweisen, sich dem Vertragsarzt fallweise (im Einzelfall aber auch zu einem ganz konkreten Zeitpunkt) vorzustellen, damit dieser den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann, sofern nicht ohnedies bereits eine befristete Krankmeldung ausgestellt wurde. Diese Wiederbestellung des Versicherten ist vom Vertragsarzt bei der "Arbeitsunfähigkeitsmeldung (eAUM) anzugeben.

- Kurzzeitkrankenstände

Bei Krankmeldungen mit Diagnosen, bei denen das Ende des Krankenstandes bei komplikationslosem Verlauf erfahrungsgemäß innerhalb von maximal 7 bzw. maximal 14 Tagen zu erwarten ist, ist neben dem Beginn auch das Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben.

Diagnosen, welche sich für eine (elektronische) Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeitsmeldung eignen, sind tabellarisch in der Beilage A1 b aufgelistet.

- Tag der Abschreibung

Die Abschreibung vom Krankenstand hat mit jenem Tage zu erfolgen, an dem der Versicherte wieder für arbeitsfähig gehalten wird. Wenn nach ärztlicher Auffassung Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, kann das Ende einer Arbeitsunfähigkeit durchaus innerhalb von 1 bis maximal 14 Tagen bzw. unter Berücksichtigung der beruflichen Tätigkeit (Beschäftigung am Wochenende, Schichtarbeit usw.) mit Freitag anstatt Sonntag festgelegt werden. Die Verlängerung einer bereits abgeschlossenen – *aber noch laufenden* - Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten - Ausnahme Beendigung des Krankenstandes durch den Chef(Kontroll)ärztlichen Dienst - ist bei der eAUM mit „Ändern einer Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeitsmeldung“ möglich; eine neuerliche Protokollierung ist nicht erforderlich.

- Heilverfahren (Kur- oder Rehabilitationsaufenthalte)

Im Anschluss an Heilverfahren (Kur- oder Rehabilitationsaufenthalte) *ist in der Regel* eine Krankschreibung nicht erforderlich. Die Protokollierung hat nur dann zu erfolgen, wenn tatsächlich eine Arbeitsunfähigkeit mit entsprechender Indikationsstellung vorliegt.

- Diagnosenergänzungen bzw. weitere Mitteilungen und Anmerkungen können über die eAUM übermittelt werden.

- Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitslosengeldbeziehers

Ein Urteil des Obersten Gerichtshofes legt fest, dass der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit während eines Arbeitslosengeldbezuges ausschließlich nach dem pensionsrechtlichen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitsbegriff zu beurteilen ist.

Arbeitsfähig ist, wer im Sinn der für den Betroffenen geltenden Bestimmungen der §§ 255, 273 bzw. 280 ASVG nicht invalid bzw. berufsunfähig ist.

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Versicherungsträger:

Familienname, Vorname(n):

Versicherungsnummer:

Krankenstandsadresse:

Arbeitsunfähig von:

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit:

Ausgehzeit:

von Uhr bis Uhr

und

von Uhr bis Uhr

.....
 Unterschrift und Stempel der
 Ärztin/des Arztes

☐ Bettruhe

Grund der
 Arbeitsunfähigkeit:

Voraussichtliches Ende
 der Arbeitsunfähigkeit:

Anstaltspflege:

von bis

Ausstellungsdatum,

.....
 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Bei behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt wiederbestellt für:

Bei behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt wiederbestellt für:

Bei behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt wiederbestellt für:

.....
 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

.....
 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

.....
 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt bis:

Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt bis:

Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt bis:

.....
 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

.....
 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

.....
 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Sehr geehrte(r) Versicherte(r)!

Gemäß den Bestimmungen der Krankenordnung haben Sie während der Arbeitsunfähigkeit die Anordnungen des Arztes/der Ärztin, die der Heilung dienen sollen, zu befolgen. Hat der Arzt/Ärztin Bettruhe oder eine Ausgehzeit angeordnet, ist diese einzuhalten. Die Krankenkasse kann aus medizinischen Gründen bei Fehlen einer diesbezüglichen Anordnung des Arztes/der Ärztin abweichende Regelungen treffen. Vom chef-(kontroll-)ärztlichen Dienst der Krankenkasse getroffene Anordnungen sind zu befolgen. Jedes Verhalten, das geeignet ist, die Genesung zu beeinträchtigen, ist zu vermeiden. Die Beurteilung darüber obliegt dem chef-(kontroll-)ärztlichen Dienst der Kasse. Insbesondere ist die Verrichtung von Erwerbsarbeiten während der Arbeitsunfähigkeit in jenem Beruf, in dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wurde, untersagt. Die Nichtbeachtung dieser Bestimmungen der Krankenordnung hat das Ruhen des Krankengeldes zur Folge (§143 Abs. 6 ASVG).

Diese Arbeitsunfähigkeitsmeldung ist vorbehaltlich der Akzeptanz durch den Krankenversicherungsträger gültig.

Ihre festgelegte Arbeitsunfähigkeit dauert nur so lange Sie arbeitsunfähig krank und nachweislich in Behandlung sind. Die Selbstabmeldung vom Krankenstand ersetzt nicht die Gesundheitsmeldung Ihres behandelnden Arztes.

Hinweis für Versicherte der Gebiets- und Betriebskrankenkassen:

Warten Sie nicht auf eine Einladung zur chef-(kontroll-)ärztlichen Begutachtung um die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit feststellen zu lassen.

Elektronische Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeitsmeldung im Regelfall innerhalb von 1 bis max. 7 Tagen möglich!

Krankheitsbilder, Symptome beispielsweise:	Einheitliche Schreibweise:
Allergie, Überempfindlichkeit, Pollenallergie allergische Rhinitis, allergische Konjunktivitis	→ allergische Reaktion
Bronchitis (akut, katarrhalisch, schleimig-eitrig), Bronchitis mit Tracheitis, Tracheobronchitis, Sinubronchitis	→ Bronchitis
Kopfschmerzen, Migräne	→ Cephalaea
Gastritis (akut) und Duodenitis, Gastroduodenitis	→ Gastritis
Magen-Darminfekt, Darminfektion, Diarrhoe und Gastroenteritis (akut), Enteritis, Übelkeit und Erbrechen	→ Gastroenteritis
Infektion (akut) der oberen Atemwege, fieberhafter Infekt, febriler Infekt, Erkältung, Verkühlung, fieberhafter Luftwegsinfekt, putrider Atemwegsinfekt, Husten, Fieber, Atemwegskrankheit	→ grippaler Infekt
Harnwegsinfekt (HWI), Harntraktinfekt (HTI)	→ Harnwegsinfektion
Hypertonie (arteriell, benigne, essentiell, maligne, primär, systemisch), Bluthochdruck, hypertensive Krise	→ Hypertonie
orthostatische Hypotonie, orthostatische Dysregulation, orthostatischer Schwindel, Kreislaufbeschwerden	→ Hypotonie
Laryngitis (akut, eitrig, ödematös, subglottisch, ulzerös), Laryngotracheitis, akute Laryngopharyngitis, Kehlkopfentzündung	→ Laryngitis
Pharyngitis (akut, eitrig, gangränös, hypertroph, infektiös, ulzerös), Rachenentzündung, Seitenstrangangina	→ Pharyngitis
Erkältungsschnupfen, Nasenkatarrh, Rhinitis akut oder infektiös, Rhinopharyngitis, Schnupfen	→ Rhinitis
Sinusitis maxillaris oder frontalis (akut), Kiefer- oder Stirn- höhlenentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung (NNH),	→ Sinusitis
Tonsillitis (akut, fieberhaft, gangränöse, infektiöse, ulzeröse), Angina follicularis, Angina tonsillaris	→ Tonsillitis
Schwindel und Taumel	→ Vertigo

Elektronische Arbeitsunfähigkeits-/Arbeitsfähigkeitsmeldung im Regelfall innerhalb von 14 Tagen möglich!

Krankheitsbilder, Symptome beispielsweise:	Einheitliche Schreibweise:
Lokale Rückenschmerzen (cervical, lumbal, thoracal, sacral), Lumbago, SIG-Blockade, Spondylopathien	→ Rückenschmerzen
ausstrahlende Schmerzen, Radikulopathie der LWS, Lumboischialgie	→ Lumboischialgie
Cervicalsyndrom (CVS), Cervicobrachialgie	→ Cervicobrachialgie

Service-Center der Nö. Gebietskrankenkasse

Öffnungszeiten aller Service-Center:
Montag bis Donnerstag: 7:30 bis 14:30 Uhr
Freitag: 7:30 bis 12:00 Uhr

Service-Center **Amstetten**
Anzengruberstraße 8
3300 Amstetten

Service-Center **Baden**
Vöslauer Straße 14
2500 Baden

Service-Center **Bruck/Leitha**
Leithagürtel 26
2460 Bruck/Leitha

Service-Center **Gänserndorf**
Eichamtstraße 20-22
2230 Gänserndorf

Service-Center **Gmünd**
Walterstraße 1
3950 Gmünd

Service-Center **Hollabrunn**
Pfarrgasse 11
2020 Hollabrunn

Service-Center **Horn**
Stephan-Weykerstorffer-Gasse 3
3580 Horn

Service-Center **Klosterneuburg**
Hermannstraße 6
3400 Klosterneuburg

Service-Center **Korneuburg**
Bankmannring 22
2100 Korneuburg

Service-Center **Krems**
Dr.-J.-M.-Eder-Gasse 3
3500 Krems

Service-Center **Lilienfeld**
Liese Prokop Straße 11
3180 Lilienfeld

Service-Center **Mistelbach**
Roseggerstraße 46
2130 Mistelbach

Service-Center **Mödling**
Josef-Schleussner-Straße 4
2340 Mödling

Service-Center **Neunkirchen**
Stockhamnergasse 23
2620 Neunkirchen

Service-Center **Pöchlarn**
Regensburger Straße 21
3380 Pöchlarn

Service-Center **Scheibbs**
Bahngasse 1
3270 Scheibbs

Service-Center **Schwechat**
Sendnergasse 9
2320 Schwechat

Service-Center **Stockerau**
Parkgasse 17
2000 Stockerau

Service-Center **St. Pölten**
Kremser Landstraße 3
3100 St. Pölten

Service-Center **Tulln**
Zeiselweg 2-6
3430 Tulln

Service-Center **Waidhofen/Thaya**
Raiffeisenpromenade 2E/1b
3830 Waidhofen/Thaya

Service-Center **Waidhofen/Ybbs**
Zelinkagasse 19
3340 Waidhofen/Ybbs

Service-Center **Wr. Neustadt**
Wiener Straße 69
2700 Wr. Neustadt

Service-Center **Zwettl**
Weitraer Straße 15
3910 Zwettl

Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) und Nachfolgende Kontrolle (ABS_NK)

Der Gesetzgeber hat mit dem zweiten Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2003 eine Neuordnung der Chefarztpflicht festgelegt. Die Vertragsärzte/Vertragsärztinnen wurden verpflichtet, chefärztliche Bewilligungen für Arzneyspezialitäten oder magistrale Zubereitungen selbst einzuholen und nicht auf die Patienten/Patientinnen zu übertragen. Der Erstattungskodex (EKO) ersetzt seit 1.1.2005 das Heilmittelverzeichnis.

Außerdem bestimmt die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBKV) des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 10.12.2004, dass die Kommunikation zwischen den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen sowie dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger (Bewilligungsanfrage und -antwort) in elektronischer Form unter Verwendung der technischen Infrastruktur der e-card zu erfolgen hat.

Mit der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung und dem Erstattungskodex wurden außerdem die Voraussetzungen geschaffen, dass mehr Medikamente bewilligungsfrei verordnet werden können. Allerdings mit der Maßgabe, dass anstelle der Vorbewilligung eine Dokumentation über die Einhaltung der im Erstattungskodex festgelegten bestimmten Verwendung Aufschluss gibt. Diese Dokumentationen sind gemäß HBKV durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger nachfolgend zu prüfen.

Arzneimittel-Bewilligungs-Service:

Seit Jänner 2006 besteht nunmehr für alle niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen in Niederösterreich die Möglichkeit, bewilligungspflichtige Arzneyspezialitäten über das Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) online zu beantragen.

Ab 1.7.2006 wurde ABS österreichweit flächendeckend eingesetzt. Dabei sind folgende Punkte zu beachten:

1. Eine Bewilligung über die e-card-Infrastruktur ist erforderlich für:

- die Verschreibung von IND-Präparaten des grünen Bereiches, wenn die IND-Voraussetzungen nicht erfüllt sind,

- die facharztgebundene Verschreibung von Arzneispezialitäten des grünen Bereiches, wenn die Verordnungsvoraussetzungen (*Facharztverordnung und medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen* - siehe Zeichenerklärung des Erstattungskodex) nicht erfüllt sind,
- Arzneispezialitäten des hellgelben Bereiches (RE2), deren Verschreibung nicht der bestimmten Verwendung des Erstattungskodex entspricht,
- Arzneispezialitäten des dunkelgelben Bereiches (RE1) des Erstattungskodex,
- Magistrale Verordnungen, die bewilligungspflichtige Stoffe beinhalten, *und/oder die Mengenbeschränkungen für die freie Verschreibbarkeit überschreiten*,
- Arzneispezialitäten des roten Bereiches des Erstattungskodex,
- Arzneispezialitäten, die nicht im Erstattungskodex angeführt sind, nicht in Österreich registrierte Arzneispezialitäten bzw. "Off-Label-Use", sowie
- Überschreitungen der im Erstattungskodex vorgegebenen Packungsgrößen bzw. -zahl.

Achtung: Für Verschreibungen von Arzneispezialitäten aus dem **hellgelben Bereich (RE2)**, welche vollinhaltlich der bestimmten Verwendung des Erstattungskodex entsprechen und daher der nachfolgenden Kontrolle unterliegen, besteht die Verpflichtung zur Dokumentation.

"Nicht-Heilmittel" können nicht auf dem Wege der elektronischen Bewilligungsanfrage bearbeitet werden und sind so wie alle übrigen Bewilligungsanfragen auf demselben Weg wie bisher zu übermitteln.

Eine Ausnahme dazu bilden **Desensibilisierungsprodukte** mit Kassenzeichen DS und das **Medizinprodukt „Hylo-comod 10 ml“**. Diesbezügliche Bewilligungsansuchen können seit September 2007 mittels ABS erfolgen (sofern sie nicht der Facharzt- und/oder der mengen gebundenen Abgabenbeschränkung entsprechen). Um für die Patienten/Patientinnen eine problemlose Abgabe in den Apotheken zu gewährleisten, ist – wie bei den Verschreibungen aller anderen „Nicht-Heilmittel“ – zu beachten, **dass die Erteilung der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung mittels Sichtvermerkes zu dokumentieren ist** (in diesen Fällen bedarf es der Anbringung der Vertragspartnerstampiglie auf der Rezeptrückseite).

2. Antwortzeiten:

In der Regel sollten die Bewilligungsanfragen binnen 30 Minuten erledigt werden, sofern die Bewilligungsanfrage - ausgenommen an Feiertagen -

von Montag bis Freitag in der Zeit von 7:00 bis 19:30 Uhr und
am Samstag in der Zeit von 8:00 bis 12:30 Uhr

einlangt. Eine außerhalb dieser Zeitspannen einlangende Bewilligungsanfrage gilt mit dem Beginn der jeweils nächstfolgenden Zeitspanne als eingelangt.

Durch die Angabe einer Diagnose und einer medizinisch nachvollziehbaren Begründung der therapeutischen Notwendigkeit der Verschreibung können die Antwortzeiten wesentlich verkürzt werden. Verschreibungen ohne ausreichende Begründung werden mit der Entscheidung "Keine Bearbeitung" retourniert. Diese Entscheidung wird vom Ärztlichen Dienst im Feld SV-Information entsprechend begründet.

3. Datenspeicherung

Sowohl die Bewilligungsanfrage und die elektronischen Befunde als auch die Rückantwort des Ärztlichen Dienstes werden, für Zwecke der späteren Nachvollziehbarkeit und Kontrolle bei der Heilmittelabrechnung, elektronisch archiviert.

4. Aushändigung des bewilligungspflichtigen Rezepts

Das bewilligungspflichtige Kassenrezept darf dem Patienten/der Patientin nur dann ausgehändigt werden, wenn die **chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt**.

Ausnahmen von diesem Grundsatz bestehen nur insoweit, als eine Bewilligungsanfrage wegen einer Störung der e-card-Infrastruktur nicht gestellt werden kann und dieser Ausfall länger als 15 Minuten andauert oder wenn eine Antwort durch den Ärztlichen Dienst nicht innerhalb der unter Punkt 2 beschriebenen 30-Minuten-Frist erfolgt. In diesen beiden Fällen ist eine Verschreibung ausnahmsweise auch ohne Vorliegen einer Bewilligung zulässig, wenn in der Patientenkartei bzw. -datei dokumentiert wird, dass das Bewilligungsansuchen entweder nicht gestellt werden konnte oder nicht in der 30-Minuten-Frist retourniert wurde.

Ungeachtet dessen kann bei den die 30-Minuten-Frist überschreitenden Anfragen die jedenfalls zu treffende Entscheidung des Ärztlichen Dienstes ein von der Dokumentation abweichendes Ergebnis liefern.

Für Arzneien, welche nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger fallen (z. B. Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen, zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch), ist unbedingt ein - **eindeutig als solches gekennzeichnetes - Privatrezept** zu verwenden. **Die Ausstellung von Privatrezepten zur Umgehung der Bewilligungspflicht ist jedoch nicht statthaft!**

Es wird dringend um Einhaltung dieser Regeln ersucht, da die Verordner/Verordnerinnen bei deren Verletzung mit Haftungsfolgen rechnen müssen, wenn dem Krankenversicherungsträger dadurch Kosten entstanden sind. In diesem Zusammenhang wird auch auf den Wegfall der "Filterfunktion" der Apotheken erinnert, die seit 1.4.2006 (Wien ab 1.7.2006) sämtliche Arzneien im Sinne des Apothekergesamtvertrages - ohne Kontrolle, ob die chef- und kontrollärztliche Bewilligung auch tatsächlich eingeholt wurde - auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers expedieren dürfen, wenn ein gültiges Kassenrezept vorliegt.

Stichprobenprüfungen zeigen, dass dem Wegfall der "Filterfunktion" der Apotheken in der täglichen Routine noch nicht Rechnung getragen wird, da Arzneispezialitäten auf Kassenrezepten verordnet werden, welche nicht im Erstattungskodex angeführt sind und für die keine Bewilligung eingeholt wurde.

Die Softwarefirmen wurden über den Einbau eines zusätzlichen Abfragemodus zur Freigabe von Kassenrezepten angehalten. Somit bedarf es insbesondere bei handschriftlichen Rezepten einer besonderen Kontrolle.

5. Erstverordnung von Arzneispezialitäten unmittelbar nach Entlassung aus einer Krankenanstalt

Die **Erstverordnung** nach der Spitalsentlassung unterliegt der internen Dokumentation. Dies erfordert in der Patienten-/Patientinnenkartei bzw. -datei den Vermerk "Erstverordnung nach Krankenhaus".

Die Ausstellung von **Folgeverordnungen** ist an die Einhaltung des Regelwerkes des Erstattungskodex und an die Bedingungen des Echtbetriebes (Rot und RE1 - bewilligungspflichtig, RE2 - dokumentationspflichtig) gebunden - siehe Punkt 2.

Liegt bereits ein ausführlicher Arztbrief aus dem Krankenhaus vor, empfehlen wir - um Komplikationen bei der Folgeverordnung zu vermeiden - unmittelbar um eine Bewilligung anzusuchen.

Arzneispezialitäten, welche nicht im Erstattungskodex angeführt sind, sind in jedem Fall dem Ärztlichen Dienst zur Bewilligung vorzulegen (No-Box-Präparate).

6. Urlaubsvertretung

Erfolgt die Verordnung in Vertretung (*d.h. ausschließlich für die Dauer desurlaubes des Arztes/der Ärztin – kein monatelanger Ersatz*), ersetzt die Dokumentation des Namens des vertretenen Arztes/der vertretenen Ärztin in der Patienten-/Patientinnenkartei bzw. -datei die sonst erforderliche Einholung der Bewilligung bzw. die Anfertigung einer Dokumentation laut Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung.

Arzneispezialitäten, welche nicht im Erstattungskodex angeführt sind, sind in jedem Fall dem Ärztlichen Dienst zur Bewilligung vorzulegen (No-Box-Präparate).

7. Leichte Bedienung des ABS-Systems

Um die Verordner/Verordnerinnen mit den wesentlichen Abläufen des ABS-Systems in der Arztpraxis vertraut zu machen, wird unter www.sozialversicherung.at im Channel GESUNDHEITSDIENSTLEISTER/Vertragspartner/e-card Benutzerhandbücher unter der entsprechenden Release-Nr. ein Handbuch (HB) für das Arzneimittelbewilligungsservice (ABS) zur Verfügung gestellt, welches eine ausführliche Beschreibung des Systems beinhaltet.

8. ABS-Hotline

Für Rückfragen bzw. bei auftretenden Problemen steht den Verordnern/Verordnerinnen die ABS-Hotline der Nö. Gebietskrankenkasse mit der Telefonnummer 050899-5330 Montag bis Donnerstag von 7:00 bis 15:30 Uhr und Freitag von 7:00 bis 14:00 Uhr zur Verfügung.

Bei technischen Fragen (z. B. bei Störfällen) steht die e-card-Serviceline unter der Tel. Nr. 050124-3322 (zum Ortstarif) zur Verfügung.

9. Langzeitverordnung

Seit 1.4.2006 werden Langzeitverordnungen nur noch elektronisch verwaltet.

Dafür bietet die ABS-Anwendung "Bewilligungsvorrat abfragen" eine komfortable und sehr schnelle Lösung

- zur Abfrage, ob für einen bestimmten Patienten/eine bestimmte Patientin zu einem bestimmten Arzneimittel eine Langzeitbewilligung besteht und wenn ja,
- zur Ausstellung einer Folgeverordnung.

Um ein Langzeitverordnungsansuchen elektronisch bearbeiten zu können, müssen die dafür vorgesehenen Felder (Langzeitverordnung und Dosierung) befüllt sein. Eine Langzeitbewilligung ist frühestens nach 3-monatiger Therapiedauer möglich bzw. sollte die Einstellungsphase mit eventueller Dosistitration beendet sein.

Für die Autorisierung des Arztes/der Ärztin zur Abfrage "Bewilligungsvorrat" ist das Stecken der e-card notwendig. Eine Abfrage ohne Stecken der e-card (die Eingabe der SV-Nummer des Patienten/der Patientin) ist nur möglich, wenn innerhalb der letzten 90 Tage eine Konsultation verbucht wurde.

Die detaillierte Bedienungsanleitung findet sich im HB Arzneimittelbewilligungsservice unter www.sozialversicherung.at im Channel GSUNDHEITSDIENSTLEISTER/Vertrags-partner/e-card-Benutzerhandbücher unter der entsprechenden Release Nr.

10. Medikamentensuchfunktion

Seit Jänner 2006 wird die Medikamentensuchfunktion zur Verfügung gestellt! Dadurch wird die eindeutige Identifikation des Präparates gewährleistet. Werden mindestens die ersten 4 Zeichen im Feld Medikament eingegeben, kann über die Funktion [Suchen] nach dem jeweiligen Medikament gesucht werden.

Anschließend kann dann aus der Liste der gefundenen Medikamente das passende ausgewählt werden.

11. Begründungen bei den Bewilligungsanfragen

Es ist zu beachten, dass eine genaue und ausführliche Begründung den Bewilligungsvorgang erleichtert.

- Außerhalb IND bzw. Facharztbeschränkung

Zur Vermeidung vermehrter Anfragen wird ersucht, bei den Bewilligungsanfragen zu Arztspezialitäten aus dem grünen Bereich, die Begründung, weshalb die Verschreibung außerhalb der Beschränkung (IND bzw. Facharzt) erfolgt, anzugeben.

- Außerhalb der bestimmten Verwendung im hellgelben Bereich (RE2)

Zur Vermeidung vermehrter Anfragen wird ersucht, bei den Bewilligungsanfragen zu Arztspezialitäten aus dem hellgelben Bereich, außerhalb der im Erstattungskodex angeführten Verwendung, anzugeben, in welchem Punkt der Einsatz nicht der bestimmten Verwendung entspricht sowie eine medizinische Begründung über die Notwendigkeit des Einsatzes außerhalb der bestimmten Verwendung anzuführen.

Nachfolgende Kontrolle:

Mit der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBKV) vom 10.12.2004 und dem Erstattungskodex (EKO) wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass Arzneispezialitäten nach § 1 Abs. 2 HBKV (RE2-Bereich) ohne vorherige Bewilligung und nach Anfertigung einer Dokumentation verschrieben werden können, wenn die bestimmte Verwendung entsprechend der EKO-Regel in allen Bestandteilen zutrifft und der diesbezügliche Nachweis vorliegt.

Arzneispezialitäten, die zu dokumentieren sind und damit der nachfolgenden Kontrolle unterliegen, sind Arzneispezialitäten des RE2-Bereiches und seit 1.7.2005 des grünen Bereiches des Erstattungskodex, welche außerhalb der angegebenen Altersbeschränkung verordnet werden.

In einer Dokumentation sind

- das verordnungsrelevante Wissen des Verordners/der Verordnerin über den Patienten/die Patientin (Rezeptdaten, Dosierung, Diagnose, Verordnungsdatum),
- eine Begründung, warum bei Verfügbarkeit einer oder mehrerer therapeutisch gleichwertiger Arzneispezialität/en die gegenständliche Arzneispezialität verschrieben wird und
- der Nachweis der bestimmten Verwendung (Einhaltung der EKO-Regeln)

zum Zeitpunkt der Verordnung festzuhalten.

Trifft die EKO-Regel nicht im vollen Umfang zu, ist grundsätzlich eine Kostenübernahme nicht vorgesehen. Eine Kostenübernahme außerhalb der bestimmten Verwendung kann sich nur auf medizinisch begründete Einzelfälle beschränken und ist an eine vorherige chef- und kontrollärztliche Bewilligung gebunden. Um dem Ärztlichen Dienst die Entscheidung über eine eventuelle Kostenübernahme im Einzelfall zu ermöglichen, ist das Bewilligungsansuchen durch den Arzt/die Ärztin eindeutig (z. B. nicht regelkonform, weil der Regelbestandteil nicht zutrifft) zu kennzeichnen und eine entsprechende medizinische Einzelfallbegründung anzuführen.

Werden von einem Verordner/einer Verordnerin Arzneispezialitäten nach § 1 Abs. 2 Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung ohne oder mit nur mangelhafter (unvollständiger) Dokumentation verschrieben, so ist der Verordner/die Verordnerin vom Ärztlichen Dienst nachweislich zu verwarnen.

Im Wiederholungsfall einer solchen Verletzung der Dokumentationspflicht sind dem Sozialversicherungsträger die Kosten der betreffenden Arzneispezialität/en von dem Verordner/der Verordnerin zu ersetzen. Findet der Ersatz nicht statt oder nach wiederholter Verletzung der Dokumentationspflicht trotz Verwarnung, kann dem Verordner/der Verordnerin die ausnahmslose Bewilligungspflicht für Arzneispezialitäten des gelben Bereiches des Erstattungskodex befristet bis zur Dauer von drei Jahren auferlegt werden. Ein Verstoß des Verordners/der Verordnerin gegen eine solche Bewilligungspflicht berechtigt den Sozialversicherungsträger zu einer Kündigung des Vertrages.

Das Ziel der Sozialversicherungsträger besteht jedoch vorrangig darin, die **Qualität der Dokumentationen durch Information** und nicht über das Verhängen von Sanktionen zu steigern.

Es wurden sämtliche Verordner/Verordnerinnen nachfolgend kontrolliert und im Zuge der Prüfung bzw. durch laufende Berichte in der zeitnahen Information umfassend über die Erfordernisse einer vollständigen und inhaltlich richtigen Dokumentation informiert.

Die nachfolgenden Kontrollen werden weiterhin mit Augenmaß durchgeführt, jedoch wird bei den **Dokumentationsprüfungen besonders auf Schwerpunkte** (z. B. auf die der bestimmten Verwendung entsprechende Diagnose) Wert gelegt.

Wird jedoch der Aufforderung zur Einsendung bzw. Vorlage der Dokumentationen trotz Urgenz ohne entschuldbaren Grund nicht nachgekommen oder werden die Vorgaben der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung insbesondere im genannten Qualitätsschwerpunkt nicht beachtet, ist jedenfalls mit einer Sanktion und einer Folgeprüfung zu rechnen.

Mehr über die nachfolgende Kontrolle und die vollständige und inhaltlich richtige Dokumentation findet man unter www.sozialversicherung.at/abs_nk (Direkteinstieg bzw. unter dem Channel [GESUNDHEITSDIENSTLEISTER/Vertragspartner/Arzneimittel-Bewilligungs-Service \(ABS\) – Nachfolgende Kontrolle](#)).

Erläuternde Bemerkungen Leistungspositionen - Sondervereinbarungen

Allgemeiner einleitender Text

Besteht in Einzelfällen die Notwendigkeit zur Überschreitung der angegebenen Fachbeschränkungen bzw. Limitierungen einzelner Leistungspositionen, ist mit Begründung die vorherige chefärztliche Genehmigung einzuholen.

Sind Fachgruppenbezeichnungen in Klammern gesetzt, kann die jeweilige Leistungsposition im Einzelfall fachbezogen und ohne chefärztliche Genehmigung verrechnet werden. Die Verrechnung einer Analogieposition für in der Honorarordnung nicht vorgesehene Einzelleistungen ist nicht möglich.

Sondervereinbarungen

Für Leistungen, welche eine Sondervereinbarung erfordern, ist bei der Ärztekammer ein Ausbildungs- und Gerätenachweis zu erbringen.

Sämtliche Befähigungsnachweise, die zur Verrechnung bestimmter Leistungspositionen verlangt werden, sind unaufgefordert bei der Ärztekammer für Niederösterreich vorzulegen und von dieser an die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse weiterzuleiten.

Pos. 1

Werden bei einem Krankenbesuch an einem Werktag mehrere Patientinnen/Patienten in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim oder im Familienverband untersucht, beraten oder behandelt, so kann jeweils nur einmal die Pos. 1 "Tagess Visite an Werktagen" verrechnet werden. Für die übrigen Patientinnen/Patienten gebührt das Honorar für die Pos. 12.

Pos. 2

Werden bei einer dringend verlangten und sofort getätigten Visite an Werktagen mehrere Patientinnen/Patienten in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim oder im Familienverband untersucht, beraten oder behandelt, so kann je-

weils nur einmal Pos. 2 "Dringend verlangte und sofort getätigte Visite an Werktagen" verrechnet werden.

Für die übrigen Patientinnen/Patienten gebührt das Honorar für eine Ordination außerhalb der üblichen Sprechstunde nur dann, wenn auch hier die Dringlichkeit der Behandlung vorliegt. In jenen Fällen, in denen die Behandlung nur auf Grund der zufälligen Anwesenheit der Ärztin/des Arztes durchgeführt wird, kann nur die Pos. 12 verrechnet werden.

Pos. 4

Werden bei einem Krankenbesuch in der Nacht mehrere Patientinnen/Patienten in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim oder im Familienverband untersucht, beraten oder behandelt, so kann jeweils nur einmal die Pos. 4 "Nachtvisite" verrechnet werden. Für die übrigen Patientinnen/Patienten gebührt das Honorar für eine Nachtordination.

Pos. 5

Werden bei einem Krankenbesuch an einem Sonn- und gesetzlichen Feiertag mehrere Patientinnen/Patienten in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim oder im Familienverband untersucht, beraten oder behandelt, so kann jeweils nur einmal die Pos. 5 "Visite an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen" verrechnet werden. Für die übrigen Patientinnen/Patienten gebührt das Honorar für eine Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen.

Pos. 7

Bei einem weiteren Befundbericht im Quartal müssen Anamnese, Status, Diagnose bzw. Therapieversuch nur dann neuerlich angeführt werden, wenn eine diesbezügliche Änderung eingetreten ist.

Die Übersendung von Befunden (z. B. Histo, Labor) sowie Krankenhauseinweisungen oder Überweisungen zu Fachärztinnen/Fachärzten anderer Sparten berechtigen nicht zur Verrechnung der Pos. 7.

Abschriften, Durchschriften oder Kopien von Befundberichten können nicht gesondert verrechnet werden.

Wird als Begründung "Nachweislich von der Kontrollärztin/vom Kontrollarzt verlangter Befundbericht" angegeben, kann die Pos. 7 ein weiteres Mal verrechnet werden.

Pos. 8

Für Patientinnen/Patienten, welche in die Ordination bestellt werden, kann nur die Pos. 9 oder Pos. 12 verrechnet werden.

Die Pos. 8 ist nicht verrechenbar, wenn die Tagesordination unmittelbar im Anschluss an die übliche Sprechstunde getätigt wird.

Unter üblicher Sprechstunde ist nicht nur die offiziell gemeldete Ordinationszeit, sondern auch jener Zeitraum zu verstehen, welcher zur Behandlung der Patientinnen/Patienten üblicherweise verwendet wird. Zur administrativen Abgrenzung wird eine halbe Stunde nach der offiziellen Ordinationszeit als üblich angenommen.

Pos. 12

Diese Leistung kann nur dann verrechnet werden, wenn die ärztliche Behandlung im Sinne des § 10 Abs. 1 des Gesamtvertrages erfolgt. Eine allfällige telefonische Beratung ist grundsätzlich nicht verrechenbar.

Pos. 104

Bei allen blutchemischen Untersuchungen sowie bei der Blutsenkung, ausgenommen alleinige Blutzuckeruntersuchungen, ist diese Position separat zu verrechnen.

Pos. 116

Gültig für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin:

Wenn die Position in mehr als 15 % der Fälle pro Quartal verrechnet wird, ist von der Ärztin/vom Arzt die medizinische Notwendigkeit aller zu dieser Position verrechneten Fälle gegenüber dem Ärztlichen Dienst nachzuweisen. Wird die medizinische Notwendigkeit in einzelnen Fällen vom Ärztlichen Dienst nicht anerkannt und kann kein Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt erzielt werden, ist der vertraglich vorgesehene Instanzenzug zu beschreiten.

Pos. 151

Schaumstoffplatten werden im Rahmen des pro ordinatione-Bedarfes von der Kasse zur Verfügung gestellt.

Elastische Binden sind von der Ärztin/vom Arzt pro Patient/in zu verordnen; hausapothekenführende Ärztinnen/Ärzte können diese zum Bandagistentarif abgeben.

Pos. 222

Zur Pos. 222 kann die Pos. 218 am gleichen Tag verrechnet werden.

Pos. 620

Für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, Lungenfachärztinnen/-ärzte und Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

Wenn die Position in mehr als 10 % der Fälle pro Quartal verrechnet wird, ist von der Ärztin/vom Arzt die medizinische Notwendigkeit aller zu dieser Position verrechneten Fälle gegenüber dem Ärztlichen Dienst nachzuweisen. Wird die medizinische Notwendigkeit in einzelnen Fällen vom Ärztlichen Dienst nicht anerkannt und kann kein Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt erzielt werden, ist der vertraglich vorgesehene Instanzenzug zu beschreiten.

Pos. 653

Teilvordrucke, bei welchen die zu verabreichenden Speisen von der Ärztin/vom Arzt einzutragen sind, können verwendet werden.

Pos. 840/841 bzw. 1840/1841

Beide Positionen können nur dann miteinander verrechnet werden, wenn die **in der Anmerkung vorgesehene Diagnose** zutrifft und am Abrechnungsbeleg vermerkt ist.

Pos. 843/844 bzw. 1843/1844

Eine Kombination an einem Tag ist zu begründen.

Abkürzung der Fachgruppenbezeichnungen:

PA	= Allgemeinmedizin
At	= Lungenkrankheiten
Au	= Augenheilkunde und Optometrie
Ch	= Chirurgie
F	= Frauenheilkunde und Geburtshilfe
L	= Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
D	= Haut- und Geschlechtskrankheiten
I	= Innere Medizin
K	= Kinder- und Jugendheilkunde
KJP	= Kinder- und Jugendpsychiatrie
N	= Neurologie und Psychiatrie
O	= Orthopädie und orthopädische Chirurgie
Uch	= Unfallchirurgie
U	= Urologie

Abschluss von Verträgen mit Ambulatorien für Computertomographie

Gemäß § 349 Abs. 2b ASVG sind die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und Krankenanstalten, die ambulante Untersuchungen mit Großgeräten durchführen, durch Gesamtverträge zu regeln. Dem gesetzlichen Auftrag wurde in Niederösterreich vom Fachverband der Gesundheitsbetriebe in der Wirtschaftskammer Österreich und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durch Abschluss des Gesamtvertrages über die Durchführung von CT-Untersuchungen vom 10.12.2014 nachgekommen. Dieser Gesamtvertrag stellt die Fortführung des Gesamtvertrages vom 15.12.2004 dar.

Auf Grund der nunmehr geltenden Vereinbarungen erfolgt die Honorierung der von den Ambulatorien (Beilage 2) erbrachten Leistungen wie bisher pro untersuchter Körperregion.

Für die Zuweisung von Patientinnen bzw. Patienten an die genannten Vertragsambulatorien ist weiterhin das im Einvernehmen mit der Ärztekammer für NÖ aufgelegte spezielle Formular zu verwenden. Dieses Formular, ein Muster liegt bei (Beilage 3), kann bei Bedarf von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der Nö. Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, angefordert werden.

Der vollständigen Ausfertigung der CT-Zuweisung in allen vorgesehenen Rubriken (Klinische Symptomatik - Konkrete Fragestellung - Zu untersuchende Region - Bereits erhobene Befunde - Besondere Vermerke) durch die zuweisende Ärztin bzw. den zuweisenden Arzt kommt auch zukünftig wesentliche Bedeutung zu. Dieser Punkt ist daher ganz besonders zu beachten!

Generell sind optimale diagnostische Ergebnisse nur bei einer möglichst exakten Zuweisung und einer genauen Eingrenzung des Untersuchungsgebietes zu erwarten. Die einzelnen Regionen, auf die die Zuweisung zur CT daher künftig eingegrenzt werden sollte, sind der Beilage 1 zu entnehmen.

Die CT-Untersuchungen bedürfen der vorherigen chefärztlichen Genehmigung. Diese kann beim Ärztlichen Dienst der Nö. Gebietskrankenkasse in 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, oder über die Service-Center der Kasse eingeholt werden.

Aussetzung der chefärztliche Genehmigung:

*Die chefärztliche Genehmigung wurde durch die 3. Änderung der Krankenordnung für die Anspruchsberechtigten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bis zum 31. Dezember 2018 generell ausgesetzt. Sofern Untersuchungen von Ambulatorien im Bundesland Niederösterreich durchgeführt werden, die eine vertragliche Regelung mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse haben, gilt dieser Verzicht auf die chefärztliche Bewilligung auch für die Anspruchsberechtigten aller anderen Gebietskrankenkassen. Im Hinblick auf **Anspruchsberechtigte der bundesweiten Krankenversicherungsträger** und der **Krankenfürsorgeanstalt** ist die Regelung des jeweils zuständigen Krankenversicherungsträgers zu beachten.*

Um mit den begrenzten Ressourcen im medizinischen System sparsam umzugehen und auch eine möglichst geringe Belastung der Patientinnen und Patienten herbeizuführen, wird an alle zuweisenden Ärztinnen und Ärzte appelliert, eine möglichst exakte anamnestische Vorinformation zur Verfügung zu stellen und eine entsprechende Eingrenzung der Untersuchung auf das medizinisch Notwendige vorzunehmen.

Beilagen

Ambulatorien

Institut für bildgebende Diagnostik
Dr. Andreas Stadlbauer GmbH
Agathastraße 15
3300 Amstetten

Institut für bildgebende Diagnostik
Computertomographie und Magnetresonanztomographie Baden
Dr. Drlicek, Dr. Eisenbauer, *Dr. Gruber, Dr. Mallek, Dr. Gebauer GmbH*
Bahngasse 13
2500 Baden

Institut für Computertomographie und Magnetresonanztomographie
Gänserndorf GmbH
Umfahrungsstraße Nord 7
2230 Gänserndorf

Institut für CT und MR
Prim. Dr. Menner GmbH
Conrathstraße 15a
3950 Gmünd

MR-CT Diagnosezentrum Horn
Dr. Breitenseher GmbH
Institutsstandort: Landesklinikum Waldviertel Horn
Spitalgasse 10
3580 Horn

Computertomographie Betriebsgesellschaft m. b. H. & Co KG
Bahnzeile 1
3500 Krems

Ambulatorium für bildgebende Diagnostik,
Dr. Th. Mader & Dr. M. Reisegger OG
Hauptstraße 38
2340 Mödling

Ambulatorium für Computertomographie
Dr. Werner Schuster
Schulgasse 5
2620 Neunkirchen

Institut für Radiodiagnostik GmbH
Rutesheimerstraße 3A
3270 Scheibbs

Institut für Computertomographie
Dr. Doris Bauer
Bahngasse 14-16
2320 Schwechat

IBD Institut für bildgebende Diagnostik GmbH & Co KEG
Brodtschildstraße 4
2000 Stockerau

Institut Frühwald KG Diagnosezentrum
Kremser Gasse 16a
3100 St. Pölten

Institut für Computertomographie und Magnetresonanztomographie
Dr. Andreas Myskiw – Dr. Rudolf Böck OG
Bräuhausgasse 3/3
3100 St. Pölten

Institut für bildgebende Diagnostik Waidhofen an der Thaya GmbH
Hamernikgasse 3a
3830 Waidhofen/Thaya

Dr. Klemens Eibenberger Ges.m.b.H.
Institutsstandort: Landesklinikum Mostviertel Waidhofen/Ybbs
Ybbsitzer Straße 112
3340 Waidhofen/Ybbs

Institut für bildgebende Diagnostik GmbH & Co KG
Plenkerstraße 14
3340 Waidhofen/Ybbs

MR/CT – Ambulatorium Wiener Neustadt GmbH
Ferdinand-Porsche-Ring 10
2700 Wr. Neustadt

CT / MR-Zuweisung

Diese Zuweisung ist 1 Monat, vom
Ausstellungstag an gerechnet, gültig!

Zuweisung an:

Familienname(n)/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient/in			Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte/r			Tag	Monat	Jahr
(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)					
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)					
Klinische Symptomatik:					
Konkrete Fragestellung:					

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9		
------------	------------	---------------------	--	--------------------	----------------------------------	---	--	--

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

ACHTUNG!

Um eine ordnungsgemäße Untersuchung zu gewährleisten,
ist das Formular vollständig in allen Rubriken auszufüllen.

☐ CT-UNTERSUCHUNG

☐ MR-UNTERSUCHUNG

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Zu untersuchende Region (möglichst exakte Abgrenzung!):

BEILAGE 3 (MUSTER)

Bereits erhobene Befunde:

Datum

Stempel und Unterschrift des Zuweisers/der Zuweiserin

Angabe des für die Untersuchung erforderlichen Kontrastmittels:	Besondere Vermerke:
Mengenangabe:	
Datum: _____	Datum: _____
..... Genehmigungsvermerk der Krankenkasse	 Stempel und Unterschrift der CT / MR-Einrichtung

Drucksortenbestellung

Die Bestellung der in Ihrer Ordination benötigten Drucksorten und Rezepte kann einfach und effizient über die Homepage der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse erfolgen.

*Auf www.noegkk.at können Sie im Channel Vertragspartner / Ärzte/Apotheken / **Drucksortenbestellung für Vertragsärzte** dieses Online-Bestellservice kostenfrei nutzen.*

Die bestellten Formulare und Rezeptblöcke werden Ihrer Ordination per Post zugestellt (zwei Zustellversuche direkt an Ihre Ordination). Die Lieferung erfolgt innerhalb von zwei bis drei Wochen.

Beachten Sie bitte bei einigen Formularen die festgelegten Mindestbestellmengen. Da es sich um eine Direktbestellung handelt, ersuchen wir Sie, alle von Ihnen benötigten Drucksorten in ausreichender Menge gleichzeitig anzufordern. Für dringende Fälle liegt in den Service-Centern weiterhin eine Mindestausstattung an Drucksorten auf.

*Im Channel Vertragspartner / Ärzte/Apotheken / **Formulare** stehen Ihnen alle Formulare auch zum Download zur Verfügung. Falls Sie bisher bereits die Downloadmöglichkeit über die Homepage der Niederösterreichischen Ärztekammer genutzt haben, so ist dies über einen Link zur Homepage der NÖGKK auch weiterhin möglich.*

Eine telefonische und postalische Anforderung mittels Anforderungsschein bleibt weiterhin möglich, genauso die Bestellung per Fax oder E-Mail.

Vereinbarung über die Neuregelung der Einzelleistungsposition "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)"

1. Das Honorar für die Pos. Nr. 19 - "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)" beträgt 11,63 €.
2. Mit der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
3. Zur Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" sind die Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin, die Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin, berechtigt.
4. Der Arzt/die Ärztin hat die "Ausführliche therapeutische Aussprache" persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die "Ausführliche therapeutische Aussprache" mit mehreren Patienten/Patientinnen gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. mit Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten/Patientinnen (Apoplexiepatienten/-patientinnen) ist zulässig.
5. Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
6. Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. Eine zusätzliche Verrechnung der Pos. 8, 9 bzw. 12 am gleichen Tag ist prinzipiell nicht möglich, es sei denn, die Leistungen werden zu unterschiedlichen Zeiten erbracht. (Angabe der Uhrzeit ist unbedingt erforderlich.) In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.
7. Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten/Vertragsfach-

ärztinnen für Innere Medizin und Vertragsfachärzten/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde in höchstens 18 % der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsfachärzten/Vertragsfachärztinnen (ausgenommen Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 11 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar. (Für die Berechnung der 18 % bzw. 11 % werden Vertretungsfälle - Urlaubs-, Krankheitsvertretung u. ä. - nicht herangezogen.)

8. Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten/Patientinnen verrechenbar. Bei Fachärzten/Fachärztinnen für Neurologie und Psychiatrie ist eine gleichzeitige Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" und der Position "Psychotherapeutische Sitzung" bei eigenen Patienten/Patientinnen innerhalb eines Quartales nur mit Begründung möglich.

Eine Zuweisung zum Zweck einer "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten/Patientinnen kann die "Ausführliche therapeutische Aussprache" nur dann bei der Erstordination verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten/Patientinnen keine "Ausführliche therapeutische Aussprache" verrechnen.

9. Leistungspositionen in der Honorarordnung, die ebenfalls eine Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin beinhalten, sind - ausgenommen die psychotherapeutische Sitzung - neben der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes nicht verrechenbar. (Es handelt sich dabei um die Pos. 51, 52, 53 und 54.)

Darüber hinaus sind neben der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" die Pos. 70 bis 90, 109, 602, 652 bis 655, 657, 682 bis 684 und 690 nicht am gleichen Tag verrechenbar.

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

Erstattungskodex (EKO)

Mit dem EKO wird ein wichtiger Beitrag zu einer modernen, EBM-basierten Medizin geleistet. Er baut auf einem transparenten System auf:

- Alle relevanten Informationen sind im Internet verfügbar.
- Alle grundsätzlich erstattungsfähigen Arzneimittel werden aufgelistet.
- Für die der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung unterliegenden Arzneyspezialitäten des Gelben Bereiches sind die Regeln für mehr als 879 Medikamente festgelegt.

Die nachstehenden Ausführungen gelten seit Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card. Für eventuelle Rückfragen steht der ärztliche Dienst der Nö. Gebietskrankenkasse unter der Telefonnummer 050899-5330 zur Verfügung.

Der EKO gliedert sich in drei Bereiche, den - Grünen Bereich,
- Gelben Bereich und
- Roten Bereich.

Die Veröffentlichung des EKO erfolgt einerseits in gedruckter Form als Broschüre, andererseits im Internet unter www.avsv.at. Die Verlautbarung im Internet umfasst den gesamten EKO, in der Broschüre ist der Rote Bereich **nicht angeführt**. Die Broschüre wird einmal pro Jahr mit Stand 1. Jänner aufgelegt. In den amtlichen Verlautbarungen der Sozialversicherung (www.avsv.at) werden Änderungen immer dann veröffentlicht, wenn ein beurkundeter Beschluss des Hauptverbandes vorliegt.

Das Druckwerk "Erstattungskodex" (die vollständige Ausgabe vom 1. Jänner des jeweiligen Jahres) wird vom Hauptverband zu Informationszwecken auch in elektronischer Form im Internet unter www.hauptverband.at im Channel FACHINFORMATION/Der Erstattungskodex/Der Erstattungskodex Online publiziert.

Zur Unterstützung der ökonomischen Verschreibung von Heilmitteln steht das **Öko-Tool** zur Verfügung, dessen Verwendung seit 1.1.2012 im Gesamtvertrag geregelt ist.

Das **Öko-Tool** kann entweder über die Arztsoftware oder über die Homepage des Hauptverbandes als elektronisches **Infotool zum Erstattungskodex** unter www.hauptverband.at – Channel *FACHINFORMATION/Der Erstattungskodex/Infotool Erstattungskodex* aufgerufen werden. Dieses monatlich aktualisierte Serviceinstrument bietet umfassende Informationen zu den Arzneimitteln im Grünen und Gelben Bereich des EKO. Bei Eingabe eines Produktnamens oder Wirkstoffes erhält man eine Übersicht über therapeutische Alternativen im EKO und eine Darstellung der Preise innerhalb der Vergleichsgruppe.

Zusätzlich gibt es EKO2go, die kostenfreie mobile App zum Erstattungskodex. EKO2go bietet Informationen zum EKO, schnell, mobil und aktuell. Die Applikation ist kostenfrei im Apple Store und im Google Play Store für alle gängigen Smartphones oder Tablets downloadbar. Weitere Informationen stehen unter www.eko2go.at zur Verfügung.

EKO2go bietet eine praktische Medikamenten- und Wirkstoffsuche, eine Übersicht über gleiche und vergleichbare Medikamente, Informationen über Wirkstoff, Packungsgröße, Teilbarkeit etc. sowie Medikamentenpreise und Preisvergleiche. Die Datenbank wird monatlich aktualisiert, die Daten können schnell geladen werden. Die App bietet eine optimierte Navigation für Touchscreens und ist on- und offline anwendbar.

Grüner Bereich (G)

Zur Krankenbehandlung auf Kosten der Sozialversicherung sollten grundsätzlich Präparate aus dem Grünen Bereich des Erstattungskodex verordnet werden.

Der Grüne Bereich enthält ca. 4028 Präparate, deren Abgabe ohne chef- und kontrollärztliche Bewilligung aus medizinischen und ökonomischen Gründen sinnvoll und vertretbar ist.

Arzneispezialitäten des Grünen Bereiches des Erstattungskodex, welche für eine oder mehrere ärztliche Fachgruppen ohne vorherige chef- und kontrollärztliche Bewilligung verschreibbar sind:

Facharzt/Fachärztin für

A Lungenkrankheiten

- Au** Augenheilkunde
- D** Haut- und Geschlechtskrankheiten
- F** Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- K** Kinderheilkunde
- L** Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- N** Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie
- P** Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie
- R** Radiologie
- U** Urologie

Die Codes sind auch kombinierbar.

Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt/die angegebene Fachärztin kann die Verordnung auch durch einen Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Facharzt/ von der angegebenen Fachärztin durchgeführt werden.

Die mit **"IND"** gekennzeichneten Präparate sind ebenfalls ein Bestandteil des Grünen Bereiches. Die Kriterien für die freie Verschreibbarkeit dieser Arzneyspezialitäten sind durch den dem Erstattungskodex zu entnehmenden Indikationstext geregelt.

Für Verordnungen außerhalb der oben genannten Voraussetzungen ist eine chef- und kontrollärztliche Bewilligung einzuholen.

Folgende Kassenzeichen sind im EKO ebenfalls angeführt:

- F2J** = frei verschreibbar für Kinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr,
- F6J** = frei verschreibbar für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr,
- F14** = frei verschreibbar für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr,
- (2),** = Die Aufnahme der Arzneyspezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich
- (3),** auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen, die maxi-

... mal abgegeben werden dürfen. Erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden;

SG = Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen,

T = Teilbarkeit,

T2 = in 2 *gleiche* Teile teilbar,

T3 = in 3 *gleiche* Teile teilbar,

T4 = in 4 *gleiche* Teile teilbar,

BP = Bündelpackung.

Weitere Kürzel sind in der Buchform des EKO unter der Überschrift Zeichenerklärungen und Abkürzungen angeführt.

Gelber Bereich (Y)

Dieser Bereich beinhaltet jene Arzneispezialitäten, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen haben und aus medizinischen oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den Grünen Bereich aufgenommen werden.

Falls in Einzelfällen eine Behandlung mit Arzneispezialitäten aus dem Grünen Bereich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, können Präparate aus dem Gelben Bereich des EKO verordnet werden.

Dieser Bereich enthält:

1. Arzneispezialitäten, die einer vorherigen chef- und kontrollärztlichen Bewilligung unterliegen und mit "**RE1**" gekennzeichnet sind. Der jeweilige Regeltext gibt an, unter welchen Voraussetzungen eine chefärztliche Bewilligung erteilt werden kann.
2. Arzneispezialitäten, die mit "**RE2**" gekennzeichnet sind und die unter im EKO definierten Bedingungen (Regeln) für bestimmte Verwendungen (z. B. Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patienten/Patientinnen, Men-

genbegrenzungen oder Darreichungsformen) **ohne chef- und kontrollärztliche Bewilligung** verordnet werden können.

Diese Verordnungen unterliegen einer **nachfolgenden Kontrolle** über Vorliegen und Einhaltung dieser bestimmten Verwendung durch den ärztlichen Dienst. Für diesen Zweck ist vom Verordner/von der Verordnerin eine Dokumentation anzufertigen, deren Umfang und Inhalt in der "Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung" des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen definiert ist.

Die **Dokumentation** hat nach dieser Verordnung insbesondere zu enthalten:

- Warum bei Verfügbarkeit einer oder mehrerer therapeutisch gleichwertiger Arzneispezialitäten im Grünen Bereich des EKO ein Präparat aus dem Gelben Bereich verschrieben wurde,
- die Rezeptdaten,
- die Diagnose,
- einen Verweis auf die Anamnese und Vorbehandlungsdaten,
- die Ergebnisse medizinischer Befunde und regelrelevante Informationen.

Sollte sich im Verlauf einer nachfolgenden Kontrolle herausstellen, dass keine oder nur eine unvollständige Dokumentation vorliegt und die Bedingungen für eine Verordnung auf Kosten der Krankenkasse nicht gegeben sind, sind in der Verordnung des Bundesministeriums Sanktionen wie eine Verwarnung und im Wiederholungsfall der Kostenersatz der Arzneispezialität durch den Verordner/die Verordnerin oder bei weiteren Verstößen die ausnahmslose Bewilligungspflicht für Arzneimittel aus dem Gelben Bereich bis zur Dauer von drei Jahren vorgeschrieben.

Wenn RE2-Präparate in einer anderen Verwendung als der im EKO vorgesehenen verordnet werden, sind sie ebenfalls bewilligungspflichtig.

Roter Bereich

Diese Arzneispezialitäten unterliegen der chef- und kontrollärztlichen Bewilligungspflicht.

Dem Roten Bereich sind Arzneyspezialitäten zuzuordnen, für die ein Antrag auf Aufnahme in den EKO gestellt wurde. Der Preis der Arzneyspezialität darf den EU-Durchschnittspreis nicht überschreiten. Ihre Verweildauer im Roten Bereich ist begrenzt: Stellt der Hauptverband innerhalb von 90 Tagen (wird auch über den Preis entschieden, innerhalb von 180 Tagen) nach Einlangen des Antrages fest, dass die Arzneyspezialität nicht in den Gelben oder Grünen Bereich des EKO aufzunehmen ist, so ist sie aus dem Roten Bereich zu streichen.

Nicht erstattungsfähige Arzneyspezialitäten

Dieser Bereich umfasst alle jene Arzneyspezialitäten, die nicht im EKO angeführt sind.

Arzneyspezialitäten können nur dann als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben werden, wenn sie im EKO angeführt sind. Lediglich in besonders begründeten Einzelfällen ist die Erstattungsfähigkeit auch dann gegeben, wenn die Arzneyspezialität nicht im EKO angeführt ist, aber die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und nicht mit im EKO angeführten Arzneyspezialitäten durchgeführt werden kann.

Kategorien nicht erstattungsfähiger Arzneimittel:

1. Arzneimittel zur Behandlung in Krankenanstalten,
2. Arzneimittel zur Prophylaxe,
3. Arzneimittel mit offensichtlich nicht ausreichendem Nachweis einer therapeutischen Wirkung,
4. Arzneimittel zur Empfängnisverhütung,
5. Arzneimittel zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs,
6. Arzneimittel mit überwiegend kosmetischer Wirkung,
7. Arzneimittel für körperliche Hygiene,
8. Arzneimittel zur Förderung von Wachstum und Qualität von Haaren und Nägeln,
9. Arzneimittel zur Leistungssteigerung bzw. Steigerung des Wohlbefindens,
10. Arzneimittel zum Ersatz der Nahrungsaufnahme, zur Nahrungsergänzung und/oder zum Ausgleich alimentärer Defizite,
11. Arzneimittel zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch,

- 12. Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen,
- 13. Arzneimittel zur medizinischen Vorbereitung einer assistierten Reproduktion.

Packungsgrößen: In den EKO wurden nur Packungsgrößen aufgenommen, die bei Akuterkrankungen der Behandlung des Regelfalles entsprechen bzw. für chronische Erkrankungen eine Kleinpackung zur Anbehandlung (Probebehandlung) sowie Packungen zur Abdeckung eines Monatsbedarfs.

e-card-Vorgangsweise ab 1.1.2009 für Versicherte der § 2-Kassen und SVB

Die gesamtvertraglichen Vereinbarungen zum e-card-Gesamtvertrag sehen vor, dass ab 1.1.2009 die e-card bei jeder Anspruchsprüfung von Vertragsärztinnen/-ärzten einzulesen ist (die Online-Anspruchsprüfung mittels o-card ist der Anspruchsprüfung mittels e-card gleichgestellt). Bereits mit Einführung der e-card wurde den Vertragsärztinnen/-ärzten empfohlen, regelmäßig die e-card einzulesen, um die Patientinnen/Patienten anzuhalten, die e-card regelmäßig mitzunehmen. In der Praxis hat sich nun gezeigt, dass das jedmalige Stecken fallweise bei Visiten, Erste-Hilfe-Fällen, Konsultationen in Heimen und während des Bereitschaftsdienstes auf Schwierigkeiten stößt. Zwischen der Kurie der niedergelassenen Ärzte und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse wurde daher Folgendes vereinbart:

Es wird darauf hingewiesen, dass Einvernehmen darüber besteht, dass eine generelle Verweigerung des Steckens der e-card bei jeder Konsultation nicht unterstützt werden kann, um insbesondere im Hinblick auf die Rezeptgebührenobergrenze negative Folgen für die Patientin/den Patienten zu verhindern.

Gruppenpraxen-Gesamtvertrag ab 1. April 2009

1. ALLGEMEINES:

Mit 1.4.2009 ist der zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und den niederösterreichischen § 2-Krankenversicherungsträgern ausverhandelte Gruppenpraxen-Gesamtvertrag in Kraft getreten. Mit diesem Vertragswerk wird in Niederösterreich die Möglichkeit geschaffen, dass ärztliche Gesellschaften in eine Vertragsbeziehung mit den § 2-Krankenversicherungsträgern treten, vorausgesetzt es besteht für diese Zusammenarbeit ein einvernehmlich zwischen Ärztekammer für Niederösterreich und Niederösterreichischer Gebietskrankenkasse festgestellter Bedarf.

Der Gruppenpraxen-Gesamtvertrag gilt für Ärzte/Ärztinnen aller Fachrichtungen mit Ausnahme der Fachärzte/-ärztinnen für Radiologie, für die es bereits seit 1.7.2006 eine eigene gesamtvertragliche Grundlage gibt.

2. GRUPPENPRAXEN-MODELLE:

Folgende Gruppenpraxen-Modelle stehen den Ärzten/Ärztinnen offen:

1. Vertrags-Gruppenpraxis (V-GP) auf Grund einer Zusammenlegung an einem Standort (Zusammenlegungspraxis, ZLP): Dabei schließen sich zwei oder mehrere Vertragsärzte/-ärztinnen am gleichen im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsort zu einer V-GP zusammen.
2. V-GP als originär vereinbarte V-GP (originäre GP): Bei festgestelltem Bedarf kann eine GP originär mit zwei oder mehreren Gesellschaftern/Gesellschafterinnen ausgeschrieben werden.
3. Teilung einer Planstelle (Jobsharing-Praxis, JSP): maximal drei Ärzte/Ärztinnen teilen sich eine bestehende Vertragsarztstelle, das heißt der/die Seniorpartner/in und Inhaber/in der bestehenden Vertragsarztstelle teilt sich diese mit einem/einer Juniorpartner/in oder zwei Juniorpartnern/-partnerinnen.
4. GP zur Nachfolgeregelung (Nachfolgepraxis, NFP): Der/Die Inhaber/in einer Vertragsarztstelle teilt sich kurz vor Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (maximal ein Jahr) die Vertragsarztstelle mit einem/einer Juniorpartner/in, mit der

Intention eines sukzessiven Rückzuges des Seniorpartners/der Seniorpartnerin von der vertragsärztlichen Tätigkeit und eines geordneten Überganges des Einzelvertrages auf den/die Juniorpartner/in. Zum Zeitpunkt des Endes der NFP erlangt der/die Juniorpartner/in den Einzelvertrag. Die NFP ersetzt die Regelung zur Übergabepaxis, wobei die bestehenden Übergabepaxen weitergeführt werden können.

5. Fachgleiche aber intern spezialisierte GP: Maximal drei Ärzte/Ärztinnen der gleichen Fachrichtung, die sich auf unterschiedliche Zusatzfächer spezialisiert haben, teilen sich eine bestehende Vertragsarztstelle, d. h. der/die Seniorpartner/in und Inhaber/in der Vertragsarztstelle teilt sich diese mit einem/einer Juniorpartner/in oder zwei Juniorpartnern/-partnerinnen.
6. GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin: Bei festgestelltem Bedarf kann eine GP auf dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin gebildet werden.

3. FACHRICHTUNGEN IN DEN GRUPPENPRAXEN:

Eine ZLP oder eine originäre GP ist auch zwischen Ärzten/Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen möglich, die JSP, die NFP und die intern spezialisierte GP naturgemäß nur zwischen Ärzten/Ärztinnen der gleichen Fachrichtung, die GP auf dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ist nur zwischen Fachärzten/-ärztinnen auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin möglich.

4. BEDARFSPRÜFUNG, AUSSCHREIBUNG UND AUSWAHL:

Die Feststellung des Bedarfes an GP, ihre Zahl und ihre örtliche Verteilung wird im Rahmen der Stellenplangespräche zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse festgelegt, wobei es einen gemeinsamen Stellenplan für Einzelordinationen und GP geben wird. Bei der ZLP oder der NFP wird der Bedarf einvernehmlich als gegeben angenommen. Die neuen V-GP werden mit Ausnahme der ZLP ausgeschrieben, gleiches gilt für freie V-GP-Gesellschafterstellen. Bewerbungen und Auswahl sowie Abschluss des Einzelvertrages laufen nach ähnlichen Regeln wie im Gesamtvertrag sowie den Niederlassungsrichtlinien für Einzelpraxen.

5. VERTRAGLICHE RECHTE UND PFLICHTEN:

Mit Abschluss des Einzelvertrages kann die V-GP ihre ärztliche Tätigkeit aufnehmen. Die Rechte und Pflichten der GP und ihrer ärztlichen Gesellschafter/innen sind im Detail dem Gruppenpraxen-Gesamtvertrag zu entnehmen (veröffentlicht unter www.arztnoe.at), wobei die Rechte und Pflichten in Anlehnung an den Gesamtvertrag für Einzelpraxen geregelt wurden.

6. HONORIERUNG:

Die Honorierung der ärztlichen Tätigkeit der V-GP erfolgt in Anwendung der Honorarordnung des kurativen Gesamtvertrages für Einzelpraxen mit den Besonderheiten, dass die V-GP eine einheitliche Abrechnung zu legen hat und auf die Honorarsumme, mit Ausnahme der GP zur Nachfolgeregelung, ein Abschlag im Ausmaß von 3,5 % (mit Ausnahme der VU-Leistungen und der MUKIPA-Leistungen, hier erfolgt kein Abschlag) erfolgt. Basis für die Berechnung des Abschlages sind die zum Zeitpunkt der Honorarberechnung anwendbaren Leistungspositionen der Honorarordnung. Der Honorarsummenabschlag wird im Rahmen der Quartalsabrechnungen in Abzug gebracht und gesondert ausgewiesen.

Aussetzung des Honorarabschlages:

Um die Etablierung von GP weiter zu forcieren und dadurch den Versicherten eine optimierte ambulante medizinische Versorgung sowie eine Serviceverbesserung und den an der GP beteiligten Ärztinnen/Ärzten verbesserte Rahmenbedingungen zu ermöglichen, wurde der Honorarabschlag ab 1. Jänner 2015 bis auf Weiteres ausgesetzt.

7. NIEDERLASSUNGSRICHTLINIEN:

Die Niederlassungsrichtlinien für GP orientieren sich an den Niederlassungsrichtlinien für Einzelpraxen, wobei bei Bewerbung einer GP um eine freie Stelle die einzelnen Ärzte/Ärztinnen als Team bewertet werden. Nähere Informationen sind unter www.arztnoe.at abrufbar.

Mit diesem allgemeinen Gruppenpraxen-Gesamtvertrag soll den Ärzten/Ärztinnen in Niederösterreich verstärkt die Möglichkeit eröffnet werden, der Bevölkerung eine bedarfsorientierte Versorgung im Rahmen flexiblerer Zusammenarbeitsformen bieten zu können. Damit sollten für alle Beteiligten im Gesundheitswesen Vorteile erwartet werden können.

Jänner 2015

Heilbehelfe und Hilfsmittel - Kostenbeteiligung

Nach § 137 ASVG hat der Versicherte/die Versicherte für Heilbehelfe eine Kostenbeteiligung von mindestens 20 v. H. der täglichen Höchstbeitragsgrundlage nach § 108 Abs. 3 ASVG zu leisten. Dieser Kostenbeitrag beträgt ab 1.1.2014 mindestens 30,20 € und hat auch für Hilfsmittel Gültigkeit.

Der Kostenbeitrag für Brillen und Kontaktlinsen beträgt für die Versicherten im Jahr 2014 90,60 €, höchstens jedoch 10 % der Kosten. Für Kinder über dem 15. Lebensjahr, die als Angehörige im sozialversicherungsrechtlichen Sinne gelten, ist ein Kostenbeitrag von 30,20 € zu leisten. Kosten für Dreistärkengläser (Gleitsicht- und Trifokalgläser) werden nicht übernommen. Die Mindestgebrauchsdauer für Brillen wurde gesetzlich auf drei Jahre erhöht.

Kein Kostenanteil ist zu entrichten

- a) von Versicherten (Angehörigen), die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw. für die ohne Rücksicht auf das Lebensalter Anspruch auf die erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des § 8 Abs. 4 bis 7 des Familienlastenausgleichsgesetzes besteht, und
- b) bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit (Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr).

Die Prüfung der Voraussetzungen für die Befreiung von der Zahlung des Kostenanteiles nach Punkt a) obliegt der den Heilbehelf oder das Hilfsmittel abgebenden Stelle (Bandagist/Bandagistin, Optiker/Optikerin, etc.). Ob hingegen ein Versicherter/eine Versicherte oder ein Angehöriger/eine Angehörige nach Punkt b) von der Kostenbeteiligung befreit ist, wird vom e-card-System angezeigt.

Heilnahrung – Neuregelung ab 1. Juli 2010

Durch ein öffentliches Ausschreibungsverfahren ist es der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) gelungen, die Versorgung der Anspruchsberechtigten mit Heilnahrung zu optimieren und die Servicequalität zu steigern. Mit Wirksamkeit ab 1. 7.2010 wurde der Bereich der enteralen Ernährung neu geregelt. Auf Rechnung der NÖGKK können nunmehr ausschließlich Produkte des Pharmaunternehmens **Fresenius Kabi Austria GmbH** bezogen werden. Deren Abgabe an die betreffenden Personen erfolgt durch den neuen Vertragspartner **MedTrust Handelsges.m.b.H.**, wobei die Produkte in der Regel binnen 10 Stunden ab Bestellung durch die Kasse direkt an die gewünschte Adresse zugestellt werden.

Um die bestmögliche Versorgung der anspruchsberechtigten Patienten/Patientinnen mit enteraler Ernährung weiterhin zu gewährleisten sind bei Verschreibungen ab 1. Juli 2010 folgende Änderungen zu beachten:

Für die Verordnung von Heilnahrung sowie für eine allenfalls benötigte Technikausstattung (Sonden, Überleitgeräte, Pumpen) ist wie bisher eine Bewilligung des Ärztlichen Dienstes der NÖGKK erforderlich. Diese kann für enterale Ernährung nicht über ABS abgewickelt werden, sondern das Originalrezept ist an den Ärztlichen Dienst der Kasse zu senden. Sämtliche Verordnungen, die auf andere als die von der NÖGKK vorgegebenen Produkte gerichtet sind, können vom Ärztlichen Dienst nicht bewilligt werden.

Bei Produkten der Heil- und Sondennahrung handelt es sich um nicht apothekengebundene Heilmittel, für die grundsätzlich eine Rezeptgebühr zu bezahlen ist. Die Neuregelung sieht eine Einhebung der Rezeptgebühr pro Packungseinheit in der jeweils geltenden Höhe (derzeit 5,55 €) direkt bei der Zustellung vor Ort durch die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Firma MedTrust vor.

Neben dem üblichen Rezeptformular kann die Verschreibung von enteraler Ernährung auch auf einem eigens aufgelegten Ordnungsblatt erfolgen. Eine eventuelle Befreiung von der Rezeptgebühr ist in diesem Fall ebenfalls zu vermerken. Ein entsprechendes Ordnungsblatt steht auf der Homepage der NÖGKK (www.noegkk.at) unter der Rubrik Versicherte/Formulare/Allgemeines/Enterale Ernährung-Verordnungsblatt zum Download zur Verfügung.

Bei Bedarf werden Anspruchsberechtigte sowie jene mit der Pflege betrauten Personen von der Erzeugerfirma Fresenius Kabi Austria GmbH hinsichtlich der Verwendung der Produkte eingeschult. Des Weiteren wird eine flächendeckende Betreuung mittels einer täglich von Montag bis Sonntag von 08:00 bis 20:00 Uhr erreichbaren Hotline und allfälligen Hausbesuchen durch die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Fresenius Kabi Homecare-Teams (binnen 24 Stunden nach Anfrage) gewährleistet.

Für detaillierte Produktinformationen oder Fragen zu den einzelnen Heilnahrungsprodukten steht das Fresenius Homecare-Team telefonisch unter 0316/249-0 zur Verfügung. Darüber hinaus finden sich zusätzliche Informationen im Internet unter <http://www.medtrust.at> sowie <http://www.fresenius-kabi.at>

Ergebnis der Honorarverhandlung für 2013

Die Honorarverhandlungen für das Jahr 2013 wurden mit folgendem Ergebnis abgeschlossen:

Honorarerhöhung für 2013

Für das Jahr 2013 wurde eine Honorarerhöhung um 2,46 % vereinbart.

Für die konkrete Umsetzung bedeutet dies, dass für das Jahr 2013 im Bundesland Niederösterreich die Honorarsumme 2012 (exkl. Honorare für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, KOVG, OFG, HVG, StVG, VOG, D/DH, § 193 ASVG-Unfallverletzte, Vorsorgeuntersuchungen und Hauskrankenpflege) von 295.211.343,65 € auf 307.594.860,23 € angehoben wird. Das entspricht einer Erhöhung um 4,19 %.

Da für das Jahr 2013 unter Berücksichtigung der Leistungsentwicklung bereits eine Honorarsumme in Höhe von 300.331.371,51 € ausbezahlt wurde, steht noch ein Betrag von 7.263.488,72 € für die Honorarnachzahlung zur Verfügung.

Neben dieser Erhöhung wurde bereits vorab eine nicht tarifwirksame Einmalzahlung in der Höhe von 2.200.000,00 € vereinbart.

Es steht daher für die Honorarnachzahlung für das Jahr 2013 insgesamt ein Nachzahlungsbetrag von 9.463.488,72 € zur Verfügung.

Die genannte Erhöhung um 2,46 % verteilt sich wie folgt:

- *2,225 % entfallen auf alle Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte aller Fachgruppen. Es steht somit für alle Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte aller Fachgruppen ein Nachzahlungsbetrag in Höhe von 6.568.452,40 € zur Verfügung.*
- *Zusätzlich zur Erhöhung um 2,225 % erhalten die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde eine Nachzahlung in Höhe von 3,00 € je Grundvergütung. Es steht somit auf Grund der zusätzlichen Erhöhung für die gesamte Fachgruppe ein Nachzahlungsbetrag in Höhe von 406.257,00 € zur Verfügung.*
- *Zusätzlich zur Erhöhung um 2,225 % erhalten die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten eine Nachzahlung auf die limitierten Leistungen der Pos. 601 (Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie) im Sinne einer Verdoppelung des bestehenden Limits. Es steht somit auf Grund der zusätzlichen Erhöhung für die gesamte Fachgruppe ein Nachzahlungsbetrag in Höhe von 288.779,32 € zur Verfügung.*

Für das Jahr 2013 erfolgt die Abgeltung der genannten Erhöhungen in folgenden Schritten:

A)

Abgeltung der allgemeinen Tarifierhöhung in Höhe von 2,225 % je Vertrags(fach)ärztin/Vertrags(fach)arzt in Form einer Nachzahlung auf die jeweilige Honorarsumme 2013. Von der Berechnung der Nachzahlungsbasis ausgenommen sind:

- *Nachträge vor dem Jahr 2013,*
- *Honorare für Betreute nach dem KOVG, OFG, HVG, StVG, VOG, D/DH, § 193 ASVG-Unfallverletzte und Hauskrankenpflege,*
- *Honorare für Pos. Nr. 70 bis 90 – Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen,*
- *Honorare für Pos. Nr. 51 bis 57, 596, 696, 796 – Vorsorgeuntersuchungen,*
- *Pos. Nr. 122 – Intraarticuläre Injektion in große Gelenke, pro Gelenk (nur Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen),*
- *Pos. Nr. 620 – EKG mit zwölf Ableitungen und*
- *Pos. 812 bis 1978 – Vergütungen für Laborleistungen.*

In Bezug auf die Ausnahme der Vergütungen für die Bereiche intraarticuläre Injektion in große Gelenke, EKG und Laborleistungen von der allgemeinen Honorarerhöhung wird festgelegt, dass der auf Grund der Erhöhung an sich auf diese Bereiche entfallende Anteil aufwandsneutral auf die betreffenden Fachgruppen umgelegt wird.

Unter Berücksichtigung dieser Festlegung ist demnach der Nachzahlungsbetrag für das Jahr 2013 in Höhe von 6.568.452,40 € auf die nach den obigen Ausführungen reduzierte Honorarsumme des Jahres 2013 in Höhe von 262.073.003,34 € anteilmäßig zu verteilen.

Insgesamt verteilt sich der Nachzahlungsbetrag für das Jahr 2013 in Höhe von 6.568.452,40 € wie folgt:

- | | |
|--|-----------------------|
| - <i>Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin:</i> | <i>3.122.381,87 €</i> |
| - <i>Fachärztinnen/Fachärzte:</i> | <i>2.607.428,20 €</i> |
| - <i>Radiologinnen/Radiologen:</i> | <i>838.642,33 €</i> |

Im Konkreten kommen nachstehende Prozentsätze für die Nachzahlung für das Jahr 2013 zum Tragen:

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin	2,738832
Fachärztinnen/Fachärzte für	
Augenheilkunde und Optometrie	2,189299
Chirurgie	2,149329
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2,256366
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2,405776
Innere Medizin	2,990066
Kinder- und Jugendheilkunde	2,508960
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	2,120798
Lungenkrankheiten	2,161798
Neurologie und Psychiatrie	2,176649
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	2,526750
Unfallchirurgie	2,224760
Urologie	2,386265
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2,223736
Radiologie	2,196571

B)

Verteilung des zusätzlichen Nachzahlungsbetrages in Höhe von 406.257,00 € auf die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde in Form einer Nachzahlung in Höhe von 3,00 € je Grundvergütung.

C)

Verteilung des zusätzlichen Nachzahlungsbetrages in Höhe von 288.779,32 € auf die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Form einer Nachzahlung auf die limitierten Leistungen der Pos. 601 (Auflichtuntersuchung/ Dermatoskopie) im Sinne einer Verdoppelung des bestehenden Limits.

D)

Zusätzlich zu den genannten Erhöhungen wird die nichttarifwirksame Einmalzahlung in Höhe von 2.200.000,00 € auf die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheil-

kunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenheilkunde, Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Urologie verteilt. Der auf die jeweilige Fachgruppe entfallende Betrag wird innerhalb der Fachgruppe je Vertrags(fach)ärztin/Vertrags(fach)arzt auf Basis der im Jahr 2013 abgerechneten Blutabnahmen (Pos. 104 und 105) inkl. der Frequenzen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern berechnet.

Im Konkreten verteilt sich die Einmalzahlung auf die betroffenen Fachgruppen wie folgt:

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin	1.858.611,03 €
Fachärztinnen/Fachärzte für	
Chirurgie	364,37 €
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4.078,99 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	83.782,11 €
Innere Medizin	157.001,78 €
Kinder- und Jugendheilkunde	38.110,01 €
Lungenkrankheiten	7.869,11 €
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	52,87 €
Urologie	50.129,73 €

Die Anweisung

- der Tarifierhöhung (A),
- der Nachzahlung auf die Grundvergütung bei Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde (B),
- der Nachzahlung auf die limitierten Leistungen der Pos. 601 Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten (C) und
- der nicht tarifwirksamen Einmalzahlung (D)

wird – vorbehaltlich der Beschlussfassung der erforderlichen Zusatzvereinbarungen in den entsprechenden Gremien – **am 18. Dezember 2014 vorgenommen**. Die Honorarnachzahlung für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern erfolgt in gleicher Weise.

Änderungen der Honorarordnung ab 1. Jänner 2014

Auf Grund der vereinbarten Weiterwirkung der Honorarerhöhung für das Jahr 2013 um 2,225 % für das Jahr 2014 ergibt sich ab dem 1. Jänner 2014 für das Bundesland Niederösterreich eine Änderung der Tarife der Honorarordnung.

*In diesem Zusammenhang wurde vereinbart, die **Vergütungen für die intraarticuläre Injektion in große Gelenke und das EKG** gemäß Abschnitt C, lit. d der Honorarordnung sowie für **Laborleistungen** gemäß Abschnitt C, lit. f der Honorarordnung **von der Tarifierhebung auszunehmen**. Der an sich auf diese Bereiche entfallende Erhöhungsanteil wird **aufwandsneutral auf die betreffenden Fachgruppen in Form einer zusätzlichen Erhöhung der Grundvergütung** umgelegt.*

Mit Ausnahme der unten angeführten Positionen und unter Berücksichtigung der eben angeführten Festlegungen werden alle Tarife der Honorarordnung um 2,225 % angehoben, wobei eine kaufmännische Rundung im Centbereich vorgenommen wird. Die aktuellen Tariflisten sind als Beilagen 1 und 2 angeschlossen.

Darüber hinaus werden die Grundvergütungen gemäß Abschnitt C, lit. c, der Honorarordnung für nachfolgende Ärztinnen/Ärzte erhöht wie folgt:

- | | |
|--|--------------------|
| - Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin: | Anhebung um 0,19 € |
| - Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Chirurgie: | Anhebung um 0,01 € |
| - Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: | Anhebung um 0,07 € |
| - Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin: | Anhebung um 0,79 € |
| - Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde: | Anhebung um 0,10 € |
| - Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Lungenheilkunde: | Anhebung um 0,04 € |
| - Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie: | Anhebung um 0,36 € |
| - Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Unfallchirurgie: | Anhebung um 0,15 € |
| - Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Urologie: | Anhebung um 0,10 € |

Die ab 1. Jänner 2014 gültigen Tarife der Grundvergütungen finden sich ebenfalls in den angeschlossenen Tariflisten.

Ausgenommen von der Tarifierhebung sind folgende Leistungspositionen der Honorarordnung:

- Pos. Nr. 70 bis 90 – Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen,
- Pos. Nr. 51 bis 57 – Vorsorgeuntersuchungen,
- Pos. Nr. 122 – Intraarticuläre Injektion in große Gelenke, pro Gelenk (nur Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen),
- Pos. Nr. 620 – EKG mit zwölf Ableitungen
- Pos. Nr. 812 bis 1978 – Vergütungen für Laborleistungen.

Zusätzlich wurde vereinbart, die Grundvergütung gemäß Abschnitt C, lit. c, der Honorarordnung für die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde ab 1. Jänner 2014 um 3,00 € zu erhöhen.

Der ab 1. Jänner 2014 gültige Tarif der Grundvergütung für die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde beträgt demnach 6,34 €.

Weiters wurde vereinbart, die Anmerkung und das Limit der Pos. 601 – Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie zu ändern.

Die Honorarordnung, Abschnitt C, lit. d (Vergütungen für Einzelleistungen), wird daher rückwirkend mit 1. Jänner 2014 geändert wie folgt:

<i>Pos. Nr.</i>	<i>Art der Leistung</i>	<i>€</i>	<i>Anmerkung</i>
<i>D 601</i>	<i>Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mittels Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie pro suspekter Läsion</i>	<i>3,66</i>	<i>Pro Arzt und Quartal in maximal 108 % der Fälle verrechenbar.</i>

*Auf Grund der oben beschriebenen Tarifierhebungen kommt es zu einer **Neuberechnung der bereits abgerechneten Leistungen je Vertrags(fach)ärztin/Vertrags-(fach)arzt für das 1. bis 3. Quartal 2014.** Die sich auf Grund dieser Neuberechnung ergebende Differenz zur bereits ausbezahlten Honorarsumme je Vertrags(fach)ärztin/Vertrags(fach)arzt für diese drei Quartale wird in Form einer Nachzahlung abgegolten.*

*Die **Nachzahlung für das 1. bis 3. Quartal 2014 wird** – vorbehaltlich der Beschlussfassung der erforderlichen Zusatzvereinbarungen in den entsprechenden Gremien – **im Jänner 2015 vorgenommen.** Die Honorarnachzahlung für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern erfolgt in gleicher Weise.*

Zur besseren Nachvollziehbarkeit erhalten alle Vertrags(fach)ärztinnen/Vertrags(fach)ärzte im Zusammenhang mit sämtlichen Nachzahlungen (1. bis 4. Quartal 2013 und 1. bis 3. Quartal 2014) eine gesonderte Honorarnote für das jeweilige Quartal.

*Das **4. Quartal 2014 wird bereits nach den aktuellen Tarifen berechnet** und zum vertraglich vereinbarten Termin angewiesen.*

Mit den beschriebenen Festlegungen und den sich daraus ergebenden Honorarnachzahlungen sind die Auswirkungen der Zusatzvereinbarung über Wertsicherung für das Jahr 2013 abgegolten.

Änderungen der Honorarordnung ab 1. Jänner 2015

Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2015 wird die Grundvergütung für die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin gemäß Abschnitt C, lit. c, der Honorarordnung mit dem Zuschlag zur Grundvergütung für die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin gemäß Abschnitt C, lit. c, der Honorarordnung zu einer einheitlichen Grundvergütung zusammengefügt.

Ab 1. Jänner 2015 entfällt daher der Zuschlag zur Grundvergütung für die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin gemäß Abschnitt C, lit. c, der Honorarordnung.

Der ab 1. Jänner 2015 gültige Tarif der Grundvergütung für die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin gemäß Abschnitt C, lit. c, der Honorarordnung beträgt demnach **auf Grund der Zusammenfügung 4,41 €**. Erhöhungen auf Grund künftiger Tarifierhebungen mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2015 sind zum gegebenen Zeitpunkt zu berücksichtigen.

Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2015 wird die Grundvergütung für die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie gemäß Abschnitt C, lit. c, der Honorarordnung mit den fachspezifischen Zuschlägen für diese Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte gemäß Abschnitt C, lit. d, der Honorarordnung zu einer einheitlichen Grundvergütung zusammengefügt.

Ab 1. Jänner 2015 entfallen daher die fachspezifischen Zuschläge für die genannten Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte gemäß Abschnitt C, lit. d, der Honorarordnung.

Die ab 1. Jänner 2015 gültigen Tarife der Grundvergütungen für die betroffenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte gemäß Abschnitt C, lit. c, der Honorarordnung betragen demnach

- für die Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde 7,25 €
- für die Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Neurologie und Psychiatrie 2,85 €

Erhöhungen auf Grund künftiger Tarifierhebungen mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2015 sind zum gegebenen Zeitpunkt zu berücksichtigen.

Beilagen

Pos. Nr.	Positionskurztext	Tarife ab 1.1.2014
	Bereitschaftsdienstpauschale	191,37
	Tagdoppelkilometer	1,65
	Nachtdoppelkilometer	2,48
	Grundvergütung - Ärzte f. Allgemeinmedizin	3,96 *)
	Grundvergütung - FA für Chirurgie	2,75
	Grundvergütung - FA für Hauterkrankungen	2,76
	Grundvergütung - FA für Frauenheilkunde	3,45
	Grundvergütung - FA für Innere Medizin	5,95
	Grundvergütung - FA für Kinderheilkunde	6,34 *)
	Grundvergütung - FA für Lungenerkrankungen	2,89
	Grundvergütung - FA für Neurologie	2,74 *)
	Grundvergütung - FA für Orthopädie	3,10
	Grundvergütung - FA für Unfallchirurgie	2,89
	Grundvergütung - FA für Urologie	3,41
	Grundvergütung aller anderen Vertragsfachgruppen (ausgenommen Vertragsfachärzte für Radiologie)	2,74
	Zuschlag zur Grundvergütung bei Ärzten f. Allgemeinmedizin	0,45 *)
	Punktwert Einzelleistungen	0,5587
Ordinationen und Visiten		
1	Tagesvisite an Werktagen	31,88
2	Dringend verlangte Visite	36,45
3	Nachtordination	27,33
4	Nachtvisite	47,39
5	Sonntagsvisite	32,54
6	Sonntagsordination	14,57
7	Befundbericht	7,21
8	Ord. außerhalb d.Sprechstunde	10,94
9	Ordination eingeschränkt	3,02
10	Konsilium bei Tag	30,98
11	Konsilium bei Nacht	45,55
12	Ordination	7,84
19	Ärztliches Gespräch	11,63
Einzelleistungen		
222	Applanationstonometrie	13,76
479	Sonographie von Weichteilen	18,24
485	Sonographie der kindl. Hüfte	36,45
536	Sonogr.b.pathol.Schwanger.	20,74
537	Sonogr.von Tumoren	20,74
538	Vaginosonographie	28,96
539	Sonogr.b.Schwangerschaft (18.-22. Schwangerschaftswoche)	22,77
540	Sonogr.b.Schwangerschaft (30.-34. Schwangerschaftswoche)	22,77
541	Sonogr.b.Schwangerschaft (8.-12. Schwangerschaftswoche)	22,77
572	Urologischer Ultraschall	22,77
601	Auflichtunters./Dermatoskopie	3,66
602	Allergologische Exploration	7,01
617	Sonographie des Oberbauches	41,01
618	Sonogr.des rechten Oberbauches	27,33
619	Sonogr.d.Nieren und Retroper.	29,18
699	EEG	51,04
	Fachspezifischer Zuschlag bei Fachärzten für Kinderheilkunde	0,91 *)
	Fachspezifischer Zuschlag bei Fachärzten für Neurologie	0,11 *)
Physiotherapie		
710	Kurzwellen	1,81
711	Galvanisation etc.	1,40
712	Jontophorese	1,57
713	Reizstromtherapie	2,74
714	Kombinierte Frequenztherapie	1,81
715	Quarzlicht	1,35

Tarifliste auf Grund der Zusatzvereinbarung 2013

Pos. Nr.	Positionskurztext	Tarife ab 1.1.2014
716	Anwendung v.Wärmelampen	0,91
717	Heißluft	1,22
718	Phototherapie b.Psoriasis	4,91
720	Aerosolinhalation	1,22
721	Heilgymnastik,Gruppenturnen	2,74
722	Heilgymnastik,Einzeltturnen	5,46
723	Manuelle Massage	4,54
724	Extensionsbehandlung	1,40
725	Extension d.Lendenwirbelsäule	3,66
726	Therapeutischer Ultraschall	2,74
730	Schwellstrom	1,65
731	Galvanisches Zweizellenbad	1,65
732	Galvanisches Vierzellenbad	2,01
Röntgendiagnostische Untersuchungen		
	Erstthonorar	5,21
	Zweithonorar	2,39
	Zahnaufnahmen f.d.1.-3.Film	5,21
	Für je weitere 1-3 Filme	2,39
	Durchleuchtung	3,63
	Durchleuchtung m.Kontrastbrei	4,66
	Aufnahme 9x12	2,80
	Aufnahme 13x18	3,55
	Aufnahme 18x24	4,45
	Aufnahme 15x40	4,96
	Aufnahme 24x30	5,29
	Aufnahme 30x40	6,85
	1.Zahnfilm	1,89
	jeder weitere Zahnfilm	0,73
	Pneumothoraxkontrolle	3,31
	Zuschlag f.dosissparende DL	2,56
Vergütungen für FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie		
675	Erstdiagnostik bis 3. Lebensjahr	506,04
676	Erstdiagnostik ab 4. Lebensjahr	460,04
677	Therapiephase 1	408,92
678	Therapiephase 2	306,69
679	Therapiephase 3	153,35

*) Ab 1.1.2015 werden der Betrag der Grundvergütung mit dem Betrag des Zuschlages zur Grundvergütung bei den Ärzten für Allgemeinmedizin bzw. die Beträge der Grundvergütungen mit den Beträgen der fachspezifischen Zuschläge bei den FA für Kinder- und Jugendheilkunde und FA für Neurologie und Psychiatrie zusammengeführt.

Grundvergütung - Ärzte f. Allgemeinmedizin ab 1.1.2015	4,41
Grundvergütung - FA für Kinderheilkunde ab 1.1.2015	7,25
Grundvergütung - FA für Neurologie ab 1.1.2015	2,85

Tarifliste Radiologen auf Grund der Zusatzvereinbarung 2013

Kurztext	Tarife ab 1.1.2014					
	Stufe 1		Stufe 2		Stufe 3	
	Pos.Nr.	Tarif	Pos.Nr.	Tarif	Pos.Nr.	Tarif
Sonographie: Oberbauch	60	42,74	160	40,50	260	38,25
Sonog.: Nieren+Retroperitoneum	61	34,87	161	33,03	261	31,20
Sonographie: Unterbauch	62	29,06	162	27,52	262	26,01
Sonogr. bei Schwangerschaft	63	20,76	163	19,65	263	18,57
Sonogr.v.1 Organ bei Kontrolle	64	26,56	164	25,16	264	23,76
Mammasonographie, je Seite	65	11,62	165	11,00		
Duplexsonographie	67	53,54	167	50,72	267	47,91
Mammasonographie im Rahmen des BKFP, je Seite	68	11,62	168	11,00		
ReScreen Mammasonographie im Rahmen des BKFP, je Seite	69	11,62	169	11,00		
small-parts Schilddrüse	81	27,00	181	25,56	281	24,16
small-parts Halsweichteile	82	27,00	182	25,56	282	24,16
s-p Endovag. bzw. transrect.	83	27,00	183	25,56	283	24,16
small-parts Hoden	84	20,76	184	19,65	284	18,57
s-p Oberfl. Raumforderungen	85	12,46	185	11,79	285	11,14
small-parts Kindliche Hüfte	86	33,19	186	31,44	286	29,70
Knochendichtemessung	90	33,19	190	31,44	290	29,70
Schädel	501	28,62	601	27,10	701	25,60
Gesichtsschädel	502	17,98	602	17,04	702	16,09
Schädelbasis	503	12,61	603	11,96	703	11,30
Sella	504	15,09	604	14,29	704	13,49
Schläfenbein, pro Seite	505	27,70	605	26,25	705	24,78
Nasennebenhöhlen	507	32,80	607	31,08	707	29,35
Nasenbein	508	18,80	608	17,82	708	16,83
Kiefergelenk, pro Seite	509	24,46	609	23,17	709	21,89
Gesamtes Oberkiefer	510	21,33	610	20,19	710	19,10
Gesamtes Unterkiefer	511	22,55	611	21,35	711	20,16
Halswirbelsäule	512	31,11	612	29,48	712	27,83
Halswirbelsäule(Funktionsauf.)	514	60,02	614	56,84	714	53,68
Brustwirbelsäule	515	29,74	615	28,18	715	26,60
Wirbelsäule, einzelne Abschn.	516	21,94	616	20,79	716	19,63
Lendenwirbelsäule (Kreuzbein)	517	34,27	617	32,47	717	30,68
Kreuz- Steißbein u.Sacroili.	518	22,19	618	21,01	718	19,86
Gesamte Wirbelsäule	519	92,62	619	87,74	719	82,87
Wirbelsäule, Ganzaufn. stehend	520	44,35	620	42,03	720	39,68
Rippen, einseitig	521	33,18	621	31,43	721	29,69
Sternum	523	26,15	623	24,76	723	23,40
Clavicula, pro Seite	524	16,58	624	15,71	724	14,83
Scapula, pro Seite	525	25,19	625	23,86	725	22,55
Oberarm, pro Seite	526	27,55	626	26,10	726	24,63
Unterarm, pro Seite	527	26,98	627	25,55	727	24,11
Hand, pro Seite	528	25,48	628	24,17	728	22,81
Navicularserie, pro Seite	529	22,00	629	20,85	729	19,68
1 Finger, Zehe, Handwurzelkn.	530	22,04	630	20,88	730	19,71
Oberschenkel, pro Seite	531	29,83	631	28,25	731	26,69
Unterschenkel, pro Seite	532	26,78	632	25,38	732	23,97
Ganzer Fuß, pro Seite	533	26,56	633	25,16	733	23,76
Vor-,Mittelfuß,Fußwurzel(je)	534	23,74	634	22,50	734	21,25
Calcaneus, pro Seite	535	20,03	635	18,98	735	17,91
Sternoclaviculargelenk, je	537	20,56	637	19,49	737	18,39
Schultergelenk, je Seite	538	27,33	638	25,89	738	24,46
Ellenbogengelenk, pro Seite	539	23,80	639	22,55	739	21,30

H 6

Beilage 2

Tarifliste Radiologen auf Grund der Zusatzvereinbarung 2013

Kurztext	Tarife ab 1.1.2014					
	Stufe 1		Stufe 2		Stufe 3	
	Pos.Nr.	Tarif	Pos.Nr.	Tarif	Pos.Nr.	Tarif
Handgelenk und Mittelhand	540	24,72	640	23,42	740	22,11
Becken bis zum 10. Lebensjahr	541	19,30	641	18,30	741	17,27
Becken ab dem 10. Lebensjahr	542	19,50	642	18,46	742	17,44
Hüftgelenk, ap. und axial	543	27,44	643	26,00	743	24,54
Hüftgelenk, axial	544	15,28	644	14,48	744	13,66
Kniegelenk, pro Seite	545	25,91	645	24,54	745	23,19
Knie mit Patella, je Seite	546	34,87	646	33,03	746	31,20
Sprunggelenk, pro Seite	547	24,24	647	22,95	747	21,69
Zahnstatus	548	38,53	648	36,50	748	34,48
Zähne, 1-3 benachbarte	549	13,86	649	13,14	749	12,40
Thorax bis zum 10. Lebensjahr	551	28,18	651	26,69	751	25,22
Thorax ab dem 10. Lebensjahr	552	42,26	652	40,02	752	37,82
Oesophagus	556	43,70	656	41,40	756	39,10
Halsorgane	557	40,32	657	38,18	757	36,06
Magen-Duodenum in Doppelkontr.	559	79,47	659	75,30	759	71,11
Dünndarmpassage	561	68,29	661	64,68	761	61,10
Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	562	38,77	662	36,74	762	34,70
Irrigoskopie in Doppelkontr.	563	122,09	663	115,68	763	109,24
Gallenblase, nativ	566	14,96	666	14,15	766	13,38
Perorale Cholecystographie	567	40,58	667	38,46	767	36,30
iv/Inf Cholangio-Cholecystogr.	568	87,02	668	82,43	768	77,88
iv/Inf Cholangiographie	570	75,26	670	71,27	770	67,33
Abdomen, nativ	572	26,76	672	25,36	772	23,94
Harntrakt, nativ	578	20,73	678	19,64	778	18,56
iv/Inf Pyelographie	579	83,99	679	79,55	779	75,14
Retrograde MCU	580	82,03	680	77,69	780	73,39
Retrograde Pyelographie	581	28,25	681	26,76	781	25,29
Mammographie, je Seite	583	49,82	683	47,21		
Galaktographie	584	23,91	684	22,66	784	21,40
Hystero-Salpingographie	585	47,18	685	44,71	785	42,23
Pneumocystographie	586	30,71	686	29,09	786	27,47
Phlebographie, pro Extremität	588	79,70	688	75,50	788	71,30
Fremdkörperlokalisation	590	39,87	690	37,79	790	35,70
Tomographie der Lunge, bds.	592	81,57	692	77,27	792	72,97
Tomographie der Knochen	593	56,50	693	53,51	793	50,54
Tomographie der Gallenblase	594	33,94	694	32,15	794	30,37
Tomographie der Nieren, bds.	595	40,31	695	38,17	795	36,05
Mammographie im Rahmen des BKFP, je Seite	596	49,30	696	46,69		

Tarifliste Radiologen auf Grund der Zusatzvereinbarung 2013

Röntgentherapie		Tarife ab 1.1.2014		
		Hon	Unk	Ges
Therapie I/1, Großflächig		15,61	14,98	30,59
Therapie I/2 Kleinflächig		18,98	17,15	36,13
Therapie II Entzündungstherap.		21,78	19,64	41,42
Therapie III Funktionelle Th.		24,10	21,63	45,73
Therapie IV/1 Tumorthherapie		52,20	46,28	98,48
Therapie IV/1, pro 100 R		0,87	0,78	1,65
Therapie IV/2/1 Stehfelder		128,61	115,03	243,64
Therapie IV/2/1, pro 100 R		3,21	2,88	6,09
Therapie IV/2/2 Siebbestrah.		305,83	273,44	579,27
Therapie IV/2/2, pro 100 R		2,56	2,27	4,83
Therapie V Kastrationsbestr.		115,06	103,28	218,34

H 6

Beilage 2

Steuerungsgruppe Folgekosten

Die gemeinsam von der Ärztekammer für NÖ und der NÖ Gebietskrankenkasse ins Leben gerufene Steuerungsgruppe Folgekosten, beschäftigt sich mit *kostendämpfenden Maßnahmen im heilmittelökonomischen Bereich, sowie* mit anderen Folgekostensegmenten wie beispielsweise der Arbeitsunfähigkeit und den Transporten.

Die schriftliche Information der Vertragsärztinnen und –ärzte über diese Themenbereiche erfolgt mittels „Service-Brief“.

In-vitro-Fertilisation

Seit 1.1.2000 ist das In-vitro-Fertilisations-Fonds-Gesetz (IVF-FondsG), zuletzt geändert durch die IVF-Fonds-Gesetz-Novelle 2010, in Kraft, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der **IVF** eingerichtet wurde, der bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen 70 % der Behandlungskosten trägt. Informationen über den IVF-Fonds sowie dessen Vertragskrankenanstalten sind der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit, Kapitel Schwerpunkte/Medizin/IVF-Fonds, www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/IVF-Fonds/, zu entnehmen.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die künstliche Befruchtung weiterhin **keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung** ist. Mit der IVF wird nämlich nicht der Zustand der Unfruchtbarkeit, sondern jener der ungewollten Kinderlosigkeit beseitigt. Daraus folgt, dass eine im Zusammenhang mit der komplikationslosen künstlichen Befruchtung stehende Arbeitsunfähigkeit - mag eine solche auch aus rein medizinischer Sicht durchaus vorliegen - von der sozialen Krankenversicherung nicht als Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit anerkannt wird und somit keinen Krankenstand im herkömmlichen Sinn rechtfertigt. Auch die zur Vorbereitung der künstlichen Befruchtung erforderlichen Medikamente können nicht über den Weg der chefärztlichen Bewilligung auf Kassenkosten bezogen werden. Vielmehr werden sie direkt von der Fonds-Vertragskrankenanstalt oder mit einem vom jeweiligen IVF-Zentrum ausgestellten Rezept über eine öffentliche Apotheke abgegeben. Diese Medikamentenkosten werden ebenfalls zu 70 % vom Fonds getragen.

Daher wird darauf hingewiesen, dass im Zusammenhang mit künstlichen Befruchtungen keine Krankmeldungen ausgestellt werden können. Desgleichen erübrigt sich die Verordnung von zur Hormonstimulation im Rahmen einer IVF erforderlichen Medikamenten auf Kassenrezept sowie deren Einreichen beim Ärztlichen Dienst.

Ausstellung von Kassenrezepten

Zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Apothekerkammer wurde mit Wirkung vom 1. April 2006 ein neuer Gesamtvertrag abgeschlossen, der geänderte Bestimmungen über die Abgabe von Heilmitteln auf Rechnung der Sozialversicherungsträger durch die Apotheken enthält. Da seitens der Vertragsärzte die Rezepte oft unzureichend ausgefüllt werden und um Schwierigkeiten bei der Abgabe der mittels Kassenrezept verordneten Heilmittel zu vermeiden, wird im Interesse der Patienten auf die wesentlichen Erfordernisse bei der Ausstellung von Kassenrezepten hingewiesen.

Für die Gültigkeit des Rezeptes im Sinne des Gesamtvertrages sind folgende Angaben vom behandelnden Arzt **leserlich** einzusetzen bzw. zu bezeichnen:

1. Im Rezeptkopf:

- Die zuständige Kasse und die Versichertenkategorie
- Der Name und die Versicherungsnummer des Patienten, für den das Medikament bestimmt ist
- Bei Verschreibungen für Angehörige tunlichst auch Vorname, Familienname und Versicherungsnummer des Versicherten *oder EKVK-Nummer*
- Name und Betriebsort des Dienstgebers des Versicherten

2. In der Rezeptur:

- Das Ausstellungsdatum
- Das verordnete Heilmittel
- Die Darreichungsform und die zahlenmäßige Angabe der Menge und Stärke des verordneten Heilmittels
- Die Gebrauchsanweisung, wenn eine solche aufgrund des Rezeptpflichtgesetzes erforderlich ist

3. Als Signum:

- Ein Abdruck des Vertragsarztstempels
- Die eigenhändige Unterschrift des verschreibenden Vertragsarztes (eine im Durchschreibeverfahren oder als Faksimile aufgebrachte Unterschrift kann nicht anerkannt werden)
- *Bei Verschreibungen aller anderen „Nicht-Heilmittel“ (wie z. B. Medizinprodukte, Mittel zur Applikation, ...) ist zu beachten, dass die Erteilung der chef- und kontrollärztlichen*

Bewilligung mittels Sichtvermerkes zu dokumentieren ist (in diesen Fällen bedarf es der Anbringung der Vertragspartnerstampiglie auf der Rezeptrückseite).

Die chef(kontroll)ärztliche Bewilligung muss bei

- *Stoffen, die nicht in der Österreichischen Arzneitaxe (ÖAT) gelistet sind,*
- *Importprodukten und*
- *Produkten aus dem Warenverzeichnis III*

am Kassenrezept folgendermaßen bestätigt werden:

- *Kassenstampiglie*
- *Sichtvermerk (Arztstempel) des verschreibenden Arztes auf der Rückseite des Kassenrezeptes*
- *Faxbewilligung gemeinsam mit dem Originalrezept*
- *ABS – Ausdruck gemeinsam mit dem Originalrezept*

Bei der Verordnung der Abgabe psychotroper Substanzen in Teilmengen für Patienten, die an einem Substitutionsprogramm teilnehmen, ist auf dem Rezept der Sichtvermerk anzubringen, dass eine Bewilligung gemäß Heilmittel-BuK-VO BGBI. II 473/2004 idgF für die Kostenübernahme der jeweiligen psychotropen Substanz und deren Auseinzeln eingeholt wurde.

Wird durch den Arzt bei einem ausgestellten Krankenkassenrezept eine **Korrektur** oder **nachträglich eine Ergänzung** vorgenommen, so ist diese mit einem Korrekturvermerk und der Paraphe des Arztes zu versehen.

Das Rezeptformular ist nur zur Verschreibung von Heilmitteln und sonstigen Mitteln zu verwenden!

Sonstige Mittel sind z. B. Mittel zur Applikation, Heilnahrung, Moor- und Mineralquellenprodukte, Teststreifen etc., sofern sie nicht zum Ordinationsbedarf zählen.

Heilbehelfe und **Hilfsmittel** sind auf dem dafür vorgesehenen **Verordnungsschein** zu verschreiben!

Die Beistellung der Infusionsbestecke ist im Honorar für die Infusion enthalten und darf daher weder auf Kassen- noch auf Privatrezept verschrieben werden.

Mutter-Kind-Pass

Seit der Mutter-Kind-Pass-Novelle 2009 umfassen die Leistungen im Sinne der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 (BGBl. II Nr. 470/2001) folgende Positionen:

Bestehende Sonderleistungen

- Pos. 70 Erstuntersuchung der kindlichen Hüften des Neugeborenen mittels Ultraschall, sofern die Entbindung nicht in einer Krankenanstalt erfolgte, durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Kinderheilkunde, Orthopädie und Radiologie mit entsprechendem Ausbildungsnachweis und erforderlicher Geräteausstattung
- Pos. 71 Weitere Untersuchung der kindlichen Hüften des Neugeborenen mittels Ultraschall in der 6. bis 8. Lebenswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Kinderheilkunde, Orthopädie und Radiologie mit entsprechendem Ausbildungsnachweis und erforderlicher Geräteausstattung
- Pos. 72 Erste Untersuchung der Schwangeren bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Pos. 73 Zweite Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Pos. 74 Dritte Untersuchung der Schwangeren in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Pos. 75 Vierte Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Pos. 76 Fünfte Untersuchung der Schwangeren in der 35. bis 38. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Pos. 77 Interne Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Innere Medizin
- Pos. 78 Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde
- Pos. 79 Erste Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde
- Pos. 80 Zweite Untersuchung des Kindes im 3. bis 5. Lebensmonat durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde
- Pos. 81 Dritte Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde
- Pos. 82 Vierte Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde
- Pos. 83 Fünfte Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde
- Pos. 84 Sechste Untersuchung des Kindes im 34. bis 38. Lebensmonat durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde
- Pos. 85 Siebente Untersuchung des Kindes im 46. bis 50. Lebensmonat durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde
- Pos. 86 Zusätzliche Kindesuntersuchung im 5. Lebensjahr (58. bis 62. Lebensmonat) durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde
- Pos. 87 Orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Orthopädie

- Pos. 88 Hals-, Nasen- und Ohren-Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- Pos. 89 Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Augenheilkunde
- Pos. 90 Als zusätzliche fakultative Untersuchung ist eine augenfachärztliche Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat durch Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Augenheilkunde vorgesehen.

Sonographische Untersuchungen

- Pos. 539 Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche, einschließlich Dokumentation, durch Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Pos. 63 durch Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Radiologie
Pos. 163
Pos. 263
- Pos. 540 Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche, einschließlich Dokumentation, durch Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Pos. 63 durch Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Radiologie
Pos. 163
Pos. 263
- Pos. 541 Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche, einschließlich Dokumentation, durch Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, durch Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Radiologie*
Pos. 63 durch Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Radiologie
Pos. 163
Pos. 263

Vergütung für Laborleistungen

Pos. 846 *Oraler Glukosetoleranztest, pro Bestimmung (photometrisch, wahre
bzw. 1846 Glukose)*
*Für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nur verrechen-
bar im Rahmen der dritten Untersuchung der Schwangeren auf Grund
der Bestimmungen zum Mutter-Kind-Pass.*

Pos. 847 *Oraler Glukosetoleranztest, pro Bestimmung (reflektometrisch)
bzw. 1847 Für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nur verrechen-
bar im Rahmen der dritten Untersuchung der Schwangeren auf
Grund der Bestimmungen zum Mutter-Kind-Pass.*

Die durchgeführten Sonderleistungen sowie die übrigen Einzelleistungen werden in der bisher üblichen Art im Rahmen der Quartalsabrechnung honoriert.

Die erste Untersuchung der Schwangeren im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes beinhaltet neben anderen Blutuntersuchungen auch den Test auf Vorliegen einer Luesinfektion.

Einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates zufolge ist als Suchtest für eine Luesinfektion in der Schwangerschaft der **Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay (TPHA)** oder der **Treponema-pallidum-Agglutinations-Test (TPPA)** und nicht der Venereal Disease Research Laboratories-Test (VDRL) zu verwenden.

Für die Durchführung des HIV-Tests im Rahmen der ersten Untersuchung der Schwangeren wird ersucht, wie auch bei anderen speziellen Laboruntersuchungen üblich, eine **Zuweisung an die bestehenden Laboreinrichtungen** vorzunehmen und den Zuweisungsschein mit dem **Vermerk „MKP“** zu versehen, um eine entsprechende Zuordnung sicherstellen zu können.

Abschluss von Verträgen mit Ambulatorien für Magnetresonanztomographie

Gemäß § 349 Abs. 2b ASVG sind die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und Krankenanstalten, die ambulante Untersuchungen mit Großgeräten durchführen, durch Gesamtverträge zu regeln. Dem gesetzlichen Auftrag wurde in Niederösterreich vom Fachverband der Gesundheitsbetriebe in der Wirtschaftskammer Österreich und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durch Abschluss des Gesamtvertrages über die Durchführung von MRT-Untersuchungen vom 10.12.2014 nachgekommen. Dieser Gesamtvertrag stellt die Fortführung des Gesamtvertrages vom 15.12.2004 dar.

Auf Grund der nunmehr geltenden Vereinbarungen erfolgt die Honorierung der von den Ambulatorien (Beilage 2) erbrachten Leistungen wie bisher pro untersuchter Körperregion.

Für die Zuweisung von Patientinnen bzw. Patienten an die genannten Vertragsambulatorien ist weiterhin das im Einvernehmen mit der Ärztekammer für NÖ aufgelegte spezielle Formular zu verwenden. Dieses Formular, ein Muster liegt bei (Beilage 3), kann bei Bedarf von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der Nö. Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, angefordert werden.

Der vollständigen Ausfertigung der MRT-Zuweisung in allen vorgesehenen Rubriken (Klinische Symptomatik - Konkrete Fragestellung - Zu untersuchende Region - Bereits erhobene Befunde - Besondere Vermerke) durch die zuweisende Ärztin bzw. den zuweisenden Arzt kommt auch zukünftig wesentliche Bedeutung zu. Dieser Punkt ist ganz besonders zu beachten!

Generell sind optimale diagnostische Ergebnisse nur bei einer möglichst exakten Zuweisung und einer genauen Eingrenzung des Untersuchungsgebietes zu erwarten. Die einzelnen Regionen, auf die die Zuweisung zur MRT daher künftig eingegrenzt werden sollte, sind der Beilage 1 zu entnehmen.

Die MRT-Untersuchungen bedürfen der vorherigen chefärztlichen Genehmigung. Diese kann beim Ärztlichen Dienst der Nö. Gebietskrankenkasse in 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, oder über die Service-Center der Kasse eingeholt werden.

Aussetzung der chefärztliche Genehmigung:

*Die chefärztliche Genehmigung wurde durch die 3. Änderung der Krankenordnung für die Anspruchsberechtigten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bis zum 31. Dezember 2018 generell ausgesetzt. Sofern Untersuchungen von Ambulatorien im Bundesland Niederösterreich durchgeführt werden, die eine vertragliche Regelung mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse haben, gilt dieser Verzicht auf die chefärztliche Bewilligung auch für die Anspruchsberechtigten aller anderen Gebietskrankenkassen. Im Hinblick auf **Anspruchsberechtigte der bundesweiten Krankenversicherungsträger** und der **Krankenfürsorgeanstalt** ist die Regelung des jeweils zuständigen Krankenversicherungsträgers zu beachten.*

Um mit den begrenzten Ressourcen im medizinischen System sparsam umzugehen und auch eine möglichst geringe Belastung der Patientinnen und Patienten herbeizuführen, wird an alle zuweisenden Ärztinnen und Ärzte appelliert, eine möglichst exakte anamnestische Vorinformation zur Verfügung zu stellen, um eine entsprechende Eingrenzung der Untersuchung auf das medizinisch Notwendige zu ermöglichen.

Beilagen

Ambulatorien

Ambulatorium für Magnetresonanztomographie
Prim. Dr. Peter Chocholka
Institutsstandort: Landesklinikum Mostviertel Amstetten
Krankenhausstraße 21
3300 Amstetten

Institut für bildgebende Diagnostik
Computertomographie und Magnetresonanztomographie Baden
Dr. Drlicek, Dr. Eisenbauer, *Dr. Gruber, Dr. Mallek, Dr. Alexander Gebauer GmbH*
Elisabethstraße 3a
2500 Baden

Institut für Computertomographie und Magnetresonanztomographie Gänserndorf
GmbH
Umfahrungsstraße Nord 7
2230 Gänserndorf

MR-CT Diagnosezentrum Horn
Dr. Breitenseher GmbH
Institutsstandort: Landesklinikum Waldviertel Horn
Spitalgasse 10
3580 Horn

Computertomographie Betriebsgesellschaft m. b. H. & Co KG
Bahnzeile 1
3500 Krems

Ambulatorium für bildgebende Diagnostik,
Dr. Th. Mader & Dr. M. Reisegger OG
Hauptstraße 38
2340 Mödling

IBD Institut für bildgebende Diagnostik GmbH & Co KG
Brodtschildstraße 4
2000 Stockerau

Institut Frühwald KG Diagnosezentrum
Kremser Gasse 16a
3100 St. Pölten

Institut für Computertomographie und Magnetresonanztomographie
Dr. Andreas Myskiw – Dr. Rudolf Böck OG
Bräuhausgasse 3/3
3100 St. Pölten

Institut für bildgebende Diagnostik Waidhofen an der Thaya GmbH
Hamernikgasse 3a
3830 Waidhofen/Thaya

Institut für bildgebende Diagnostik GmbH & Co KG
Plenkerstraße 14
3340 Waidhofen/Ybbs

MR/CT-Ambulatorium Wiener Neustadt GmbH
Ferdinand-Porsche-Ring 10
2700 Wr. Neustadt

Dr. Alexander Rainer - Diagnostik GmbH
Landstraße 55
3910 Zwettl

CT / MR-Zuweisung

Diese Zuweisung ist 1 Monat, vom Ausstellungstag an gerechnet, gültig!

Zuweisung an:

Familienname(n)/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer		
Patient/in				
		Tag	Monat	Jahr
Anschrift				
Versicherte/r				
(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)				
		Tag	Monat	Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)				
Klinische Symptomatik:				
.....				
.....				
.....				
Konkrete Fragestellung:				
.....				
.....				
.....				

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9	
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				

Versicherungsnummer

Tag
Monat
Jahr

ACHTUNG!
Um eine ordnungsgemäße Untersuchung zu gewährleisten,
ist das Formular vollständig in allen Rubriken auszufüllen.

☐ **CT-UNTERSUCHUNG**
☐ **MR-UNTERSUCHUNG**

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Zu untersuchende Region (möglichst exakte Abgrenzung!):

Versicherungsnummer

Tag
Monat
Jahr

Bereits erhobene Befunde:

Datum

Stempel und Unterschrift des Zuweisers/der Zuweiserin

Angabe des für die Untersuchung erforderlichen Kontrastmittels: 	Besondere Vermerke:
Mengenangabe: 	
Datum: _____ Genehmigungsvermerk der Krankenkasse	Datum: _____ Stempel und Unterschrift der CT / MR-Einrichtung

Richtlinien für die Anforderung von Ordinationsbedarf - Medikamente

1. Ampullen aus folgenden Indikationsgebieten (Monosubstanzen)

Anaesthetika	Theophylline
Analgetika	Diuretika
Antirheumatika	Antihypertonika
Psychopharmaka	Antihistaminika
Antiemetika	Antiasthmatika
Parasympathikolytika	Hämostyptika
Herztherapeutika	Gynäkologika
Antiarrhythmika	wasserlösliche Corticoide
Natrium chloratum	(Schockbekämpfung)
Kurznarkotika	Aqua-bidest.
Spasmolytika	Sympathikomimetika
	Verödungsmittel (Äthoxysklerol)

2. Infusionslösungen

3. Laxantien zur Coloskopievorbereitung

Klean Prep
 Fleet Phospho orale Lösung
 Moviprep
 Picoprep
CitraFleet

4. Topische Arzneimittel, wie z. B.

Wund- und Heilsalben	Glycerin
Augensalben und -tropfen	Kathetergleitmittel
Nasen- und Ohrentropfen	Chloraethylsprit
Cortisonsalben und -lösungen	Xylocain-Spray
Antihistaminische Salben	Hansaplast-Sprühpflaster
Antithrombotische Salben	Puder
Magistrale Salben	Instillationen
Wundbenzin	Benoxinat Lsg.
Essigsäure 2 %	Novain Augentropfen
Wasserstoffperoxid 3 %	Lapisstäbchen
Argentum nitricum bis 5 %	
Zugsalben	

5. Hautdesinfektionsmittel

Jänner 2015

6. Sprays, wie z. B.

1 x Nitro-Spray

1 x Asthma-Spray

1 x Antihypertensivum in Sprayform

7. Venenverweilkanülen (3 pro Quartal)

8. Einmalkatheter (3 pro Quartal)

9. Kardiale Notfälle (1 pro Quartal)

BESTELLSCHEIN FÜR VERBANDMATERIAL - Pro ordinatione

Beilage 3 (Muster)

Empfänger/in: _____

Genaue Adresse: _____

Anzahl	Art i k e l	bew.	Anzahl	Art i k e l	bew.
	Raucolast à 20 Stk. 4 m x 6 cm			Stepcel-Gazelin Kompressen	
	4 m x 8 cm			steril à 25 Stk. Gr. 1 5,6 x 5,0 cm	
	4 m x 10 cm			Gr. 2 9,0 x 5,0 cm	
	4 m x 12 cm			Gr. 3 11,0 x 7,5 cm	
	Peha Haft 20 m x 6 cm			Gazin-Mullkompr. à 100 Stk. 5,0 x 5,0 cm	
	20 m x 8 cm			7,5 x 7,5 cm	
	20 m x 10 cm			9,0 x 7,5 cm	
	20 m x 12 cm			10,0 x 10,0 cm	
	TG Schlauchverbände à 20 m			12,5 x 10,0 cm	
	- Finger, Zehe 1			18,0 x 8,0 cm	
	- Finger, Zehen 2			Stepcel-Gazelin Kompr. Rollenpackung	
	- mehrere Finger, Kinderarm 3			1 kg 25 m x 15 cm	
	- Arm, Unterschenkel, Kinderbein 5			Verbandzellstoff 100 g	
	- Arm, Bein (mittel) 6			250 g	
	- Arm groß, Bein, Kinderkopf 7			500 g	
	- Oberschenkel groß, Kopf, Achselhöhle 9			1000 g	
	TG-FIX Netzschauchverbände à 25 m			Verbandzellstoff in Ballen ungebleicht 15 kg	
	- Fuß, Arm, Hand B			Zellstofftupfer 1000 Tupfer	
	- Knie, Bein, Kinderkopf C			Mulltupfer steril à 100 Stk. 6 x 6 cm	
	- Kopf, Hüfte, Achselhöhle D			8 x 8 cm	
	- Rumpf, Achselhöhle, Hüfte E			10 x 10 cm	
	Krepppapierbinden à 20 Stk. 4 m x 8 cm			12 x 12 cm	
	4 m x 10 cm			Verbandwatte - ZW 100 g	
	Verbandmull steril (0,2 m²) 80 cm x ¼ m			500 g	
	(0,4 m²) 80 cm x ½ m			Cellona Gipsbinden à 10 Stk.	
	(0,8 m²) 80 cm x 1/1 m			2 m x 6 cm	
	Mesoft steril zu 75 Pkg. à 2 Stk. 5 x 5 cm			2 m x 8 cm	
	7,5 x 7,5 cm			2 m x 10 cm	
	10 cm x 10 cm			2 m x 12 cm	
	10 cm x 20 cm			2 m x 15 cm	
	Metalline Kompr. à 10 Stk. 8 cm x 10 cm			2 m x 20 cm	
	10 cm x 12 cm				

Anzahl	Artikel	bew.	Anzahl	Artikel	bew.
	Cellona Gipsbinden à 10 Stk.			Tamponadebinden Gazin steril 5 m x 1 cm	
	3 m x 8 cm			5 m x 2 cm	
	3 m x 10 cm			5 m x 5 cm	
	3 m x 12 cm			Opraclean 5 m x 1 cm	
	3 m x 15 cm			5 m x 2 cm	
	3 m x 20 cm			5 m x 5 cm	
	Cellona Breitlonguetten 5 m x 60 cm			Durapore à 24 Stk. 9,1 m x 12 mm	
	Zinkleimbinden			à 12 Stk. 9,1 m x 25 mm	
	- Varicex-F 5 m x 10 cm			Komprex-Binde 2 m x 8 cm x 0,5 cm	
	- Varolast 5 m x 10 cm			Komprex-Platte 1 m x 50 cm x 1,0 cm	
	Leukoplast 5 m x 1,25 cm			Augenklappen schwarz	
	5 m x 2,50 cm			Dreiecktücher	
	5 m x 5 cm			Fixomull stretch 10 m x 10 cm	
	Hansaplast 5 m x 4 cm			10 m x 15 cm	
	5 m x 6 cm			10 m x 20 cm	
	Leukopor 5 m x 1,25 cm			Mefix 10 m x 10 cm	
	5 m x 2,50 cm			10 m x 15 cm	
	Leukosilk 5 m x 1,25 cm			10 m x 20 cm	
	5 m x 2,50 cm			Augenkompressen	
	Transpore 5 m x 12 mm			pro ophta oval dünn à 50 Stk.	
	5 m x 25 mm			pro ophta oval à 50 Stk.	
	9,1 m x 12 mm			Augentropfpipetten à 5 Stk.	
	9,1 m x 25 mm			Augensalbenstäbchen à 10 Stk.	
	Jelonet Tupfer à 10 Stk. 10 x 10 cm				
	10 x 40 cm				
	Jelonet Tupfer à 36 Stk. 10 x 10 cm				
	Bactigras à 10 Stk. 10 x 10 cm				
	Holzmundspateln aus Hartholz à 100 Stk.				
	Tamponstäbchen aus Hartholz à 100 Stk.				
	lang (40 cm)				
	Lederfingerlinge				
	Vaginaltampons – Gynotamp à 10 Stk.				
	Condomfingerlinge à 100 Stk.				
	Fingerschienen				
	Unterarmpolsterschienen				

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Bewilligung

Bestellschein

für
VERBANDMATERIAL

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebener/r	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

Beilage 4 (Muster)

Diagnose und Begründung

Familienname(n)/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient/in			Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte/r			Tag	Monat	Jahr
(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist))					
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)					

Bestellung an: Vertragspartnerabrechnung – Gemeinsame Verrechnungsstelle der nö. KV-Träger
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3
DVR: 0023965

Anzahl	Artikel	bewilligt
	Stepcel-Gazelin Kompressen Rollenpackung 1 kg 25 m x 15 cm	
	Stepcel-Gazelin Kompressen steril à 25 Stk. Gr. 1 5,6 x 5 cm	
	Gr. 2 9 x 5 cm	
	Gr. 3 11 x 7,5 cm	
	Stepcel-Gazelin Kompressen unsteril à 100 Stk. Gr. 1 5,6 x 5 cm	
	Gr. 2 9 x 5 cm	
	Gr. 3 11 x 7,5 cm	
	Gr. 5 15 x 13 cm	
	Gazin Mullkompressen unsteril à 100 Stk. (16-fach) 5 x 5 cm	
	7,5 x 7,5 cm	
	9 x 7,5 cm	
	10 x 10 cm	
	12,5 x 10 cm	
	18 x 8 cm	
	Gazin Mullkompressen steril zu 2 Stk. (16-fach) zu 30 Pkg. 5 x 5 cm	
	zu 30 Pkg. 7,5 x 7,5 cm	
	zu 25 Pkg. 9 x 7,5 cm	
	zu 30 Pkg. 10 x 10 cm	
	zu 30 Pkg. 12,5 x 10 cm	
	zu 50 Pkg. 18 x 8 cm	
	Vlieskompressen unsteril à 100 Stk. 5 x 5 cm	
	7,5 x 7,5 cm	
	10 x 10 cm	
	10 x 20 cm	
	Metalline Kompressen à 10 Stk. 8 x 10 cm	
	10 x 12 cm	

[illegible]

BESTELLSCHEIN FÜR EINMALSPRITZEN UND EINMALNADELN - Pro ordinatione Beilage 5 (Muster)

Empfänger/in: _____

Genaue Adresse: _____

Anzahl	Einmalspritzen	bewilligt	Anzahl	Einmal(Serum)nadeln:	bewilligt
	2 ml				

für Diabetesbedarf

NÖGKK - VPA 800 – XI/2013 – 90.000

BESTELLSCHEIN FÜR SPRITZEN UND NADELN - PATIENTEN

Diagnose: _____

Insulineinstellung: _____ Patient/in spritzt _____ mal täglich

Patient/in ist auf dem bestellten Pen-Gerät eingeschult.

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Bestellung an: Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3

DVR: 0023965

Anz.	Artikel	bew.	Anz.	Artikel	bew.
	Pengeräte für ELI LILLY Insulin:			Pennadeln:	
	Humapen-Luxura (60 IE) 1er Schritte			Accu-Fine Länge: mm	
	Luxura HD (60 IE) ½ Schritte			B-D Microfine Länge: mm	
	Autopen (21 IE) 1er Schritte			Mylife Clickfine Länge: mm	
	Autopen (42 IE) 2er Schritte			NovoFine Nadeln Länge: mm	
	Humapen-Savvio (60 IE) 1er Schritte			Wellion Medfine plus Länge: mm	
	Pengeräte für NOVO Insulin:			Insupen Nadeln Länge: mm	
	NovoPen 3 Demi (35 IE) ½ Schritte			Insulinspritzen (U 100) mit Nadel:	
	NovoPen 4 (60 IE) 1er Schritte			B-D Microfine 0,3 ml Länge: 8,0 mm	
	NovoPen 5 (60 IE) 1er Schritte			B-D Microfine 0,5 ml Länge: mm	
	Pengeräte für AVENTIS Insulin:			B-D Microfine 1 ml Länge: 12,7 mm	
	Clikstar (80 IE) 1er Schritte				
	TactiPen (60 IE) 1er Schritte			Einmalspritzen 2 ml à 100 Stück	
	Autopen 24 (21 IE) 1er Schritte			Einmalnadeln:	
	Autopen 24 (42 IE) 2er Schritte			Nr. 18 0,45 x 25 mm à 100 Stück	
				Nr. 20 0,4 x 20 mm à 100 Stück	

"Pro Ordinatione"-Bedarf

Spritzen und Nadeln für den Ordinationsbedarf
für Anspruchsberechtigte der § 2-Kassen und der Sonderversicherungsträger

A r t i k e l			
Einmalspritzen HSW zu 100 Stk.			2 ml
			5 ml
			10 ml
			20 ml
Einmalnadeln HSW zu 100 Stk.	Nr. 1	0,90 x	40 mm
	Nr. 2	0,80 x	40 mm
	Nr. 12	0,70 x	30 mm
	Nr. 14	0,60 x	30 mm
	Nr. 16	0,60 x	25 mm
	Nr. 18	0,45 x	25 mm
	Nr. 20	0,40 x	20 mm
Einmal(Serum-)nadeln HSW zu 100 Stk.		1,20 x	40 mm
		0,70 x	50 mm
		0,80 x	50 mm
		0,90 x	50 mm
		1,10 x	50 mm
		1,20 x	50 mm
		0,80 x	80 mm
		1,00 x	100 mm
Biopsienadeln	Baxter-Tru-Cut		
	Bip		
	Bip Crown Core		
	ACN 1816		
	ACN 1820		
	Pro Cut		
Tuberkulinspritzen zu 100 Stk.			1 ml

Verbandmaterial für den Ordinationsbedarf

für Anspruchsberechtigte der § 2-Kassen

A r t i k e l		
<i>Augenklappen schwarz</i>		
Augenkompressen pro ophta oval	zu 50 Stk.	
pro ophta oval dünn	zu 50 Stk.	
Augensalbenstäbchen zu 10 Stk.		
<i>Augentropfpipetten zu 5 Stk.</i>		
Bactigras	zu 50 Stk.	5 x 5 cm
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
Celletabrush standard zu 100 Stk.		
Cellona Breitlonguetten		5 m x 60 cm
Cellona Gipsbinden zu 10 Stk.		2 m x 6 cm
		2 m x 8 cm
		2 m x 10 cm
		2 m x 12 cm
		2 m x 15 cm
		2 m x 20 cm
		3 m x 8 cm
		3 m x 10 cm
		3 m x 12 cm
		3 m x 15 cm
		3 m x 20 cm
Cellona Synthetik Watte	zu 1 Stk.	3 m x 4 cm
	zu 6 Stk.	3 m x 6 cm
	zu 4 Stk.	3 m x 10 cm
	zu 1 Stk.	3 m x 15 cm
	zu 1 Stk.	3 m x 20 cm

A r t i k e l		
Condomfingerlinge zu 100 Stk.		
Cytospateln Szalay zu 100 Stk.	Gr. 1	
	Gr. 2	
Dreiecktuch weiß schwarz		
Durapore	zu 24 Stk.	9,1 m x 12 mm
	zu 12 Stk.	9,1 m x 25 mm
Fingerpolsterschienen Dr. Jecel		
Fingerschienen Böhler	2 x 30 cm	
Fingerschienen Böhler für Kinder	2 x 20 cm	
Fixomull stretch	10 m x 5 cm	
	10 m x 10 cm	
	10 m x 15 cm	
	10 m x 20 cm	
Gazin Mullkompressen unsteril zu 100 Stk. 16-fach	5,0 x 5,0 cm	
	7,5 x 7,5 cm	
	9,0 x 7,5 cm	
	10,0 x 10,0 cm	
	12,5 x 10,0 cm	
	18,0 x 8,0 cm	
Hansaplast	5 m x 4 cm	
	5 m x 6 cm	
Hansaplast soft	5 m x 4 cm	
	5 m x 6 cm	
	5 m x 8 cm	
Holzmundspateln zu 100 Stk.		

Artikel		
Jelonet Tupfer Briefe zu 10 Stk.	10 x	10 cm
Briefe zu 10 Stk.	10 x	40 cm
Dose zu 36 Stk.	10 x	10 cm
Komprex-Binde	2 m x	8 cm x 0,5 cm
Komprex-Platte	1 m x	50 cm x 1,0 cm
Krepppapierbinden zu 20 Stk.	4 m x	8 cm
	4 m x	10 cm
Lederfingerlinge		
Leukoplast	5 m x	1,25 cm
	5 m x	2,50 cm
	5 m x	5,00 cm
Leukopor	5 m x	1,25 cm
	5 m x	2,50 cm
Leukosilk	5 m x	1,25 cm
	5 m x	2,50 cm
Lomatüll zu 10 Stk.	5 x	5 cm
zu 10 Stk.	10 x	10 cm
zu 50 Stk.	10 x	10 cm
zu 10 Stk.	10 x	20 cm
zu 10 Stk.	10 x	30 cm
Mefix	5 m x	5 cm
	5 m x	15 cm
	5 m x	20 cm
	5 m x	30 cm
	10 m x	5 cm
	10 m x	10 cm
	10 m x	15 cm
	10 m x	20 cm
Mepore	5 m x	4 cm
	5 m x	7 cm

Artikel		
<i>Mesoft Vlieskompressen steril</i>	<i>zu 75 Pkg. zu 2 Stk.</i>	<i>5,0 x 5,0 cm</i>
	<i>zu 75 Pkg. zu 2 Stk.</i>	<i>7,5 x 7,5 cm</i>
	<i>zu 75 Pkg. zu 2 Stk.</i>	<i>10,0 x 10,0 cm</i>
	<i>zu 60 Pkg. zu 2 Stk.</i>	<i>10,0 x 20,0 cm</i>
Metalline Kompressen zu 10 Stk.		8 x 10 cm
		10 x 12 cm
Mollelast haft		20 m x 6 cm
		20 m x 8 cm
		20 m x 10 cm
		20 m x 12 cm
Mulltupfer steril zu 100 Stk.		6 x 6 cm
		8 x 8 cm
		10 x 10 cm
		12 x 12 cm
Opraclean Mullbinden zum Tamponieren mit Jodoform		5 m x 1 cm
		5 m x 2 cm
		5 m x 5 cm
Pehahaft latexfrei		20 m x 6 cm
		20 m x 8 cm
		20 m x 10 cm
		20 m x 12 cm
Plastrona Gipsbinden zu 10 Stk.		2 m x 6 cm
		2 m x 8 cm
		2 m x 10 cm
		2 m x 12 cm
		2 m x 15 cm
		2 m x 20 cm
		3 m x 8 cm
		3 m x 10 cm
		3 m x 12 cm
		3 m x 15 cm
		3 m x 20 cm

Artikel		
<i>Plastrona Longuetten zu 1 Stk.</i>		<i>20 m x 10 cm</i>
		<i>20 m x 12 cm</i>
		<i>20 m x 15 cm</i>
		<i>20 m x 20 cm</i>
Pur Zellin Zellstofftupfer zu 500 Tupfer		
Raucolast zu 20 Stk.		4 m x 6 cm
		4 m x 8 cm
		4 m x 10 cm
		4 m x 12 cm
Stepcel/Gazelin Kompressen steril zu 25 Stk.	Gr. 1	5,6 x 5,0 cm
	Gr. 2	9,0 x 5,0 cm
	Gr. 3	11,0 x 7,5 cm
Stepcel/Gazelin Kompr. Rollenpkg. 1 kg		25 m x 15 cm
Stieltupfer unsteril zu 100 Stk. zu 50 Stk.		kl. Wattekopf
		gr. Wattekopf
Tamponadebinden <i>Gazin</i> steril <i>gerollt</i>		5 m x 1 cm
		5 m x 2 cm
		5 m x 5 cm
Tamponstäbchen aus Hartholz zu 100 Stk.		3 mm 40 cm
TG-Schlauchverband zu 20 m		1
		2
		3
		5
		6
		7
		9
		12
		K 1
		K 2

Artikel	
TG-FIX Netzverband zu 25 m	A B C D E
Transpore	5,0 m x 12 mm 5,0 m x 25 mm 9,1 m x 12 mm 9,1 m x 25 mm
Unterarmpolsterschiene Dr. Jecel	
Vaginaltampons – Gynotamp zu 10 Stk.	Gr. 15 Gr. 25 Gr. 40
Varicex-F Zinkleimbinden	5 m x 10 cm 10 m x 10 cm
Varicex-S Zinkleimbinden	5 m x 10 cm 7 m x 10 cm 10 m x 10 cm
Varolast Zinkleimbinden	5 m x 10 cm 7 m x 10 cm 10 m x 10 cm
Verbandmull steril	1/4 m (0,2 m ²) 1/2 m (0,4 m ²) 1/1 m (0,8 m ²) 5/1 m (4,0 m ²)
Verbandwatte ZW	100 g 500 g
Verbandzellstoff	100 g 250 g 500 g 1000 g

A r t i k e l	
Verbandzellstoff in Ballen ungebleicht	15 kg
Zellstofftupfer zu 1000 Tupfer	
Zemuko Kompressen in Rollen	10 m x 10 cm
	10 m x 15 cm

Verbandmaterial für den Patientenbedarf

für Anspruchsberechtigte der Gebiets- und Betriebskrankenkassen

A r t i k e l		
Acticoat flex 3	zu 5 Stk.	5 x 5 cm
	zu 5 Stk.	10 x 10 cm
	zu 6 Stk.	20 x 40 cm
Actisorb Silver 220 zu 10 Stk.		9,5 x 6,5 cm
		10,5 x 10,5 cm
		10,5 x 19,5 cm
Allevyn non adhesive steril zu 10 Stk.		5 x 5 cm
		10 x 10 cm
		10 x 20 cm
		20 x 20 cm
Allevyn adhesive steril zu 10 Stk.		7,5 x 7,5 cm
		12,5 x 12,5 cm
		12,5 x 22,5 cm
		17,5 x 17,5 cm
		22,5 x 22,5 cm
Allevyn adhesive plus steril zu 10 Stk.		12,5 x 12,5 cm
		12,5 x 22,5 cm
		17,5 x 17,5 cm
Allevyn compression steril	zu 10 Stk.	5 x 6 cm
	zu 5 Stk.	10 x 10 cm
	zu 3 Stk.	15 x 20 cm
Allevyn heel zu 5 Stk.		10,5 x 13,5 cm
Allevyn sacrum zu 10 Stk.		17 x 17 cm
		22 x 22 cm
Allevyn sacrum plus zu 10 Stk.		17 x 17 cm
		22 x 22 cm

A r t i k e l			
Allevyn thin	zu 10 Stk.	5 x	6 cm
	zu 5 Stk.	10 x	10 cm
	zu 3 Stk.	15 x	20 cm
<i>Aquacel-Ag extra</i>	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>5 x</i>	<i>5 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x</i>	<i>10 cm</i>
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>15 x</i>	<i>15 cm</i>
<i>Aquacel extra</i>	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>5 x</i>	<i>5 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x</i>	<i>10 cm</i>
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>15 x</i>	<i>15 cm</i>
<i>Aquacel foam adhäsiv</i>	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>8 x</i>	<i>8 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x</i>	<i>10 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>12,5 x</i>	<i>12,5 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>17,5 x</i>	<i>17,5 cm</i>
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>21 x</i>	<i>21 cm</i>
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>25 x</i>	<i>30 cm</i>
<i>Aquacel foam adhäsiv Ferse</i>	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>19,8 x</i>	<i>14 cm</i>
<i>Aquacel foam adhäsiv sacral</i>	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>20 x</i>	<i>16,9 cm</i>
<i>Aquacel foam non adhäsiv</i>	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>5 x</i>	<i>5 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x</i>	<i>10 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>15 x</i>	<i>15 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>15 x</i>	<i>20 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>20 x</i>	<i>20 cm</i>
Askina Biofilm transparent	zu 10 Stk.	10 x	10 cm
	zu 5 Stk.	20 x	20 cm
Askina Derm Folienverband	zu 10 Stk.	10 x	12 cm
Askina Silnet	zu 10 Stk.	5 x	7,5 cm
	zu 10 Stk.	10 x	7,5 cm
	zu 10 Stk.	10 x	18 cm
	zu 5 Stk.	20 x	30 cm

Artikel			
Atrauman Ag	zu 3 Stk.	5 x	5 cm
	zu 10 Stk.	5 x	5 cm
	zu 3 Stk.	10 x	10 cm
	zu 10 Stk.	10 x	10 cm
	zu 3 Stk.	10 x	20 cm
	zu 10 Stk.	10 x	20 cm
Bactigras	zu 50 Stk.	5 x	5 cm
	zu 10 Stk.	10 x	10 cm
<i>Biatain Alginate</i>	<i>zu 30 Stk.</i>	<i>5 x</i>	<i>5 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x</i>	<i>10 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>15 x</i>	<i>15 cm</i>
<i>Biatain Alginate</i>	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>44 cm; 2 g</i>	
<i>Biatain Alginate AG</i>	<i>zu 30 Stk.</i>	<i>5 x</i>	<i>5 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x</i>	<i>10 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>15 x</i>	<i>15 cm</i>
<i>Biatain Alginate AG</i>	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>3 x</i>	<i>44 cm</i>
Biatain Schaumverband nicht haftend	zu 10 Stk.	5 x	7 cm
	zu 10 Stk.	10 x	10 cm
	zu 5 Stk.	10 x	20 cm
	zu 5 Stk.	15 x	15 cm
	zu 5 Stk.	20 x	20 cm
Biatain Schaumverband selbst haftend	zu 10 Stk.	7,5 x	7,5 cm
	zu 10 Stk.	12,5 x	12,5 cm
	zu 5 Stk.	18 x	18 cm
Biatain Schaumverband selbsthaftend sacrum zu 5 Stk.		17 x	17 cm
		23 x	23 cm
Biatain Schaumverband soft hold zu 5 Stk.		5 x	7 cm
		10 x	10 cm
		10 x	20 cm
		15 x	15 cm

Artikel		
Biatain-Ag Schaumverband nicht haftend zu 5 Stk.		5 x 7 cm
		10 x 10 cm
		10 x 20 cm
		15 x 15 cm
		20 x 20 cm
Biatain-Ag Schaumverband selbsthaftend zu 5 Stk.		7,5 x 7,5 cm
		12,5 x 12,5 cm
		18,0 x 18,0 cm
Biatain Schaumverband Silikon	zu 10 Stk.	7,5 x 7,5 cm
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
<i>Biatain Super selbsthaftend</i>	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x 10 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>12 x 20 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>15 x 15 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>20 x 20 cm</i>
<i>Biatain Super nicht haftend</i>	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x 10 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>12 x 20 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>15 x 15 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>20 x 20 cm</i>
CarboFlex	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	8 x 15 cm
	zu 5 Stk.	15 x 20 cm
Comfeel transparenter Wundverband	zu 10 Stk.	5 x 7 cm
	zu 10 Stk.	9 x 14 cm
	zu 5 Stk.	15 x 20 cm
	zu 5 Stk.	9 x 25 cm
Curea P1	zu 25 Stk.	7,5 x 7,5 cm
	zu 25 Stk.	10 x 10 cm
	zu 25 Stk.	10 x 20 cm
	zu 25 Stk.	10 x 30 cm
	zu 25 Stk.	20 x 20 cm
	zu 25 Stk.	20 x 30 cm
<i>Debrisoft</i>	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>10 x 10 cm</i>

Artikel			
<i>Dry Max Extra</i>	<i>zu 25 Stk.</i>	<i>7,5 x 7,5 cm</i>	
	<i>zu 25 Stk.</i>	<i>10 x 10 cm</i>	
	<i>zu 25 Stk.</i>	<i>10 x 20 cm</i>	
	<i>zu 25 Stk.</i>	<i>20 x 20 cm</i>	
	<i>zu 25 Stk.</i>	<i>20 x 30 cm</i>	
<i>Dry Max Extra</i>	<i>zu 50 Stk.</i>	<i>7,5 x 7,5 cm</i>	
	<i>zu 50 Stk.</i>	<i>10 x 10 cm</i>	
	<i>zu 50 Stk.</i>	<i>10 x 20 cm</i>	
	<i>zu 50 Stk.</i>	<i>20 x 20 cm</i>	
	<i>zu 50 Stk.</i>	<i>20 x 30 cm</i>	
<i>Durafiber</i>	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>5 x 5 cm</i>	
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x 10 cm</i>	
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x 12 cm</i>	
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>15 x 15 cm</i>	
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>2 x 45 cm</i>	
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>4 x 10 cm</i>	
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>4 x 20 cm</i>	
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>4 x 30 cm</i>	
Fixomull stretch		10 m x 5 cm	
		10 m x 10 cm	
		10 m x 15 cm	
		10 m x 20 cm	
Gazin Mullkompressen steril 16-fach zu 2 Stk.	zu 30 Pkg.	5,0 x 5,0 cm	
	zu 30 Pkg.	7,5 x 7,5 cm	
	zu 25 Pkg.	9,0 x 7,5 cm	
	zu 30 Pkg.	10,0 x 10,0 cm	
	zu 30 Pkg.	12,5 x 10,0 cm	
	zu 50 Pkg.	18,0 x 8,0 cm	
Gazin Mullkompressen steril 16-fach zu 5 Stk.	zu 50 Pkg.	5,0 x 5,0 cm	
	zu 20 Pkg.	7,5 x 7,5 cm	
	zu 30 Pkg.	9,0 x 7,5 cm	
	zu 20 Pkg.	10,0 x 10,0 cm	
	zu 15 Pkg.	12,5 x 10,0 cm	
	zu 25 Pkg.	18,0 x 8,0 cm	

A r t i k e l			
Gazin Mullkompressen steril 8-fach zu 2 Stk.	zu 50 Pkg.	5,0 x 5,0 cm	
	zu 50 Pkg.	7,5 x 7,5 cm	
	zu 25 Pkg.	9,0 x 7,5 cm	
	zu 50 Pkg.	10,0 x 10,0 cm	
Gazin Mullkompressen unsteril 16-fach zu 100 Stk.		5,0 x 5,0 cm	
		7,5 x 7,5 cm	
		9,0 x 7,5 cm	
		10,0 x 10,0 cm	
		12,5 x 10,0 cm	
		18,0 x 8,0 cm	
Gazin Mullkompressen unsteril 8-fach zu 100 Stk.		5,0 x 5,0 cm	
		7,5 x 7,5 cm	
		10,0 x 10,0 cm	
		18,0 x 8,0 cm	
Gazin Schlitzkompressen zu 2 Stk.	zu 50 Pkg.	7,5 x 7,5 cm	
	zu 50 Pkg.	10,0 x 10,0 cm	
Gazin Tupfer (Kugeltupfer) steril	zu 4 Stk. zu 30 Pkg.	pflaumengroß	Gr. 3
	zu 5 Stk. zu 25 Pkg.	pflaumengroß	Gr. 3
Gazin Tupfer (Kugeltupfer) unsteril zu 100 Stk.		walnussgroß	Gr. 2
		pflaumengroß	Gr. 3
		eigroß	Gr. 4
Hydrocoll Wundverband	zu 10 Stk.	7,5 x 7,5 cm	
	zu 10 Stk.	10,0 x 10,0 cm	
	zu 5 Stk.	15,0 x 15,0 cm	
	zu 5 Stk.	20,0 x 20,0 cm	
Hydrocoll thin Wundverband	zu 10 Stk.	7,5 x 7,5 cm	
	zu 10 Stk.	10,0 x 10,0 cm	
	zu 5 Stk.	15,0 x 15,0 cm	

Artikel		
Hydrofilm	zu 10 Stk.	6 x 7 cm
	zu 100 Stk.	6 x 7 cm
	zu 10 Stk.	10 x 15 cm
	zu 50 Stk.	10 x 15 cm
	zu 10 Stk.	15 x 20 cm
	zu 50 Stk.	15 x 20 cm
	zu 25 Stk.	12 x 25 cm
	zu 10 Stk.	20 x 30 cm
Hydrosorb Wundverband	zu 5 Stk.	5,0 x 7,5 cm
	zu 5 Stk.	10,0 x 10,0 cm
	zu 3 Stk.	20,0 x 20,0 cm
Hydrosorb comfort Wundverband	zu 5 Stk.	4,5 x 6,5 cm
	zu 5 Stk.	7,5 x 10,0 cm
	zu 5 Stk.	12,5 x 12,5 cm
<i>Hyiodine</i>		50 g
Inadine	zu 25 Stk.	5,0 x 5,0 cm
	zu 10 Stk.	9,5 x 9,5 cm
Jelonet Strips		7 m x 10 cm
Jelonet Tupfer	Briefe zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	Briefe zu 10 Stk.	10 x 40 cm
	Dose zu 36 Stk.	10 x 10 cm
Kaltostat zu 10 Stk.		5,0 x 5,0 cm
		7,5 x 12,0 cm
		10,0 x 20,0 cm
Leukoplast		5 m x 1,25 cm
		5 m x 2,50 cm
		5 m x 5,00 cm
Leukopor		5 m x 1,25 cm
		5 m x 2,50 cm
Leukosilk		5 m x 1,25 cm
		5 m x 2,50 cm

Artikel		
Ligasano-Kompressen keimarm	zu 10 Stk.	10 x 15 x 1 cm
	zu 10 Stk.	24 x 16 x 1 cm
Ligasano-Kompressen steril	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x 10 x 1 cm</i>
	zu 10 Stk.	10 x 15 x 1 cm
	zu 10 Stk.	24 x 16 x 1 cm
Lomatüll	zu 10 Stk.	5 x 5 cm
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 50 Stk.	10 x 10 cm
	zu 10 Stk.	10 x 20 cm
	zu 10 Stk.	10 x 30 cm
Medihoney Medical Honey zu 5 Stk.		20 g
Medihoney Woundgel zu 5 Stk.		20 g
Mefix		5 m x 5 cm
		5 m x 15 cm
		5 m x 20 cm
		5 m x 30 cm
		10 m x 5 cm
		10 m x 10 cm
		10 m x 15 cm
		10 m x 20 cm
Mepilex zu 5 Stk.		5 x 5 cm
		10 x 10 cm
		10 x 20 cm
		15 x 15 cm
		20 x 20 cm
Mepilex AG zu 5 Stk.		10 x 10 cm
		10 x 20 cm
		15 x 15 cm
		20 x 20 cm

Artikel		
Mepilex border zu 5 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 15 x 20 cm 10 x 30 cm 15 x 15 cm 15 x 20 cm
Mepilex border lite	zu 10 Stk. zu 5 Stk. zu 5 Stk. zu 5 Stk. zu 5 Stk.	4 x 5 cm 5 x 12,5 cm 7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 15 x 15 cm
Mepilex border AG zu 5 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 15 x 15 cm 15 x 20 cm
Mepilex border sacrum	zu 5 Stk. zu 5 Stk. zu 5 Stk.	15 x 15 cm 18 x 18 cm 23 x 23 cm
Mepilex border AG sacrum	zu 5 Stk. zu 5 Stk.	18 x 18 cm 23 x 23 cm
Mepilex lite	zu 5 Stk. zu 5 Stk. zu 5 Stk.	6 x 8,5 cm 10 x 10 cm 15 x 15 cm
Mepore film zu 10 Stk.		6 x 7 cm 10 x 12 cm
Mepore film Roll		5 cm x 10 m 10 cm x 10 m 15 cm x 10 m
Mesoft Schlitzkompressen zu 130 Stk.		10 x 10 cm

A r t i k e l		
Mesoft Vlieskompressen steril zu 75 Pkg. zu 2 Stk.	5,0 x	5,0 cm
zu 75 Pkg. zu 2 Stk.	7,5 x	7,5 cm
zu 75 Pkg. zu 2 Stk.	10,0 x	10,0 cm
zu 60 Pkg. zu 2 Stk.	10,0 x	20,0 cm
Mesoft Vlieskompressen unsteril zu 100 Stk.	5,0 x	5,0 cm
	7,5 x	7,5 cm
	10,0 x	10,0 cm
	10,0 x	20,0 cm
Metalline Kompressen zu 10 Stk.	8 x	10 cm
	10 x	12 cm
Metalline- Drain Kompressen zu 50 Stk.	6 x	7 cm
Metalline- Tracheo Kompressen zu 50 Stk.	8 x	9 cm
<i>Mextra superabsorbent zu 10 Stk.</i>	10 x	10 cm
	10 x	15 cm
	10 x	20 cm
	15 x	20 cm
	20 x	25 cm
	20 x	30 cm
Micropore	5 m x	12 mm
	5 m x	25 mm
Mulltupfer steril zu 100 Stk.	6 x	6 cm
	8 x	8 cm
	10 x	10 cm
	12 x	12 cm
Op-Site Flexifix unsteril Rollenpkg.	10 m x	10 cm
Op-Site Flexigrid Wundauflage zu 100 Stk.	6 x	7 cm
zu 10 Stk.	10 x	12 cm
zu 20 Stk.	12 x	25 cm
zu 10 Stk.	15 x	20 cm

Artikel			
Permafoam PU-Schaumverband	zu 10 Stk.	10 x 10 cm	
	zu 5 Stk.	10 x 20 cm	
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm	
	zu 3 Stk.	20 x 20 cm	
Permafoam comfort PU-Schaumverband	zu 10 Stk.	6 x 6 cm	* 11 x 11 cm
	zu 5 Stk.	5 x 14 cm	* 10 x 20 cm
	zu 5 Stk.	10 x 10 cm	* 15 x 15 cm
	zu 3 Stk.	14 x 14 cm	* 20 x 20 cm
* Außengröße			
Permafoam comfort bordered	zu 10 Stk.	8 x 8 cm	
Permafoam concave	zu 3 Stk.	16,5 x 18 cm	
Permafoam sacral	zu 3 Stk.	18 x 18 cm	
	zu 3 Stk.	22 x 22 cm	
Permafoam tracheostomy	zu 10 Stk.	8 x 8 cm	
PolyMem non adhesive	zu 15 Stk.	10 x 10 cm	
	zu 15 Stk.	13 x 13 cm	
	zu 15 Stk.	17 x 19 cm	
PolyMem non adhesive Silber	zu 15 Stk.	10,8 x 10,8 cm	
PolyMem Max non adhesive	zu 10 Stk.	11 x 11 cm	
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm	
PolyMem Max non adhesive Silber	zu 8 Stk.	10 x 10 cm	
PolyMem Wic Cavity Filler	zu 10 Stk.	8 x 8 cm	
	zu 12 Stk.	8 x 30 cm	
PolyMem Wic Cavity Filler Silber	zu 10 Stk.	8 x 8 cm	
PolyMem Wic Rope Silber	zu 6 Stk.	1cm x 35 cm (3 g)	
Promogran zu 10 Stk.		28 cm ²	
		123 cm ²	
Promogran Prisma zu 10 Stk.		28 cm ²	
		123 cm ²	
Pur Zellin Zellstofftupfer zu 500 Tupfer			

Artikel			
Raucolast zu 20 Stk.		4 m x	6 cm
		4 m x	8 cm
		4 m x	10 cm
		4 m x	12 cm
<i>Relevo zu 25 Stk.</i>		<i>10 x</i>	<i>10 cm</i>
		<i>10 x</i>	<i>20 cm</i>
		<i>20 x</i>	<i>20 cm</i>
<i>Relevo zu 50 Stk.</i>		<i>10 x</i>	<i>10 cm</i>
		<i>10 x</i>	<i>20 cm</i>
		<i>20 x</i>	<i>20 cm</i>
<i>Revamil Gel</i>	<i>zu 4 Stk.</i>		<i>18 g</i>
Silvercel non-adherent	zu 10 Stk.	5 x	5 cm
	zu 10 Stk.	11 x	11 cm
	zu 5 Stk.	10 x	20 cm
	zu 5 Stk.	2,5 x	30,5 cm
Solvaline N-Kompressen steril	zu 100 Stk.	5 x	5 cm
	zu 100 Stk.	10 x	10 cm
	zu 50 Stk.	10 x	20 cm
	zu 25 Stk.	20 x	30 cm
Sorbalgon Kompressen	zu 10 Stk.	5 x	5 cm
	zu 10 Stk.	10 x	10 cm
	zu 5 Stk.	10 x	20 cm
Sorbion plus zu 25 Stk.		7,5 x	7,5 cm
		10 x	10 cm
		20 x	10 cm
		20 x	20 cm
		<i>20 x</i>	<i>30 cm</i>
Sorbion plus zu 50 Stk.		7,5 x	7,5 cm
		10 x	10 cm
		20 x	10 cm
		20 x	20 cm
		<i>20 x</i>	<i>30 cm</i>

Artikel		
Sorbion sachet S plus zu 10 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 20 x 10 cm 20 x 20 cm
Sorbion sachet S plus zu 25 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 20 x 10 cm 20 x 20 cm
Sorbion sachet S plus zu 50 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 20 x 10 cm 20 x 20 cm
Sorbion sachet S zu 25 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 10 x 18 cm 20 x 20 cm 20 x 30 cm
Sorbion sachet S zu 50 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 10 x 18 cm 20 x 20 cm 20 x 30 cm
Sorbion sachet S Drainage zu 25 Stk.		10 x 10 cm
Sorbion sachet S Drainage zu 50 Stk.		10 x 10 cm
Stepcel/Gazelin Kompressen steril zu 25 Stk.	Gr. 1 Gr. 2 Gr. 3	5,6 x 5,0 cm 9,0 x 5,0 cm 11,0 x 7,5 cm
Stepcel/Gazelin Kompressen unsteril zu 100 Stk.	Gr. 1 Gr. 2 Gr. 3 Gr. 5	5,6 x 5,0 cm 9,0 x 5,0 cm 11,0 x 7,5 cm 15,0 x 13,0 cm
Stepcel/Gazelin Kompr. Rollenpkg. 1 kg		25 m x 15 cm

A r t i k e l		
Stieltupfer steril zu 2 Stk.	zu 100 Pkg.	K 2
	zu 50 Pkg.	G 2
Stieltupfer unsteril	zu 100 Stk.	kl. Wattekopf
	zu 50 Stk.	gr. Wattekopf
Suprasorb A Calciumalginat-Kompressen zu 10 Stk.		5 x 5 cm 10 x 10 cm
Suprasorb A+Ag	zu 10 Stk.	5 x 5 cm
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	10 x 20 cm
Suprasorb C Kollagen zu 5 Stk.		4 x 6 x 0,8 cm 6 x 8 x 0,8 cm 8 x 12 x 0,8 cm
Suprasorb F Folienwundverband steril	zu 10 Stk.	5 x 7 cm
	zu 100 Stk.	5 x 7 cm
	zu 10 Stk.	10 x 12 cm
	zu 50 Stk.	10 x 12 cm
	zu 10 Stk.	10 x 25 cm
	zu 10 Stk.	15 x 20 cm
	zu 10 Stk.	20 x 30 cm
Suprasorb F Folienwundverband unsteril Rollenpkg.		10 m x 10 cm
Suprasorb G Gel-Kompressen steril	zu 5 Stk.	5,0 x 7,5 cm
	zu 5 Stk.	10,0 x 10,0 cm
	zu 3 Stk.	20,0 x 20,0 cm
Suprasorb H Standard Wundverband steril zu 10 Stk.		10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm
Suprasorb H Wundverband dünn steril	zu 10 Stk.	5 x 10 cm
	zu 10 Stk.	5 x 20 cm
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm

Artikel			
Suprasorb H Wundverband border steril zu 5 Stk.		14 x	14 cm
Suprasorb H Wundverband sacrum steril zu 5 Stk.		14 x	16 cm
Suprasorb P PU-Schaumverband steril	zu 10 Stk.	7,5 x	7,5 cm
	zu 10 Stk.	10,0 x	10,0 cm
	zu 5 Stk.	15,0 x	15,0 cm
	zu 5 Stk.	15,0 x	20,0 cm
Suprasorb P nicht klebend steril	zu 10 Stk.	7,5 x	7,5 cm
	zu 10 Stk.	10,0 x	10,0 cm
	zu 5 Stk.	15,0 x	15,0 cm
	zu 5 Stk.	15,0 x	20,0 cm
Suprasorb X zu 5 Stk.		5 x	5 cm
		9 x	9 cm
		14 x	20 cm
Suprasorb X+PHMB zu 5 Stk.		5 x	5 cm
		9 x	9 cm
		14 x	20 cm
Tamponadebinden <i>Gazin</i> steril <i>gerollt</i>		5 m x	1 cm
		5 m x	2 cm
		5 m x	5 cm
Tegaderm Alginat	zu 10 Stk.	5 x	5 cm
	zu 10 Stk.	10 x	10 cm
Tegaderm Transparentverband	zu 5 Stk.	6 x	7 cm
	zu 100 Stk.	6 x	7 cm
	zu 10 Stk.	10 x	12 cm
	zu 50 Stk.	10 x	12 cm
	zu 20 Stk.	10 x	25 cm
	zu 10 Stk.	15 x	20 cm
	zu 10 Stk.	20 x	30 cm
Tegaderm Foam	zu 10 Stk.	10 x	10 cm
	zu 5 Stk.	10 x	20 cm
	zu 5 Stk.	20 x	20 cm

Artikel			
Tegaderm Foam adhesive	zu 5 Stk.	7,62 x 7,62 cm	* 14,0 x 14,0 cm
	zu 10 Stk.	10,00 x 10,00 cm	* 14,3 x 14,3 cm
	zu 5 Stk.	10,00 x 11,00 cm	* 14,3 x 15,6 cm
	*Außengröße zu 5 Stk.	14,00 x 17,10 cm	* 19,0 x 22,2 cm
Tegaderm Hydrocolloid	zu 5 Stk.	7 x 9 cm	
	zu 5 Stk.	10 x 12 cm	
	zu 3 Stk.	14 x 17 cm	
Tegaderm Hydrocolloid sacral	zu 6 Stk.	13,9 x 17 cm	
TENDER WET 24 active zu 10 Stk.			
			4,0 cm
			5,5 cm
			4,0 x 7,0 cm
			7,5 x 7,5 cm
			10,0 x 10,0 cm
TENDER WET active cavity zu 10 Stk.			
			4,0 cm
			5,5 cm
			4,0 x 7,0 cm
			7,5 x 7,5 cm
TENDER WET Plus zu 10 Stk.			
			5,5 cm
			7,5 x 7,5 cm
			10 x 10 cm
TENDER WET Plus cavity zu 10 Stk.			
			4 cm
			7,5 x 7,5 cm
TENDER WET 24 Dry zu 10 Stk.			
			4,0 cm
			5,5 cm
			7,5 x 7,5 cm
TENDER WET Solution zu 20 Stk.			
			15 ml

Artikel		
TG-Schlauchverband zu 20 m		1
		2
		3
		5
		6
		7
		9
		12
		K 1
		K 2
Topper Schlitzkompressen steril zu 50 Pkg. zu 2 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm
Topper 12 Kompressen steril zu 2 Stk.	zu 45 Pkg.	5,0 x 5,0 cm
	zu 40 Pkg.	7,5 x 7,5 cm
	zu 70 Pkg.	10,0 x 10,0 cm
	zu 35 Pkg.	10,0 x 20,0 cm
Transpore		5,0 m x 12 mm
		5,0 m x 25 mm
		9,1 m x 12 mm
		9,1 m x 25 mm
Varihesive E Wundverband steril	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
	zu 3 Stk.	20 x 20 cm
	zu 3 Stk.	20 x 30 cm
Varihesive Wundverband extra dünn steril	zu 5 Stk.	7,5 x 7,5 cm
	zu 5 Stk.	10,0 x 10,0 cm
	zu 5 Stk.	15,0 x 15,0 cm
	zu 10 Stk.	5,0 x 10,0 cm
	zu 10 Stk.	5,0 x 20,0 cm

A r t i k e l		
Varihesive Wundverband E Border steril zu 5 Stk.	6 x	6 cm
zu 5 Stk.	10 x	10 cm
zu 5 Stk.	10 x	13 cm
zu 5 Stk.	15 x	15 cm
zu 5 Stk.	15 x	18 cm
Verbandmull steril	1/4 m (0,2 m ²)	
	1/2 m (0,4 m ²)	
	1/1 m (0,8 m ²)	
	5/1 m (4,0 m ²)	
Verbandwatte ZW	100 g	
	500 g	
Verbandzellstoff	100 g	
	250 g	
	500 g	
	1000 g	
Versiva XC haftend	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 10 Stk.	14 x 14 cm
	zu 5 Stk.	19 x 19 cm
	zu 5 Stk.	22 x 22 cm
Versiva XC nicht haftend	zu 10 Stk.	7,5 x 7,5 cm
	zu 10 Stk.	11 x 11 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm
<i>Vivamel medizinischer Kastanienhonig zu 5 Stk.</i>	20 g	
Vliwaktiv Ag Saugkompressen zu 10 Stk.	10 x 10 cm	
	10 x 20 cm	
	20 x 20 cm	
Vliwaktiv Ag Tamponade zu 10 Stk.	6,5 x 10 cm	
	10 x 10 cm	
	10 x 15 cm	
Vliwasoft Schlitzkompressen steril zu 2 Stk.	zu 50 Pkg.	7,5 x 7,5 cm
	zu 50 Pkg.	10,0 x 10,0 cm

Artikel		
Vliwasoft Vlieskompressen steril zu 75 Pkg. zu 2 Stk.		5,0 x 5,0 cm
		7,5 x 7,5 cm
		10,0 x 10,0 cm
		10,0 x 20,0 cm
Vliwasoft Vlieskompressen unsteril zu 100 Stk.		5,0 x 5,0 cm
		7,5 x 7,5 cm
		10,0 x 10,0 cm
		10,0 x 20,0 cm
Vliwasorb zu 10 Stk.		10 x 10 cm
		10 x 20 cm
		20 x 20 cm
Vliwazell Saugkompressen steril	zu 60 Stk.	10 x 10 cm
	zu 30 Stk.	10 x 20 cm
	zu 30 Stk.	20 x 20 cm
	zu 30 Stk.	20 x 40 cm
Vliwazell Saugkompressen unsteril	zu 25 Stk.	10 x 10 cm
		10 x 20 cm
		20 x 20 cm
		20 x 40 cm
Xtrata Perme-Roll		10 m x 10 cm
Zellstofftupfer zu 1000 Tupfer		
Zemuko Kompressen in Rollen		10 m x 10 cm
		10 m x 15 cm
<i>Zetuvit plus</i>	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x 10 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>10 x 20 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>15 x 20 cm</i>
	<i>zu 10 Stk.</i>	<i>20 x 25 cm</i>
	<i>zu 5 Stk.</i>	<i>20 x 40 cm</i>

Patienten-Bedarf

Spritzen und Nadeln für den Patientenbedarf
für Anspruchsberechtigte der Gebiets- und Betriebskrankenkassen
(PEN-Geräte nur für Versicherte der NÖGKK, der BKK Austria Tabak
und der BKK Mondl)

Spritzen und Nadeln			
Einmalspritzen HSW	zu 100 Stk.		2 ml
			5 ml
			10 ml
			20 ml
Einmalnadeln HSW	zu 100 Stk.	Nr. 1	0,90 x 40 mm
		Nr. 2	0,80 x 40 mm
		Nr. 12	0,70 x 30 mm
		Nr. 14	0,60 x 30 mm
		Nr. 16	0,60 x 25 mm
		Nr. 18	0,45 x 25 mm
		Nr. 20	0,40 x 20 mm
Einmal(Serum)nadeln HSW	zu 100 Stk.		1,20 x 40 mm
			0,70 x 50 mm
			0,80 x 50 mm
			0,90 x 50 mm
			1,10 x 50 mm
			1,20 x 50 mm
			0,80 x 80 mm
			1,00 x 100 mm
B-D Microfine+ Insulinspritzen U 100 zu 100 Stk.		0,3 ml	0,33 x 8,0 mm
		0,5 ml	0,33 x 12,7 mm
		0,5 ml	0,33 x 8,0 mm
		1,0 ml	0,33 x 12,7 mm
Tuberkulinspritzen zu 100 Stk.			1 ml

Pen-Geräte und Nadeln		
Accufine Pen-Nadeln zu 100 Stk.		29 G x 12 mm 31 G x 6 mm 30 G x 8 mm 31 G x 8 mm
<i>Lilly Humapen Savvio</i> Lilly Humapen Luxura HD 0,5er-Schritte B-D Microfine+ Pen-Nadeln zu 100 Stk.		0,33 x 12,7 mm 0,25 x 8,0 mm 0,25 x 5,0 mm
<i>NovoPen V 3 ml</i> <i>NovoPen Echo 0,5er-Schritte</i> Autopen 3 ml (für Lilly-Insulin) 1er-Schritte (21 IE) Autopen 3 ml (für Lilly-Insulin) 2er-Schritte (42 IE) Autopen 24 (für Aventis-Insulin) 1er-Schritte (21 IE) Autopen 24 (für Aventis-Insulin) 2er-Schritte (42 IE) Pen-Nadeln Novofine zu 100 Stk.		0,30 x 8,0 mm 0,25 x 6,0 mm
Klikstar TactiPen <i>Junior Star</i> Wellion Medfine plus Pen-Nadeln zu 100 Stk. mylife Clickfine Pen-Nadeln zu 100 Stk.		12,0 mm 10,0 mm 8,0 mm 6,0 mm 4,0 mm 29 G x 12 mm 29 G x 10 mm 31 G x 8 mm 31 G x 6 mm 31 G x 4,5 mm
Zellstofftupfer zu 1000 Stk.		4 x 5 cm

Blutzuckermessgeräte, Blutzucker-, Harnteststreifen,
Stechgeräte und Blutlanzetten
(nur für Anspruchsberechtigte der NÖGKK und der BKK Mondl)

Blutzuckermessgeräte	
Gluco Men GM Set Gluco Men LX Set Gluco Men LX Plus Set <i>Gluco Men Ready</i>	
<u>Teststreifen:</u>	
Glucocard Memory Strip	zu 50 Stk.
Glucocard X-(Meter) Sensor	zu 50 Stk.
Gluco Men GM Sensor	zu 50 Stk.
Gluco Men LX Sensor	zu 50 Stk.
<i>Gluco Men Ready Sensor</i>	<i>zu 50 Stk.</i>
<u>Stechgerät:</u>	
Glucoject Dual <i>Glucoject Dual Plus</i>	
<u>Lanzetten:</u>	
Glucoject Lanzetten	zu 200 Stk
<i>Glucomen Ready Lanzetten</i>	<i>zu 200 Stk.</i>
Ascensia Breeze 2-Set Ascensia Brio-Set Ascensia Contour-Set Ascensia Contour Link-Set <i>Ascensia Contour Next Set</i>	
<u>Teststreifen:</u>	
Ascensia Breeze	zu 50 Stk.
Ascensia Easyfill (für Brio)	zu 50 Stk.
Ascensia Elite Sensor	zu 50 Stk.
Ascensia Contour TS	zu 50 Stk.
Ascensia Contour Link TS	zu 50 Stk.
<i>Ascensia Contour Next TS</i>	<i>zu 50 Stk.</i>
<u>Stechhilfe und Lanzetten:</u>	
Microlet	zu 200 Stk.

Blutzuckermessgeräte	
One Touch Ultra Set One Toch Ultra Easy Set One Touch Ultra Smart Set One Touch Vita Set One Touch Verio Pro Set	
<u>Teststreifen:</u>	
One Touch Ultra	zu 50 Stk.
One Touch Vita	zu 50 Stk.
One Touch Verio	zu 50 Stk.
<u>Stechgerät:</u>	
One Touch Ultra Easy One Touch Ultra Soft One Touch comfort	
<u>Lanzetten:</u>	
One Touch Ultra	zu 100 Stk.
One Touch Ultra Comfort	zu 100 Stk.
Accu-Chek Performa Set <i>Accu Chek Mobile Set</i>	
<u>Teststreifen:</u>	
Accu-Chek Active Glucose	zu 50 Stk.
Accu-Chek Compact	zu 51 Stk.
Accu-Chek Go	zu 50 Stk.
Accu-Chek Performa	zu 50 Stk.
Accu Chek Mobile	<i>zu 50 Stk.</i>
<u>Stechgerät:</u>	
Accu-Chek Softclix	
<u>Lanzetten:</u>	
Accu-Chek Softclix Lanzetten	zu 200 Stk.
<i>Accu-Chek FasClix Lanzetten</i>	<i>zu 200 Stk.</i>

Blutzuckermessgeräte	
Precision Xceed Set Freestyle lite Set Freestyle freedom lite Se Freestyle Precision Neo EVPt	
<u>Teststreifen:</u>	
Medisense Precision Xtra Plus Glucose	
Elektroden	zu 50 Stk.
Medisense Precision Xtra Plus Glucose	
Elektroden	zu 100 Stk.
Freestyle	zu 50 Stk.
Freestyle	zu 100 Stk.
Freestyle lite	zu 50 Stk.
Freestyle lite	zu 100 Stk.
<u>Stechgerät:</u>	
Freestyle Stechgerät	
<u>Lanzetten:</u>	
Freestyle Lancetts	zu 200 Stk.
Thin Lancetts	zu 200 Stk.
Smart LAB Genie Smart LAB Mini	
<u>Teststreifen:</u>	
Smart LAB pro Teststreifen	zu 50 Stk.
<u>Stechgerät:</u>	
Smart LAB Stechgerät	
<u>Lanzetten:</u>	
Smart LAB Lanzetten	zu 200 Stk.

Blutzuckermessgeräte	
Wellion Calla Light Set Wellion Calla Premium Set Wellion Linus-Set Wellion Smart-Set <i>Wellion Luna duo EVP</i> <i>Wellion Luna duo Style EVP</i>	
<u>Teststreifen:</u>	
Wellion Calla	zu 50 Stk.
Wellion Linus	zu 50 Stk.
<i>Wellion Luna</i>	<i>zu 50 Stk.</i>
Wellion Truetrack Smart	zu 50 Stk.
<u>Stechgerät:</u>	
Wellion Stechgerät	
<u>Lanzetten:</u>	
Wellion Lanzetten (28 G)	zu 200 Stk.
Wellion Lanzetten (33 G)	zu 200 Stk.
mylife Pura Se <i>mylife Uio Set</i>	
<u>Teststreifen:</u>	
mylife Pura Teststreifen	zu 50 Stk.
<i>mylife Unio Teststreifen</i>	<i>zu 50 Stk.</i>
<u>Stechgerät:</u>	
mylife Softlance	
<u>Lanzetten:</u>	
mylife Lancets	zu 200 Stk.
<i>mylife Lancets multicolor</i>	<i>zu 200 Stk.</i>

Blutzuckermessgerät für Blinde	
Gluco Talk-Set Wellion Calla Dialog Set	
<u>Teststreifen:</u>	
Gluco Talk	zu 50 Stk.
Wellion Calla	zu 50 Stk.
<u>Stechgerät:</u>	
Gluco Talk Wellion	
<u>Lanzetten:</u>	
Gluco Talk	zu 200 Stk.
Wellion	zu 200 Stk.

H a r n t e s t s t r e i f e n	
Albustix	zu 50 Stk.
Clinistix	zu 50 Stk.
Combur-Test 3	zu 50 Stk.
Diabur-Test 5000	zu 50 Stk.
Diastix	zu 50 Stk.
Keto-Diabur-Test 5000	zu 50 Stk.
Keto-Diastix	zu 50 Stk.
Ketostix	zu 50 Stk.
Uristix	zu 50 Stk.

EDV-Rechnungslegung von Vertragsärzten (ausgenommen Zahnbehandler)

Grundlage für die elektronische Abrechnung ist der **Datensatzaufbau des Hauptverbandes** der österreichischen Sozialversicherungsträger. Die Feldbelegung ist in diesem definiert. Die Organisationsbeschreibung DVP ist unter www.sozialversicherung.at veröffentlicht.

In **Übereinkunft** mit der **Ärztammer für Niederösterreich** ist Folgendes **festgelegt** worden:

- A.** Die elektronische Abrechnung mit maschinell lesbaren Datenträgern bzw. DFÜ darf nur mit einem Programm erfolgen, welches:
1. Die Verwendungsgenehmigung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Nö. Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für NÖ besitzt.
(Programmpaket-, Register-, Version- und Prüfnummer)
 2. Die zwischen der Ärztekammer für NÖ und der Nö. Gebietskrankenkasse vereinbarten Abweichungen beinhaltet.

Eine Mitteilung, welches EDV-Programm in der Ordination verwendet wird, ist schriftlich vom Vertragsarzt rechtzeitig vorzunehmen. Es ist rechtzeitig, das heißt vor Beginn des Abrechnungsquartals, über die Ärztekammer für Niederösterreich beim Ärztereferat der Nö. Gebietskrankenkasse in 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, einzubringen.

Es erfolgt eine **schriftliche Verständigung** durch die Vertragspartnerabrechnung/ Gemeinsame Verrechnungsstelle. **Ab diesem Zeitpunkt** kann die Abrechnung in einem Quartal **nur noch elektronisch** durchgeführt werden.

Eine zusätzliche händische Abrechnung ist **nicht erlaubt**.

Nach dem Einsenden einer Diskette bzw. Übermittlung mittels DFÜ können keine weiteren Belege im selben Quartal zur Verrechnung gelangen. Eventuelle **Nachträge** sind mit der Abrechnung des **nächsten Quartals einzusenden**.

B. Behandlungsbelege

Folgende Belege sind im Zuge der elektronischen Abrechnung der Nö. Gebietskrankenkasse zu übermitteln:

- a) Überweisungsscheine, wenn die Diagnose/verlangte Leistung **des Zuweisers** nicht zusätzlich zur selbst erstellten Diagnose im Datensatz erfasst wird
- b) Belege mit Bewilligungsvermerken des Versicherungsträgers
- c) Histologische Befunde (Pos. 412 der Honorarordnung)
- d) Ernährungspläne (Pos. 653 der Honorarordnung)
- e) Vorsorgeuntersuchungsunterlagen, sofern eine elektronische Datenübermittlung noch nicht möglich ist
- f) Verrechnungsscheine, Patientenerklärungen für zwischenstaatlich Betreute.

Sämtliche Belege sind alphabetisch zu ordnen.

Für die elektronische Abrechnung ist das Ausfertigen von Vertretungsbeiblättern (Urlaub, Krankheit und Bereitschaftsdienst) nicht notwendig.

Das Beschriften vorhandener Belege (Überweisungen etc.) ist nicht erforderlich.

Die Reihung der Datensätze muss folgender Abfolge entsprechen.

Normalfälle (Krankenkassenscheck-Regelfall, Überweisungsschein, Erste-Hilfe-Fall),
Urlaubsvertretungen,
Krankheitsvertretungen,
Bereitschaftsdienste und
Abrechnungsfälle nach dem KOVG und Betreute nach zwischenstaatlichen Abkommen.

Innerhalb dieser Gruppen müssen die Datensätze **nach Patienten alphabetisch** geordnet werden.

Nachträge aus vergangenen Quartalen sind in der Honorarabrechnung **alphabetisch einzureihen**. Ein **Datenträgerbegleitzettel** in **3-facher** Ausfertigung ist mitzuliefern (Beilage 2). Bei DFÜ-Abrechnung ist das Datum der DFÜ-Versendung auf dem Datenträgerbegleitzettel bekannt zu geben.

Auf den noch einzusendenden **Belegen** sind weiterhin der **Stempel** und die **eigenhändige Unterschrift des Arztes erforderlich**.

Nach der Abgabe bzw. Übermittlung der Abrechnung können **keine weiteren Belege, Disketten bzw. Datensätze** im selben Quartal **nachgereicht werden**.

(Anm.: Belege für Sozialhilfefälle sind direkt mit der Ärztekammer abzurechnen).

C. Abrechnung der Wegegebühren

Die Abrechnung der Wegegebühren erfolgt wie bisher mittels einer Wegegebührenliste.

Diese ist dem Service Center zu übermitteln. Es kann das bisher gültige Formular oder ein **maschinell erstellter Ausdruck** verwendet werden, der dem **den Firmen zur Verfügung gestellten Muster entspricht (Beilage 1)**.

Auf der Wegegebührenliste sind die Kilometer für Versicherte nach dem KOVG und Betreute nach zwischenstaatlichen Abkommen nicht anzuführen, sondern im Datensatz direkt bei dem betreffenden Patienten auszuweisen.

Alle anderen in den Datensätzen angeführten Wegegebühren werden von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsamen Verrechnungsstelle nicht berücksichtigt.

Unter dem Titel "**Adresse**" ist **jener Ort** anzugeben, **wo die Visite durchgeführt** wurde, und nicht die eventuell anders lautende Wohnadresse des Patienten.

Beilagen

Pilotprojekt „Substitutionsbehandlung“

Im Zuge der Klausur im Oktober 2011 wurde zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse u. a. die Durchführung eines Pilotprojektes vereinbart, um die Substitutionsbehandlung in Niederösterreich sicherzustellen. Zur Erprobung der Auswirkungen auf die Substitutionstherapie in Niederösterreich auf Grund der Einführung eigener Leistungspositionen zur Substitutionsbehandlung für Vertrags(fach)ärzte/-(fach)ärztinnen und Gesellschafter/innen von Vertragsgruppenpraxen wurde die Durchführung dieses Pilotprojektes zunächst befristet für einen Zeitraum von drei Jahren (01.04.2012 bis 31.03.2015) festgelegt. In diesem Zusammenhang wurde auch vereinbart, das Pilotprojekt „Substitutionsbehandlung“ entsprechend zu evaluieren.

Aufgrund der Ergebnisse der im Rahmen des Pilotprojektes durchgeführten Evaluierung haben die Ärztekammer für Niederösterreich und die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse eine Verlängerung des Pilotprojektes bis zum 31.03.2018 beschlossen. Neben der Anpassung an die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen und der Erhöhung der Tarife wurde, um zukünftig eine regional ausgewogene und flächendeckende Versorgung zu erreichen, auch Wahlärzten/ärztinnen die Möglichkeit eröffnet unter den gleichen Bedingungen wie Vertragsärzten/ärztinnen am Pilotprojekt teilzunehmen.

Ziel des Pilotprojektes ist weiterhin u. a. die Anzahl der Ärzte/Ärztinnen, die Substitutionsbehandlungen durchführen, zu erhöhen, um eine regionale Ausgewogenheit zu erzielen.

Unter **Substitutionsbehandlung im Sinne des Pilotprojektes** wird die ärztliche Behandlung von opioidabhängigen Personen mit oral zu verabreichenden opioidhaltigen Arzneimitteln als Ersatz für missbräuchlich zugeführte Opioide mit dem Ziel,

- das Risikoverhalten des Abhängigen/der Abhängigen zu reduzieren und sein/ihr Leben in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht zu stabilisieren und zu bessern,
- die Abstinenz von Suchtmitteln schrittweise wiederherzustellen,

- die Behandlung einer neben der Opioidabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung zu unterstützen oder
- die Risiken einer Opioidabhängigkeit während einer Schwangerschaft oder unmittelbar nach der Geburt zu verringern,

verstanden.

Die Substitutionsbehandlung kann als Überbrückungs-, Reduktions- oder Erhaltungstherapie zum Einsatz kommen.

Zur Substitutionsbehandlung im Rahmen des genannten Projektes berechtigt sind alle Vertrags(fach)ärzte/-(fach)ärztin bzw. Gesellschafter/innen von Vertrags-Gruppenpraxen *sowie alle Wahlärzte/Wahlärztinnen*, die in die gem. § 5 der Weiterbildungsverordnung orale Substitution von der Bezirksverwaltungsbehörde zu führende Liste eingetragen sind und die in der Weiterbildungsverordnung vorgesehenen Weiterbildungen absolviert haben. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Ärztekammer geprüft.

Die **Wahl des Substitutionsmittels** richtet sich nach § 23c der Suchtgiftverordnung.

Folgende Positionen können *weiterhin* im Rahmen des Pilotprojektes verrechnet werden (*Tarife ab 01.04.2015*):

Pos. 668 Einstellung Substitution	€ 81,78	max. 1x/Fall/Jahr
--	----------------	--------------------------

Diese Position kann nur von Vertrags(fach)ärzten/-(fach)ärztinnen bzw. Vertrags-Gruppenpraxen mit Gesellschaftern/Gesellschafterinnen *sowie Wahlärzten/Wahlärztinnen* mit einer Berechtigung zur umfassenden Substitutionsbehandlung gemäß § 2 Abs. 1 der Weiterbildungsverordnung verrechnet werden.

Pos. 669 Weiterbehandlung Substitution	€ 25,56	max. 5x/Fall/Quartal
---	----------------	-----------------------------

Diese Position kann sowohl von Vertrags(fach)ärzten/-(fach)ärztinnen bzw. Vertrags-Gruppenpraxen mit Gesellschaftern/Gesellschafterinnen *sowie Wahlärzten/Wahlärztinnen* mit einer Berechtigung zur umfassenden Substitutionsbehandlung gemäß § 2 Abs. 1 der Weiterbildungsverordnung, als auch von Vertrags(fach)ärzten/-(fach)ärztinnen bzw.

Vertrags-Gruppenpraxen mit Gesellschaftern/Gesellschafterinnen *sowie Wahlärzten/Wahlärztinnen*, welche lediglich über eine Berechtigung zur Weiterbehandlung von bereits auf ein Substitutionsmittel eingestellten Patienten/Patientinnen gemäß § 2 Abs. 1a der Weiterbildungsverordnung verfügen, verrechnet werden.

Für die Substitutionsverschreibung gelten im Wesentlichen die Bestimmungen der Suchtgiftverordnung (insbesondere § 23e).

Um die oben genannte Berechtigung zu erlangen, bietet die Ärztekammer für Niederösterreich **regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen** gemäß der Weiterbildungsverordnung orale Substitution für ihre Mitglieder an.

Für diesbezügliche Anfragen und bei Interesse an der Teilnahme an diesem Pilotprojekt steht Ihnen gern Frau Mag. Assam von der Ärztekammer Niederösterreich zur Verfügung.

Sollten auch Sie Interesse an der Teilnahme an diesem Pilotprojekt haben, setzen Sie sich bitte mit der Ärztekammer für Niederösterreich in Verbindung, um nähere Informationen und allenfalls erforderliche Unterstützung zur weiteren Vorgehensweise zu erhalten.

Transportkosten

Die Kasse übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Anspruchsberechtigte auf Grund seines/ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland

- zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten,
- bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,
- zur ambulanten Behandlung zum/zur nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt/Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis oder zur nächstgelegenen geeigneten Einrichtung (Vertragseinrichtung) bzw. in die Wohnung des/der Erkrankten zurück,
- zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife übernommen. Wenn sich der/die Erkrankte im Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an seinem/ihrer Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die Kasse die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten bis zur Höhe der Kosten des Transportes von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt.

Transportarten:

§ 44

(3) Ein bodengebundener Transport erfolgt entweder als

1. Krankenförderung

Befördert werden Anspruchsberechtigte, die während der Fahrt und auf dem Weg zum und vom Fahrzeug (PKW) keiner Unterstützung durch einen/eine

Sanitäter/Sanitäterin bedürfen. Der/Die Anspruchsberechtigte kann mit einem Privat-PKW bzw. Lohnfuhrwerk (Taxi- bzw. Mietwagenunternehmen) befördert werden;

oder

2. Krankentransport

Transportiert werden Anspruchsberechtigte, die keine Notfallpatienten/Notfallpatientinnen sind und entweder

a) auf dem Weg zum und vom Sanitätskraftwagen der Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin bedürfen und/oder die Möglichkeit des Bedarfs einer sanitätsdienstlichen Versorgung während der Fahrt gegeben ist. Der/Die Anspruchsberechtigte kann in einem Behelfsrankentransportwagen (BKTW) transportiert werden, wobei der/die Sanitäter/Sanitäterin gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist (**einfacher Krankentransport**) oder

b) während des Transportes auf sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen sind. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist. Der/Die Anspruchsberechtigte wird grundsätzlich liegend oder sitzend in einem Tragsessel mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert (**qualifizierter Krankentransport**);

oder

3. Rettungstransport

Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich nicht in Lebensgefahr befinden, jedoch schwere gesundheitliche Schäden nicht ausgeschlossen werden können, wenn nicht unverzüglich qualifizierte sanitätsdienstliche Hilfe geleistet wird. Zur Vermeidung weiterer Schäden ist der Transport mit einem Rettungstransportwagen (RTW) zur weiterführenden medizinischen Versorgung in eine geeignete Behandlungseinrichtung angezeigt. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist;

oder

4. Notarzttransport

Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind,

wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden. *Lebensgefahr ist jedenfalls anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist.* Der/Die Anspruchsberechtigte ist unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit mit dem Notarztwagen (NAW) in eine Krankenanstalt zu bringen. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin und einen/eine Notarzt/Notärztin, wobei diese nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin sind.

5. Flugtransporte:

Die Kasse übernimmt die Kosten der Beförderung im Inland mit einem Luftfahrzeug in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt, wenn

- 1. eine Beförderung von Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden (Lebensgefahr ist jedenfalls anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist.), wegen der Dringlichkeit des Falles auf dem Landweg nicht zu verantworten wäre und*
- 2. die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes*
 - a) durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und*
 - b) diese Notwendigkeit von der Kasse anerkannt**worden ist.*

Die jeweilige Art des Transportes ist auf Grund des körperlichen oder geistigen Zustandes des/der Erkrankten ärztlich zu bescheinigen.

Bei festgestellter Gehunfähigkeit des/der Patienten/Patientin ist wesentlich die Unterscheidung zwischen einfachem Krankentransport und qualifiziertem Krankentransport. Ersterer ist davon gekennzeichnet, dass der/die Patient/Patientin während der Fahrt keiner sanitätsdienstlichen Versorgung bedarf, dieser Transportbegriff ersetzt den früheren Sitzendtransport, während beim qualifizierten Krankentransport die sanitätsdienstliche Versorgung des/der Patienten/Patientin während der Fahrt medizinisch indiziert ist (früherer Liegendtransport).

Bei der Transportart "einfacher Krankentransport" kommt es nur in Ausnahmefällen (Dialysebehandlungen, Chemotherapie, Strahlenbehandlungen, Erste-Hilfe-Fahrten) zu einer Direktverrechnung mit den anerkannten Rettungsorganisationen. Anspruchsberechtigten, die nicht unter die Ausnahmebestimmung fallen, ersetzt die Kasse für die

eigentliche Transportstrecke Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch in Höhe von € 2,00 pro Transportstrecke.

Ebenso übernimmt die Kasse in den oben angeführten Ausnahmefällen die Kosten der notwendigen Beförderung mit einem Personenkraftwagen eines Taxi- bzw. Mietwagenunternehmens im Ausmaß der vertraglich vereinbarten Tarifsätze.

Wird vom/von der Anspruchsberechtigten für einen derartigen Transport ein Personenkraftwagen eines Taxi- bzw. Mietwagenunternehmens benützt, das nicht von den bestehenden Verträgen der Kasse umfasst ist, werden die Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch in Höhe von € 2,00 ersetzt.

Für qualifizierte Krankentransporte und Rettungstransporte werden die Kosten auch weiterhin ohne Ausnahme gegen Direktverrechnung mit den anerkannten Rettungsorganisationen übernommen.

Formular GV 502 (Anweisung für Transportkosten)

Dieses Formular sieht folgende Möglichkeiten vor:

1. Einen Kostenersatz (halbes amtliches Kilometergeld) erhält der/die Versicherte, wenn als erforderliche Transportart die Krankenförderung oder ein einfacher Krankentransport verordnet wurde.
2. Wurde eine Dialysebehandlung, Chemotherapie oder Strahlenbehandlung verordnet und sind Krankenförderung oder ein einfacher Krankentransport medizinisch indiziert, ist
 - a) die Rubrik Krankenförderung oder einfacher Krankentransport anzukreuzen und
 - b) die Diagnose, die Begründung und der Therapieversuch zu vermerken und
 - c) die Rubrik Dauerauftrag für Behandlungen/Untersuchungen/Therapien anzukreuzen.

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, führen die zur Kasse in einem Vertragsverhältnis stehenden Taxi- bzw. Mietwagenunternehmen oder die anerkannten Rettungsorganisationen die Beförderungen gegen Direktverrechnung mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse durch und erfolgt somit eine Kostenübernahme in Höhe der Tarifvereinbarung.

3. Wurde als erforderliche Transportart ein einfacher Krankentransport verordnet und fehlen die Voraussetzungen nach Punkt 2, erhält der/die Versicherte grundsätzlich von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse gegen Vorlage des Transportauftrages und der saldierten Rechnung einen Kostenersatz in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch einen Kostenersatz in Höhe von € 2,00 pro Transportstrecke.
4. Wird als erforderliche Transportart ein qualifizierter Krankentransport verordnet, erfolgt eine Direktverrechnung mit den anerkannten Rettungsorganisationen.

Transportanweisungen sind grundsätzlich nur für Beförderungen in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt (Behandlungseinrichtung) auszustellen. Wünscht der/die Anspruchsberechtigte in eine weitergelegene Behandlungseinrichtung überwiesen zu werden, ohne dass hiezu eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist, so ist dies auf dem Formular "Anweisung für Transportkosten" durch Anbringung des Hinweises "Wunsch des/der Patienten/Patientin" ausdrücklich zu vermerken.

Bei der Veranlassung eines Krankentransportes ist insbesondere auch darauf zu achten, ob der Transport mittels Behelfsrankentransportwagen/Krankentransportwagen notwendig erscheint oder ob die Fahrt nicht auch mit einem öffentlichen Verkehrsmittel, Privat-PKW/Taxi verantwortet werden kann.

Allfällige Wünsche der Patienten/Patientinnen hinsichtlich der Wahl des Transportmittels dürfen die ärztliche Entscheidung keinesfalls beeinflussen. Hierbei ist eine kritische Beurteilung jedes Einzelfalles erforderlich.

Bei Serienbehandlungen (mehr als vier vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin in einer Transportanweisung angeordnete Transporte innerhalb von drei Monaten zur gleichen Behandlungsstelle) ist eine chef(kontroll)ärztliche Bewilligung ab der 1. Fahrt erforderlich. *Ausgenommen davon sind einfache Krankentransporte zu Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie.*

Wichtig:

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass bei der Verordnung von Krankentransporten der/die Vertragsarzt/Vertragsärztin auf Grund des Gesundheitszustandes des/der Patienten/Patientin aus medizinischer Sicht zu entscheiden hat, welche Transportart für

den/die Patienten/Patientin geeignet ist. Gemäß § 10 des Gesamtvertrages hat die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig zu sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Diese Bindung an das Ökonomiegebot bezieht sich sowohl auf die eigene Tätigkeit des/der Arztes/Ärztin, als auch auf akzessorische Leistungen wie Transportkosten. In diesem Sinne ist durch den/die Vertragsarzt/Vertragsärztin bei der Verordnung von Krankentransporten entsprechend dem Ökonomiegebot darauf Bedacht zu nehmen, ob der/die Patient/Patientin während der Fahrt tatsächlich durchgehend einer sanitätsdienstlichen Versorgung bedarf und somit ein qualifizierter Krankentransport zu verordnen ist, oder ob damit das Maß des Notwendigen überschritten wäre und es ausreichend und zweckmäßig ist, dass für den/die Patienten/Patientin nur zum und vom Fahrzeug eine sanitätsdienstliche Versorgung zur Verfügung steht und sohin ein einfacher Krankentransport zu verordnen ist. Weiters ist bei gänzlichem Fehlen der Notwendigkeit einer sanitätsdienstlichen Versorgung die Transportart Krankenförderung als ausreichend und zweckmäßig zu verordnen.

Durchführung, Abrechnung und Honorierung von Vorsorgeuntersuchungen ab 1. Oktober 2005

Zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer für ihren Zuständigkeitsbereich und für die Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Niederösterreich einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die § 2-Kassen wurde per 1.1.2005 ein neuer Gesamtvertrag zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der Vorsorgeuntersuchungen abgeschlossen.

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN DURCH VERTRAGSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE SACHVERHALT AB 1. OKTOBER 2005

Die wesentlichsten Änderungen und Neuerungen auf dem Sektor der Vorsorgeuntersuchungen ab 1.10.2005 sind:

1. Neben dem allgemeinen Untersuchungsprogramm gehören zum sachlichen Umfang der Vorsorgeuntersuchungen auch eine spezifische Untersuchung auf Cervix-Karzinom (PAP-Abstrich), Koloskopie sowie auf Wunsch des Probanden eine spezifische Vorgehensweise auf Abklärung Prostata-Karzinom.
2. Auf die Ermittlung folgender Parameter wird im Rahmen der neuen Vorsorgeuntersuchung verzichtet, da für deren Bestimmung keine oder ungenügende Erkenntnisse aus der aktuellen Wissenschaft vorhanden sind: Blutsenkungsgeschwindigkeit, Harnsäure.
3. Es fließen mehr als bisher die Erkenntnisse der modernen Lebensstilmedizin in die Vorsorgeuntersuchung ein. Dabei geht es neben der Früherkennung verbreiteter Zivilisationskrankheiten auch um Aufklärung und Unterstützung bei gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils. Die Parameter, die hier zur Anwendung kommen, sind Body-Mass-Index, Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin.
4. Bei Menschen über 65 Jahren wird nunmehr vermehrt Augenmerk auf die Hör- und Sehleistung gelegt.
5. Einbeziehung von Parodontalerkrankungen
6. Verstärkung der Beraterrolle der Ärztin/des Arztes
7. Einladungssystem (Call/Recall)

8. Standardisierte Anamnese und Dokumentation

9. Evaluierung der Ergebnisse

ÄNDERUNG ZUR BRUSTKREBS-FRÜHERKENNUNNG AB 1. JÄNNER 2014

Ab 1.1.2014 startete das Österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“ – ein organisiertes, qualitätsgesichertes Programm auf gemeinsame Initiative von Bund, Sozialversicherung, Ländern und Österreichischer Ärztekammer. Das Ziel ist, Brustkrebs früh zu entdecken, um ihn mit bestmöglichem Erfolg behandeln zu können. „früh erkennen“ ersetzt die bisherigen Mammographie-Angebote zur Früherkennung von Brustkrebs und bietet einen transparenten und strukturierten Ablauf für Frauen.

Frauen zwischen 45 und 69 Jahren, die in Österreich wohnhaft und bei einem teilnehmenden Träger sozialversichert sind, können seit Juli 2014 nach ärztlicher Beratung oder ohne diese mit der e-card zur Früherkennungsmammographie gehen, sofern die Frau seit 1.1.2014 nicht schon eine Mammographieuntersuchung durchführen hat lassen; eine Einladung oder Zuweisung wird nicht benötigt. Dennoch erhalten Frauen der Zielgruppe alle zwei Jahre eine Einladung der Sozialversicherung zur Mammographie per Post, die sie an die Früherkennungsuntersuchung erinnern soll.

Frauen zwischen 40 und 44 Jahren sowie ab 70 Jahren können sich über die kostenlose Telefonserviceline 0800 500 181 oder über das Online-Formular auf www.frueh-erkennen.at zur Teilnahme am Programm anmelden und erhalten daraufhin eine Einladung der Sozialversicherung per Post. Die Frauen gehen dann mit der Einladung und der e-card zur Früherkennungsmammographie. Nach zwei Jahren erhalten die Frauen erneut eine Einladung zur Früherkennungsmammographie per Post zugeschickt.

Nähere Informationen finden Sie im Informationsblatt V2.

BERECHTIGTE VERTRAGSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Voraussetzung für die Ermächtigung einer Ärztin/eines Arztes zur Durchführung und Abrechnung von Vorsorgeuntersuchungen ist der Abschluss eines Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrages im Sinne der geltenden Bestimmungen. Alle Ärztinnen und Ärzte, die am 1.10.2005 in einem Vorsorgeuntersuchungs-Vertragsverhältnis zu einem Versicherungsträger standen, werden in das Vertragsverhältnis nach dem neuen Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag übernommen, wenn der von der Kasse übermittelte "neue" Einzelvertrag unterschrieben an die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse retourniert wird. Ausgenommen sind Fachärztinnen bzw. -ärzte für Gynäkologie,

Jänner 2015

die über einen bestehenden VU-Einzelvertrag für das gynäkologische Vorsorgeuntersuchungsprogramm nach den gesamtvertraglichen Regelungen 1.1.1988 verfügen (siehe Punkt gynäkologische Vorsorgeuntersuchung). Ein Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrag kann nur mit den nachstehend angeführten Ärztinnen bzw. Ärzten abgeschlossen werden:

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin
Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin
Fachärztinnen/Fachärzte für Lungenheilkunde

Ärztinnen bzw. Ärzte der oben angeführten Fachsparten sind auch dann zum Abschluss eines Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrages berechtigt, wenn sie in keinem kurativen Vertragsverhältnis zum jeweiligen Krankenversicherungsträger stehen.

PERSONENKREIS

Die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen kommt für Personen (Probandinnen und Probanden) ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in Betracht. Anspruch auf Koloskopie besteht für Probandinnen und Probanden ab dem 50. Lebensjahr alle 10 Jahre. Auch nichtversicherte Personen sind berechtigt, die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Die Betreuung übernimmt die für den Wohnort zuständige Gebietskrankenkasse.

EINLADUNGSSYSTEM (CALL/RECALL-SYSTEM)

Die Einladung zu Vorsorgeuntersuchungen wird durch die Sozialversicherung in folgenden Intervallen erfolgen: Für unter 40-jährige alle 3 Jahre, für über 40-jährige alle 2 Jahre. Auf Wunsch der Probandin/des Probanden kann die Vorsorgeuntersuchung auf Kosten des Krankenversicherungsträgers auch einmal jährlich in Anspruch genommen werden.

UNTERSUCHUNGSPROGRAMME

Der sachliche Umfang der Vorsorgeuntersuchung ergibt sich wie folgt:

1. ein allgemeines Untersuchungsprogramm
2. eine spezifische Untersuchung auf Cervix-Karzinom (PAP-Abstrich)

3. eine spezifische Untersuchung auf Kolon-Karzinom (Koloskopie)
4. eine spezifische Vorgehensweise bei Wunsch des Probanden auf Abklärung Prostata-Karzinom

Das allgemeine Untersuchungsprogramm kann von allen berechtigten Vertragsärztinnen bzw. -ärzten durchgeführt werden.

PAP-Abstriche können sowohl von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin als auch von Fachärztinnen/Fachärzten für Gynäkologie durchgeführt werden.

Koloskopien können ab dem 50. Lebensjahr alle zehn Jahre von Fachärztinnen/Fachärzten für Innere Medizin oder Chirurgie durchgeführt werden.

Für die Zuweisungen zu PAP-Abstrich, Mammographie und Koloskopie ist ein Überweisungsschein zu verwenden, der mit VU gekennzeichnet werden muss.

VORSORGEZIELE

Die Vorsorgeziele der Vorsorgeuntersuchungen sind:

- a) Arteriosklerose, Herz-Kreislaufkrankungen, erhöhter Blutdruck
- b) bestimmte Karzinome (insbesondere Darmkarzinom, Cervix-Karzinom, Haut-Karzinom, Prostata-Karzinom und ausgewählte familiär gehäufte auftretende Karzinome)
- c) Diabetes mellitus, Alkoholmissbrauch, Rauchen, Arzneimittelmisbrauch, Adipositas, gesundheitsrelevanter Bewegungsmangel, Parodontitis (Erkrankung des Zahnhalteapparates)
- d) bestimmte Hör- und Sehstörungen (Glaucom, Altersfehsichtigkeit und Altersschwerhörigkeit)

INANSPRUCHNAHME DER VORSORGEUNTERSUCHUNG

- a) Die Probandin/Der Proband meldet sich direkt bei der Vertragsärztin/beim Vertragsarzt zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung an. Die Inanspruchnahme erfolgt bis zur Einführung der e-card-Infrastruktur mit dem Krankenkassenscheck. Danach gilt die e-card, verbunden mit einer positiven Online-Abfrage als Anspruchsnachweis.

- b) Vertragsärztinnen bzw. -ärzte mit ausschließlichem Vorsorgeuntersuchungsvertrag, die den Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrag vor dem 31.12.2008 abgeschlossen haben und die nicht auf Kosten der Sozialversicherung die e-card-Geräteausstattung erhalten, sind zu einer entsprechenden Geräteausstattung nicht verpflichtet. Probandinnen/Probanden, die diese Ärztinnen/Ärzte in Anspruch nehmen, können sich beim zuständigen Sozialversicherungsträger einen Anspruchsnachweis ausstellen lassen oder die Ärztin/der Arzt legt aufgrund der Vorlage der e-card ein Beiblatt mit den Patientendaten an, welches zur Verrechnung verwendet werden kann.
- c) Nichtversicherte Probandinnen/Probanden haben sich bei der für ihren Wohnsitz zuständigen Gebietskrankenkasse (Service-Center) einen Anspruchsnachweis ausstellen zu lassen. Kurative Leistungen können aufgrund dieses Anspruchsnachweises nicht verrechnet werden.
- d) Bis zur Einführung der e-card-Infrastruktur hat die Probandin/der Proband auf dem Befundblatt per Unterschrift zu bestätigen, dass sie/er innerhalb der letzten 12 Kalendermonate vor dem Untersuchungstermin keine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen hat. Ab Einführung der e-card-Infrastruktur hat die Ärztin/der Arzt die Anspruchsberechtigung vor Durchführung der Untersuchung online zu überprüfen.

DURCHFÜHRUNG DER VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt, die/der einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag abgeschlossen hat, erhält von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsamen Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, die neugestalteten Belegarnituren, die Ärztebroschüre sowie Informationsfolder für die Probandinnen und Probanden. Ab 1.10.2005 sind nur mehr die neuen Belege zu verwenden. Unter www.sozialversicherung.at stehen alle Unterlagen zur VU-Neu zum Download bereit. Weiters finden sich unter dieser Adresse Ausfüllhilfen für die Dokumentationsblätter und ein **umfassendes medizinisches Nachschlagewerk**, das sich **"Wissenschaftliche Grundlagen der VU Neu"** betitelt. Es kann als pdf herunter geladen, aber auch als Papierversion gegen einen Selbstkostenersatz von € 19,-- per e-mail unter vorsorgeuntersuchung@svdgmbh.at bestellt werden.

- a) Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt ist zur Vornahme aller schriftlichen Arbeiten verpflichtet, die sich aus der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen nach dem Gesamtvertrag ergeben. Insbesondere hat sie/er den von der Probandin/vom Pro-Jänner 2015

banden auszufüllenden Anamnesebogen und (falls verwendet) den Alkoholfragebogen auf Vollständigkeit abzuklären und das Befundblatt vollständig auszufüllen.

- b) Im Zuge des Abschlussgesprächs ist der Probandin/dem Probanden ein Arztbrief oder die Kopie bzw. ein Ausdruck des Befundblattes auszuhändigen.
- c) Falls die Vorsorgeuntersuchungs-Ärztin/der Vorsorgeuntersuchungs-Arzt die Abstrichnahme für den PAP-Befund selbst durchführt, ist sie/er außerdem verpflichtet, das Dokumentationsblatt "PAP-Abstrich" vollständig auszufüllen. Die Ergebnisse des PAP-Abstriches sind in diesem Fall auch im Abschlussgespräch zu berücksichtigen und die Vertragsärztin/der Vertragsarzt ist verpflichtet, die Probandin über das Ergebnis der zytologischen Untersuchung zu informieren.
- d) Die Gynäkologin/Der Gynäkologe, die/der die Vorsorgeuntersuchungs-Leistung PAP-Abstrich durchführt, ist verpflichtet, das Dokumentationsblatt "PAP-Abstrich" vollständig auszufüllen und die Probandin über das Ergebnis der zytologischen Untersuchung zu informieren.

Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung soll unterbleiben, wenn die Probandin/der Proband in den letzten zwei Quartalen in ärztlicher Behandlung war und die Untersuchungen sich mit den Interventionen der Vorsorgeuntersuchung decken.

Zum PAP-Abstrich ist nicht zuzuweisen, wenn die Probandin angibt, dass in den letzten 12 Monaten ein PAP-Abstrich durchgeführt worden ist.

HONORIERUNG DER VORSORGEUNTERSUCHUNGEN (ab 1.10.2005)

Für die Honorierung der Vorsorgeuntersuchungen gelten die nachstehend angeführten Bestimmungen:

Wird die Vertragsärztin/der Vertragsarzt im Abrechnungsquartal von der Probandin/vom Probanden nur im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen, so gebühren ausschließlich die jeweils maßgeblichen Vorsorgeuntersuchungshonorare, es gebührt aber kein kuratives Fallpauschale.

Für die Gesamtheit der vorgesehenen Untersuchungen gebührt ausschließlich das Vorsorgeuntersuchungshonorar nach der jeweils in Frage kommenden Leistungsposition. Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt kann daher keinesfalls die programmgemäß durchzuführenden Untersuchungen gesondert nach kurativen Tarifsätzen in Rechnung stellen (ausgenommen für den PAP-Abstrich und die Koloskopie aufgrund einer VU-Zuweisung).

ALLGEMEINES UNTERSUCHUNGSPROGRAMM

Das Honorar für das allgemeine Untersuchungsprogramm (Pos. 51) beträgt € 75,00. Mit diesem Betrag sind auch die Kosten für den Ordinationsbedarf abgegolten.

Für den Fall, dass die im allgemeinen Untersuchungsprogramm vorgesehenen Blutuntersuchungen auf Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride und Rotes Blutbild (Probandinnen) nicht von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt, die/der die klinische Untersuchung durchgeführt hat, getätigt werden können, beträgt das Honorar für die Basisuntersuchung € 66,01 (Pos. 52).

Das Honorar für den von der Vertragsfachärztin/vom Vertragsfacharzt für Innere Medizin aufgrund einer Zuweisung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung durchgeführten Laborblock (Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride und Rotes Blutbild) - Pos. 53 - beträgt € 8,99. Mit diesem Betrag sind alle damit zusammenhängenden Leistungen, wie Blutabnahme und Befundbericht, abgegolten.

Die Untersuchung PAP-Abstrich (Pos. 55) wird aufgrund einer VU-Zuweisung den Vertragsfachärztinnen und -ärzten für Gynäkologie entsprechend den in der Honorarordnung des kurativen Gesamtvertrages vorgesehenen Positionsnummern honoriert. Gleiches gilt, wenn die Vertragsärztin/der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin den PAP-Abstrich selbst durchführt.

Bis zum Abschluss einer österreichweiten Regelung oder anderen Länderregelung für die Koloskopie im Rahmen der VU wird diese aufgrund einer VU-Zuweisung den Vertragsfachärztinnen und -ärzten für Chirurgie bzw. Innere Medizin entsprechend den in der Honorarordnung des kurativen Gesamtvertrages vorgesehenen Positionsnummern (Pos. 56 oder Pos. 57) honoriert.

GYNÄKOLOGISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG

Bestehende gesamtvertragliche Regelungen zum gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungsprogramm aufgrund des VU-Gesamtvertrages vom 1.1.1988 bleiben in vollem Umfang (bisherige Leistungsanbieter/innen, bisheriger Leistungsumfang, bisherige Tarife) zu den bisherigen rechtlichen Bedingungen aufrecht, bis sie durch eine österreichweite Regelung oder andere Länderregelungen ersetzt werden. Das neue Dokumentationsblatt PAP-Abstrich ist zusätzlich zu verwenden.

Das Honorar für die aufgrund des Gesamtvertrages vom 1.1.1988 durchgeführte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung (neue Pos. 54) durch Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Gynäkologie beträgt € 18,24.

Die bisherigen Beleggarnituren (Anamneseblatt G und Befundblatt G) sind zur Dokumentation zu verwenden. Alle in der Beleggarnitur (Befundblatt G) enthaltenen programmmäßigen Untersuchungen sind durch das Honorar nach Position 54 abgegolten. Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, die Abstrichnahme und Fixierung für die zytologische Untersuchung gesondert in Rechnung zu stellen.

Zusätzlich ist das Dokumentationsblatt PAP-Abstrich zu verwenden.

Erfolgte im Abrechnungsquartal bereits eine kurative gynäkologische Behandlung, dann kann in diesem Quartal nachfolgend eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung nicht verrechnet werden, außer bei Zuweisung.

Erfolgt im Abrechnungsquartal nach einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung durch eine Vertragsfachärztin/einen Vertragsfacharzt für Gynäkologie eine kurative gynäkologische Behandlung, dann gebührt für die kurative Behandlung kein Fallpauschale. Es gebührt lediglich das Honorar für die Ordination und für die allenfalls getätigten Einzelleistungen.

ABRECHNUNG DER VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

- a) Abgeschlossene Vorsorgeuntersuchungen sind über die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger im Rahmen der Quartalsabrechnung (kurativ und/oder Vorsorgeuntersuchung) elektronisch abzurechnen.
- b) Für die Abrechnung gelten grundsätzlich die Rechnungslegungsvorschriften aus dem kurativen Bereich.
- c) Eine Honorierung des allgemeinen Untersuchungsprogrammes erfolgt nur dann, wenn dieses vollständig entsprechend dem Formblatt durchgeführt (untrennbare Gesamtleistung) und das Befundblatt gemäß Ausfüllanleitung vollständig und sorgfältig ausgefüllt wurde. Eine Honorierung erfolgt aber auch dann, wenn die Probandin/der Proband nicht innerhalb von 3 Monaten nach der Vorsorgeuntersuchung zum Abschlussgespräch bei der Vertragsärztin/beim Vertragsarzt erschienen ist und die Ärztin/der Arzt dies auf dem Befundblatt vermerkt hat.

DOKUMENTATION

Zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Krankenversicherungsträger Österreichs und der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer wurde ergänzend zum Gesamtvertrag vom 9.3.2005 über die Vorsorgeuntersuchungen vereinbart, dass mit Stichtag 1.10.2009 die VU-Befundblätter elektronisch zu übermitteln sind. Da nicht alle Ärztinnen/Ärzte mit VU-Vertrag über die technischen Voraussetzungen zur elektronischen Übermittlung verfügen, wurde zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse folgende weitere Vorgangsweise festgelegt:

Ab 1.10.2009 sind die Daten, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung NEU erhoben werden, direkt über die GINA-Box bzw. die e-SV-VU-Applikation elektronisch zu übermitteln:

- VU – Allgemeines Programm für Frauen und Männer
- VU – Früherkennungsprogramm für Frauen – PAP-Abstrich

Wird das Befundblatt "Allgemeines Programm" vom Vertragsarzt/von der Vertragsärztin nicht elektronisch übermittelt, so behalten die Krankenversicherungsträger den Betrag von € 3,00 ein.

Unabhängig von einer elektronischen Übermittlung der Befundblätter ist von jenen Vertragsärzten/Vertragsärztinnen, welche keine elektronische Abrechnung durchführen, weiterhin je Proband/Probandin der vom zuständigen Sozialversicherungsträger ausgestellte Anspruchsnachweis oder ein vom Vertragsarzt/von der Vertragsärztin auf Grund der Vorlage der e-card ausgefülltes Beiblatt mit den Patientendaten und der am Datumsraster eingetragenen Positionsnummer zur Verrechnung vorzulegen.

Unter www.sozialversicherung.at sind Informationen zur elektronischen Dokumentation erhältlich. Die Inanspruchnahme von geeigneten Dienstleistern ist ebenfalls möglich.

Eine Honorierung der abgeschlossenen Vorsorgeuntersuchung ist jedenfalls nur möglich, wenn das vollständig ausgefüllte Befundblatt entweder in elektronischer Form oder im Rahmen der Quartalsabrechnung an die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger übermittelt

wird. Das Anamneseblatt und der Alkoholfragebogen verbleiben bei der Ärztin/beim Arzt.

ORDINATIONSBEDARF

Die Kosten des für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen notwendigen Ordinationsbedarfes sind durch die jeweils vereinbarten Vorsorgeuntersuchungshonorare abgegolten. Von den Krankenversicherungsträgern erfolgt daher keine Beistellung des für die Vorsorgeuntersuchungen erforderlichen Ordinationsbedarfes.

KURATIVE MASSNAHMEN NACH EINER VORSORGEUNTERSUCHUNG

Werden bei einer Vorsorgeuntersuchung Erkrankungen der Probandin/des Probanden festgestellt, die entsprechende diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen zur Folge haben, so gelten diese Maßnahmen als Leistungen aus dem kurativen Bereich und sind als solche in Rechnung zu stellen.

HONORARANWEISUNG

Das Honorar für die abgerechneten Vorsorgeuntersuchungen wird im Zusammenhang mit der erforderlichen getrennten Erfassung der Vorsorgeuntersuchungsaufwendungen seitens der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsamen Verrechnungsstelle in der der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt pro Quartal zur Verfügung gestellten Honorar-Abrechnung (Gutschrift) in einer separaten Buchungsspalte im Anschluss an das Wegegebührenhonorar in einer Summe ausgewiesen und gemeinsam mit dem kurativen Honorar auf das Konto der Vertragsärztin/des Vertragsarztes überwiesen.

ORT UND ZEIT DER VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt hat die Vorsorgeuntersuchungen in ihrer/seiner Ordination selbst vorzunehmen. Mit der Probandin/dem Probanden sind Termine zu vereinbaren, die grundsätzlich außerhalb der im kurativen Einzelvertrag vereinbarten Ordinationszeiten liegen.

SCHLUSSBEMERKUNG

Bei der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und bei den Honorarabrechnungen sind vorstehende Grundsätze sowie die den Vertragsärztinnen und -ärzten ausgehändigte Ärztebroschüre zu beachten. Vertragsärztinnen bzw. -ärzte, mit denen erstmals

ein Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrag aufgrund der Bestimmungen des neuen Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages abgeschlossen wurde, haben verpflichtend an der von der Ärztekammer für Niederösterreich organisierten Informationsveranstaltung teilzunehmen.

***Durchführung, Abrechnung und Honorierung
von Früherkennungsmammographien ab 1. Jänner 2014***

ALLGEMEINES

Das Österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“, das von der Bundesgesundheitskommission beschlossen und in Anlehnung an internationale Standards von der Sozialversicherung gemeinsam mit Bund, Ländern und Österreichischer Ärztekammer erarbeitet wurde, bietet einen qualitätsgesicherten, transparenten und strukturierten Ablauf für die Frauen und ersetzt die bisherigen Mammographie-Angebote zur Früherkennung von Brustkrebs. Dies bedeutet, dass die bisherige Mammographie im Zuge der Vorsorgeuntersuchung der Sozialversicherung durch „früh erkennen“ – vorläufig bis 31.12.2017 befristet – abgelöst wird.

Rechtliche Grundlage ist das 2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag idgF, abgeschlossen zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, bzw. die korrespondierenden Regelungen in kurativen Gesamtverträgen der sozialen Krankenversicherungsträger.

Zur Umsetzung des Programms wurde bei der Wiener Gebietskrankenkasse eine österreichweite Koordinierungsstelle eingerichtet, die dezentral durch jeweils eine Regionalstelle in den Gebietskrankenkassen unterstützt wird.

PERSONENKREIS UND INANSPRUCHNAHME

Frauen zwischen 45 und 69 Jahren, die in Österreich wohnhaft und bei einem teilnehmenden Träger sozialversichert sind, können mit der e-card oder nach ärztlicher Beratung im Intervall von 24 Monaten zur Früherkennungsmammographie gehen; eine Einladung oder Zuweisung wird nicht benötigt. Dennoch erhalten Frauen der Zielgruppe alle zwei Jahre eine Einladung der Sozialversicherung zur Mammographie per Post, die sie an die Früherkennungsuntersuchung erinnern soll.

Frauen zwischen 40 und 44 Jahren sowie ab 70 Jahren können sich über die kostenlose Telefonserviceline 0800 500 181 oder über das Online-Formular auf www.frueh-erkennen.at zur Teilnahme am Programm anmelden und erhalten daraufhin eine Einladung der Sozialversicherung per Post. Die Frauen gehen dann mit der Einladung und der e-card zur Früherkennungsmam-

mographie. Nach zwei Jahren erhalten die Frauen erneut eine Einladung zur Früherkennungsmammographie per Post zugeschickt.

ÄNDERUNGEN DURCH DAS PROGRAMM

1. Zweijähriges Früherkennungsintervall

Bisher wurden Frauen aufgrund verschiedener Faktoren in individuellen Intervallen zur Mammographie zugewiesen. Wie bisher im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung (VU) ist auch im Rahmen des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms die Inanspruchnahme einer Früherkennungsmammographie alle zwei Jahre möglich.

2. Persönliches Einladungsschreiben

Die schriftliche Einladung der Frauen zur Mammographie erfolgt zentral durch die Koordinierungsstelle des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms. Mit dem Versand der Einladung wird gleichzeitig auch die e-card freigeschaltet, sofern diese nicht ohnehin schon freigeschaltet ist.

3. Qualitätssicherung im Programm

Das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm bietet umfassende Qualitätsstandards nach internationalen Leitlinien. Technische und medizinische Kriterien, wie die Umstellung auf digitale Geräte bzw. Schulungen für Radiologinnen und Radiologen (= Befunderinnen und Befunder) und den Medizinisch Technischen Fachdienst (MTF)/Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen (RT) (= Erstellerinnen und Ersteller), stellen wesentliche Qualitätsverbesserungen dar. Hinkünftig sollen auch andere beteiligte Berufsgruppen spezielle Schulungen absolvieren (Fortbildungskurs zur Durchführung von Biopsien und Markierungen und Fortbildungskurs zur Befundung histopathologischer Präparate, etc.). Ein strukturierter Ablauf, die vollständige Dokumentation der Daten sowie eine wissenschaftliche Evaluierung sind weitere wichtige Eckpunkte des Programms.

4. Diagnostische („kurative“) Mammographien außerhalb des Programms

Bei Krankheitsverdacht gibt es auch weiterhin die Möglichkeit der Zuweisung zur Mammographie. Die relevanten Indikationen sind mittels Indikationenliste festgelegt.

Auf der Zuweisung muss die entsprechende klinische Angabe/Indikation (Spalte 1 der Indikationenliste) von der Zuweiserin/vom Zuweiser vermerkt werden (z. B. „familiär erhöhte Disposition“, „Sekretion aus Mamille“, etc.).

Die aktuelle Indikationenliste (Stand 21.05.2014) wurde unter Beteiligung der Bundesfachgruppe Radiologie, Bundesfachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte erstellt. Diese wurde um einen Anhang erweitert, in dem die Position „Familiär erhöhte Disposition“ definiert und Kriterien auf Basis der Familienanamnese erstellt wurden, um Frauen mit hohem Brustkrebsrisiko und Frauen mit moderat erhöhtem Brustkrebsrisiko in der täglichen Praxis identifizieren und ihnen im weiteren Verlauf die entsprechenden Untersuchungen – über die diagnostische Schiene – anbieten zu können.

- *Frauen mit hohem Brustkrebsrisiko soll eine genetische Beratung und nachfolgend gegebenenfalls ein Hochrisikoscreening (mittels Zuweisung zu einer diagnostischen Mammographie) angeboten werden. Da auf alle Frauen mit Hochrisiko jedenfalls die Kriterien des moderat erhöhten Risikos zutreffen, ist zur Überbrückung einer allfälligen mehrmonatigen Wartezeit auf die genetische Beratung die Durchführung einer Mammographie (mittels Zuweisung zu einer diagnostischen Mammographie) möglich. Eine Beschreibung des Hochrisikoscreenings finden Sie ebenfalls im Anhang der Indikationenliste.*
- *Für Frauen mit moderat erhöhtem Brustkrebsrisiko besteht die Möglichkeit eines intensivierten Screenings mit jährlichen Mammographien ab dem 40. Lebensjahr (mittels Zuweisung zu einer diagnostischen Mammographie).*

Die Indikationenliste wurde um die Position „Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. Lebensjahr“ erweitert, weil diese Frauen ebenfalls ein Hochrisikoscreening (mittels Zuweisung zu einer diagnostischen Mammographie) benötigen.

5. Diagnostische Mammographie: „Besondere medizinische Indikation im Einzelfall“

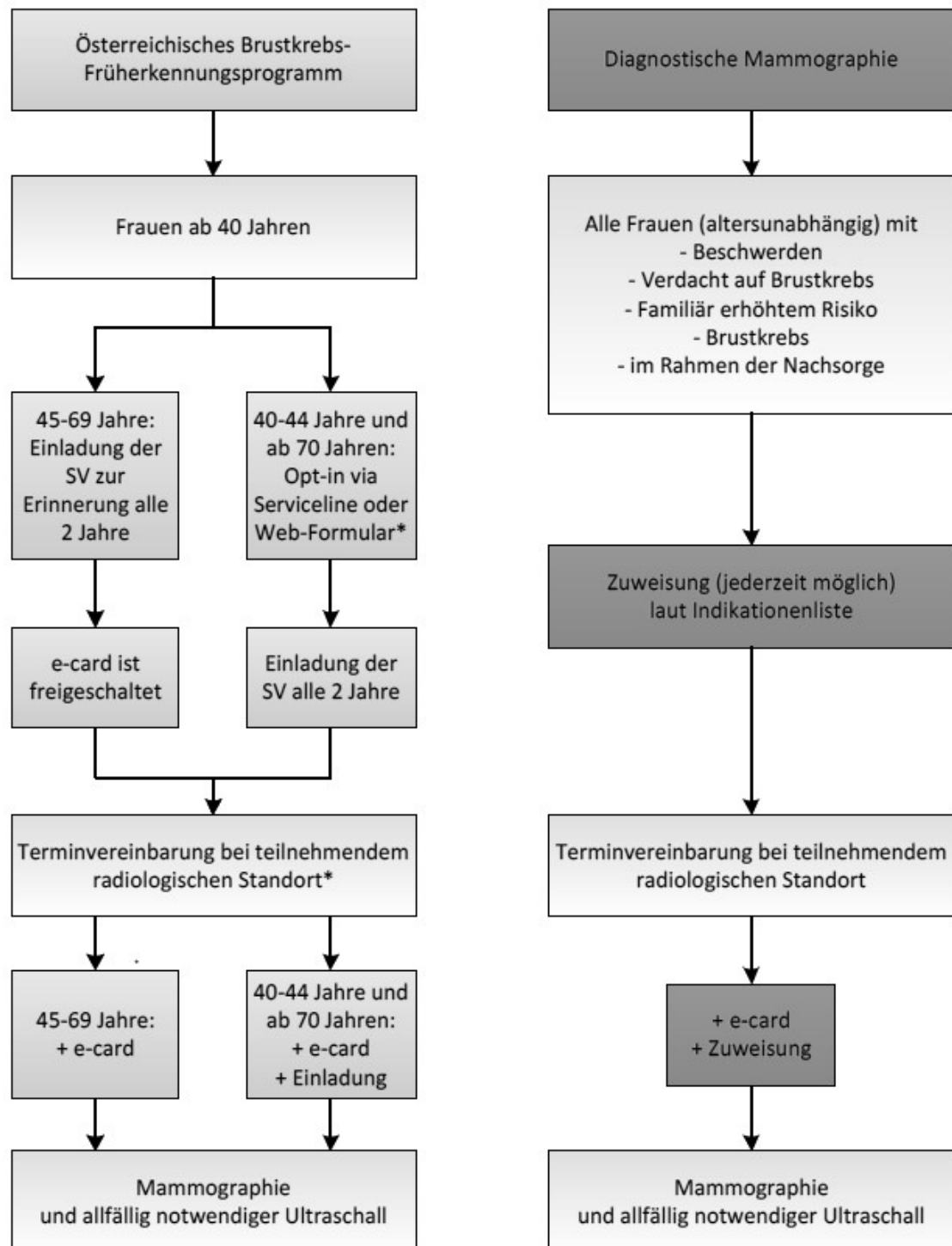
Im Einzelfall sind alle medizinisch notwendigen Indikationen, die nicht als eigene Kategorie in der Indikationenliste angeführt sind, unter der Kategorie „Besondere medizinische Indikation im Einzelfall“ zuzuweisen. Hier ist es allerdings notwendig, dass die Zuweiserin/der Zuweiser neben der Indikation auch eine entsprechende Begründung vermerkt.

Radiologinnen und Radiologen übermitteln die Kopien der Zuweisungen mit den Begründungen für die Position „Besondere medizinische Indikation im Einzelfall“ für alle Versicherten – unabhängig vom (am Programm teilnehmenden) leistungszuständigen Krankenversicherungsträger – an die Regionalstelle (= Gebietskrankenkasse) des jeweiligen Bundeslandes. Entscheidend ist das Bundesland des Standorts, nicht der auf dem Schein vermerkte Träger. Das bedeutet zum Beispiel: Alle Zuweisungen mit „Besondere medizinische Indikation im Einzelfall“ eines niederösterreichischen Standorts werden an die Regionalstelle in der NÖGKK geschickt. Es wird emp-

fohlen, die Kopien gesammelt zumindest ein Mal im Quartal (zu Quartalsende) per Post an die Regionalstelle zu übermitteln.

Diese Zuweisungen werden von der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beobachtet und evaluiert. Bei Auffälligkeiten werden Maßnahmen gesetzt. Die gemeinsame Evaluation kann gegebenenfalls zur Übernahme einer einzelnen Indikation in die Indikationenliste oder zur Begrenzung dieser Position führen.

Ablaufdiagramm: Österreichisches Brustkrebs-Früherkennungsprogramm vs. Diagnostische Mammographie



*mit oder unabhängig von einer vorherigen Konsultation der Vertrauensärztin bzw. des Vertrauensarztes

EINLADUNG ZUR FRÜHERKENNUNG

1. Allgemeines

Frauen zwischen 45 und 69 Jahren, die in Österreich wohnhaft und bei einem teilnehmenden Träger sozialversichert sind, können wahlweise nach ärztlicher Beratung oder ohne diese mit der e-card zur Früherkennungsmammographie gehen und erhalten zusätzlich alle zwei Jahre (ab der letzten Mammographie – diagnostisch oder Früherkennung–) eine Einladung der Sozialversicherung zur Untersuchung per Post.

Frauen zwischen 40 und 44 Jahren sowie ab 70 Jahren erhalten nach der Anmeldung zum Programm ebenfalls alle zwei Jahre eine Einladung der Sozialversicherung zur Früherkennungsmammographie per Post. Die Einladung soll die Frauen an die Früherkennungsuntersuchung erinnern und sie über die Untersuchung informieren.

Bei einem Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS) 3-Befund in der Früherkennungsmammographie kann die Radiologin/der Radiologe einen früheren Wiedereinladungstermin in 6 oder 12 Monaten festlegen. Die Frau erhält daraufhin nach 6 oder 12 Monaten (wie von der Radiologin/vom Radiologen vorgegeben) erneut eine Einladung von der Sozialversicherung zur Mammographie und die e-card wird für die Untersuchung freigeschaltet (= Early Rescreen).

Ergibt eine diagnostische Mammographie BIRADS 3, so erhält die Frau keinen Einladungsbrief für einen Early Rescreen, sondern benötigt abermals eine Zuweisung zur nächsten diagnostischen Mammographie. Für diagnostische Mammographien, die auf Basis eines vorherigen BIRADS 3 Befundes durchgeführt werden, werden sowohl Zuweisungen akzeptiert, die als Zuweisungsdiagnose die „ursprüngliche Diagnose und Kontrolle nach BIRADS 3“ vermerkt haben als auch solche, die als Zuweisungsdiagnose „Besondere medizinische Indikation und Kontrolle nach BIRADS 3“ angeführt haben.

Wird keine weitere diagnostische Mammographie durchgeführt, erhält die Frau die nächste Einladung zum Screening im Rahmen des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms zwei Jahre nach der letzten Mammographie.

Das Einladungsschreiben wird aus den Stammdaten der teilnehmenden Sozialversicherungsträger generiert. Dem Einladungsschreiben liegt eine Standortliste aller teilnahmeberechtigten Standorte des Wohnbundeslandes der Frau bei.

Das Einladungsschreiben ist für alle Frauen so lange gültig, bis die Früherkennungsmammographie von der Frau in Anspruch genommen wird oder die Teilnahme Kriterien nicht mehr erfüllt sind. Durch Stecken der e-card (Buchung einer VM-Konsultation) kann die Erfüllung der Teilnahme Kriterien überprüft werden.

2. Nicht versicherte Frauen

Nicht versicherte Frauen erhalten alle Informationen bzgl. der Programmteilnahme bei der Telefon-Serviceline unter 0800 500 181. Folgendes ist für eine Programmteilnahme nicht versicherter Frauen zu beachten:

Frauen ab 40 Jahren benötigen, auch wenn sie nicht versichert sind, eine Sozialversicherungsnummer, um am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmen zu können. Diese erhalten sie bei der Gebietskrankenkasse in ihrem Wohnbundesland. Anschließend können sie sich bei der Serviceline oder über das Online-Formular auf www.frueh-erkennen.at zur Teilnahme am Programm anmelden. Die Einladung wird ihnen mit der Post zugeschickt.

3. Selbsteinladung („opt-in“)

Die Freischaltung der e-card erfolgt 1-2 Tage nach der Anmeldung. Die Zeitspanne zwischen der Anmeldung und dem Einladungsversand dauert im Regelfall etwa fünf Werktage.

4. Terminvereinbarung

Die Initiative zur Terminvereinbarung mit der radiologischen Einheit erfolgt durch die Frau. Die Frau wird im Einladungsschreiben gebeten, bei einer teilnahmeberechtigten Röntgeneinrichtung einen Termin zu vereinbaren. Sie wird darauf hingewiesen, dass sie die Möglichkeit hat, auch vor der Früherkennungsmammographie eine Ärztin oder einen Arzt ihres Vertrauens für Fragen zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm aufzusuchen. Weiters wird sie informiert, dass für die Untersuchung keine ärztliche Zuweisung benötigt wird.

AUFKLÄRUNG IN DER UNTERSUCHUNGSEINHEIT VOR DURCHFÜHRUNG DER FRÜHERKENNUNGSMAMMOGRAPHIE

1. Aufklärung

Die Aufklärung über die bevorstehende Untersuchung erfolgt auch schriftlich im Zuge des Ausfüllens des Selbstauskunftsbogens (= Anamnesebogen). Im Aufklärungstext ist darauf hinzuweisen, dass eine mündliche Aufklärung durch die Radiologin/den Radiologen erfolgen kann, wenn sich die Probandin durch die schriftliche Aufklärung nicht ausreichend informiert fühlt. Darüber hinaus bietet die schriftliche Aufklärung auch die Möglichkeit, ein auffälliges Befundergebnis und die daraus resultierende Notwendigkeit anzuführen, eine Ärztin/einen Arzt für eine Befundbesprechung und die weitere Abklärung aufzusuchen. Mit ihrer Unterschrift bestätigt die Frau, die schriftliche Aufklärung verstanden zu haben und erklärt damit gegebenenfalls auch den Verzicht auf die mündliche Aufklärung.

Im Selbstauskunftsbogen sind die für die nächsten 14 Tage gültigen Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer) abzufragen.

2. Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Die Probandin ist im Rahmen der Aufklärung in der Untersuchungseinheit darauf hinzuweisen, dass sie ihre Vertrauensärztin/ihren Vertrauensarzt angeben kann. Sollte sie sich hierfür entscheiden, wird die Radiologin/der Radiologe die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt davon in Kenntnis setzen, dass die Frau eine Untersuchung im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (Mammographie und/oder Ultraschall) in Anspruch genommen hat. Eine automatische Befundübermittlung erfolgt jedoch nicht.

In Absprache zwischen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt und Radiologin/Radiologen sowie nach Zustimmung der Frau kann eine Befundübermittlung an die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt erfolgen. Aus dem Programm ergibt sich keine Verpflichtung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, den Befund anzufordern.

UNTERSUCHUNGSPROZESS FRÜHERKENNUNG

1. Mammographie

Die Mammographieaufnahme wird durch eine berufsrechtlich geeignete Person durchgeführt, welche die programmrelevanten Weiterbildungen absolviert hat (dazu gehören die beiden Eingangsschulungen „Multidisziplinärer Kurs“ und „Erstellerkurs“ sowie die erforderliche laufende Fortbildung). Nach Erst- und Zweitbefundung, ggf. Konsensherstellung sowie der Durchführung einer ev. notwendigen Sonographie oder notwendiger Zusatzaufnahmen durch programmteilnehmende Radiologinnen/Radiologen wird das Ergebnis der Untersuchung festgestellt. Die Befundungsschritte sowie das Ergebnis werden in Form des Dokumentationsblatts „Screening“ und eines Befundes dokumentiert.

2. Ultraschalluntersuchung/Sonographie

Eine allfällig durchzuführende Ultraschalluntersuchung (bei American College of Radiology (ACR)-Dichtegrad 3 und ACR 4 bzw. bei abklärungsbedürftigem Befund in der Mammographie) wird durch die Erstbefunderin bzw. den Erstbefunder durchgeführt (unabhängig davon, ob die Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Erst- oder Zweitbefundung veranlasst wurde).

Wird die Ultraschalluntersuchung von der Zweitbefunderin/vom Zweitbefunder veranlasst, wird die Probandin von der Erstbefunderin/vom Erstbefunder wiedereinbestellt.

Wird die Ultraschalluntersuchung in Einheit mit einer Mammographie durchgeführt (unmittelbar oder nach Wiedereinbestellung), sind beide Untersuchungen sowie das Ergebnis in Form des Dokumentationsblatts „Screening“ und eines Befundes zu dokumentieren.

Wird beim Early Rescreen nur eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt (z. B. wenn die Läsion, die nur im Ultraschall zu sehen war, nach 6 oder 12 Monaten (BIRADS 3) nur mittels Ultraschall kontrolliert wird), ist die Untersuchung sowie das Ergebnis in Form des Dokumentationsblatts „Screening US“ und eines Befundes zu dokumentieren.

3. Endbefund

- *SC 3/BIRADS 3 - Early Rescreen:*
Ergibt der Endbefund der Früherkennungsuntersuchung SC 3/BIRADS 3, so kann die Radiologin/der Radiologe im Dokumentationsblatt festlegen, ob die Probandin nach 6 oder 12 Monaten neuerlich eingeladen wird.
- *SC 0/BIRADS 0:*
Ergibt der Endbefund der Früherkennungsuntersuchung SC 0/BIRADS 0, erfolgt die Zuweisung zum bildgebenden Assessment (Magnetresonanztomographie (MRT)) durch die Radiologin/den Radiologen bzw. durch die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt, wenn die Frau diese/diesen zur Befundbesprechung aufsucht.
- *SC 4/BIRADS 4 oder SC 5/BIRADS 5:*
Ergibt der Endbefund der Früherkennungsuntersuchung SC 4/BIRADS 4 oder SC 5/BIRADS 5, erfolgt die Zuweisung zum invasiven Assessment (Biopsie) durch die Radiologin/den Radiologen bzw. durch die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt, wenn die Frau diese/diesen zur Befundbesprechung aufsucht.

Aus haftungsrechtlichen Gründen ist es notwendig, dem Befund – in Abhängigkeit vom BIRADS-Ergebnis – einen entsprechenden Textbaustein hinzuzufügen.

4. Assessment/Behandlung

Das Assessment oder eine allfällig notwendige Behandlung (z. B. Operation) sollte in geeigneten weiterführenden Einrichtungen durchgeführt werden. Die Entscheidung, welche Einrichtung aufgesucht wird, liegt bei der Frau. Derzeit bestehen unverbindliche Empfehlungen, welche Qualitätsvoraussetzungen diese weiterführenden Einheiten zu erfüllen haben. Für eine Einschränkung auf teilnehmende Assessmentstandorte liegt derzeit keine Rechtsgrundlage vor. Sind mehrere Assessment-Untersuchungen notwendig, können diese auch an mehreren Standorten verteilt durchgeführt werden (z. B. MRT und nachfolgende Biopsie).

Die Zuweisungen zum Assessment/zur Behandlung werden durch jene Einrichtung vorgenommen, welche den zuletzt erhobenen Befund bespricht [Radiologin/Radiologe (Screening oder Assessment), Vertrauensärztin/Vertrauensarzt]. Die radiologischen Standorte werden hierfür vom zuständigen Krankenversicherungsträger mit Zuweisungs- bzw. Überweisungsscheinen erstausgestattet bzw. stehen diese zum Download zur Verfügung. Weitere entsprechende Zuweisungs- bzw. Überweisungsscheine können beim zuständigen Krankenversicherungsträger angefordert werden.

Die Bestellung der Zuweisungs- bzw. Überweisungsscheine kann erfolgen über:

- Homepage der NÖGKK: www.noegkk.at

Online-Bestellservice:

Vertragspartner / Ärzte&Apotheken / Organisatorisches / Drucksortenbestellung für Vertragspartner

Downloadmöglichkeit:

Vertragspartner / Ärzte&Apotheken / Organisatorisches / Formulare

- Service-Center:

Eine telefonische Anforderung ist weiterhin möglich, genauso die Bestellung per Fax oder E-Mail beim nächstgelegenen Service-Center. Ein Ansprechpartner-Verzeichnis für das Service-Center Ihres Bezirkes wurde Ihnen bereits übermittelt.

- Regionalstelle Niederösterreich bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (siehe S. 17)

DATENÜBERMITTLUNG

1. Früherkennungsuntersuchung

Die Dokumentation und Datenübermittlung an die Datenhaltestelle erfolgt für die Früherkennungsuntersuchung durch die Erstbefunderin/den Erstbefunder (für Mammographie, Ultraschall und Zweitbegutachtung der Mammographie). Wird die Ultraschalluntersuchung in Einheit mit einer Mammographie durchgeführt (unmittelbar oder nach Wiedereinbestellung), sind beide Untersuchungen sowie das Ergebnis in Form des Dokumentationsblatts „Screening“ zu dokumentieren und die entsprechenden Daten an die Datenhaltestelle zu übermitteln.

Wird beim Early Rescreen nur eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt (z. B. wenn die Läsion, die nur im Ultraschall zu sehen war, nach 6 oder 12 Monaten (BIRADS 3) nur mittels Ultraschall kontrolliert wird), ist die Untersuchung sowie das Ergebnis in Form des Dokumentations-

blatts „Screening US“ zu dokumentieren und die entsprechenden Daten an die Datenhaltestelle zu übermitteln.

Eine Leermeldung für Früherkennungsuntersuchungen ist im Programm nicht vorgesehen.

2. Diagnostische („Kurative“) Untersuchung

Die Datenübermittlung erfolgt analog zum Screening, wobei eigene Dokumentationsblätter zur Verfügung stehen.

Für diagnostische (kurative) Mammographien besteht – auf Wunsch der Frau – auch die Möglichkeit einer Leermeldung (Kurative Mammographie Leermeldung). Hier werden keine medizinischen Daten an die Datenhaltestelle übermittelt.

BEFUNDVERSAND

1. Befundabholung durch bzw. Befundversand an die Probandin

Der Befund kann von der Frau persönlich bei der Radiologin/beim Radiologen abgeholt werden oder wird von der Untersuchungseinheit an die Probandin verschickt. Dazu hat die Frau im Selbstauskunftsbogen (= Anamnesebogen) jene Kontaktdaten anzugeben, unter denen sie die nächsten 14 Tage erreichbar ist. Bei auffälligem Befund hat das Schreiben eine deutliche Aufforderung zur Befundbesprechung bei der Radiologin/dem Radiologen oder auf Wunsch der Frau bei der Vertrauensärztin/dem Vertrauensarzt zu beinhalten.

Aus haftungsrechtlichen Gründen ist es notwendig, dem Befund – in Abhängigkeit vom BIRADS-Ergebnis – einen entsprechenden Textbaustein hinzuzufügen.

2. Unklarer bzw. auffälliger Befund (BIRADS 0/4/5)

Aus haftungsrechtlichen Gründen wird empfohlen, das nachfolgende Prozedere genau einzuhalten:

- Nach dem Versand eines auffälligen Befundes ist mittels Anrufes bzw. Rückscheinbriefes durch die Untersuchungseinheit sicherzustellen, dass die Frau diese Information erreicht hat. Dies kann entweder durch telefonische Kontakte (bei Nicht-Erreichen bis zu 3 Mal) erfolgen, wobei diese Telefonate zu dokumentieren sind, bei endgültigem Nicht-Erreichen bzw. sofort als Alternative durch Briefversand mittels Rückscheinbriefes bis zu 2 Mal (im Mindestabstand von 4 Wochen, um längere Abwesenheiten wie Urlaube, etc. abzudecken).
- Wurde die Probandin trotz dieser dokumentierten Vorgehensweise nicht erreicht, endet die Verantwortung (Haftung) der radiologischen Untersuchungseinheit. Im Falle eines Telefo-

nats mit der Probandin hat dieses Telefonat eine deutliche Aufforderung zur Abklärung/Befundbesprechung bei der Radiologin/dem Radiologen oder auf Wunsch der Frau bei der Vertrauensärztin/dem Vertrauensarzt zu beinhalten.

- *Der Rückscheinbrief muss (wie der Befund selbst) in den bereits angeführten Sprachen deutlich darauf hinweisen, dass ein Abklärungs-/Befundgespräch notwendig ist.*

3. Befundversand an die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt

Es findet keine automatische Befundübermittlung an die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt statt. Weiters ergibt sich aus dem Programm keine Verpflichtung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, den Befund anzufordern.

Der Probandin ist jedoch die Möglichkeit einzuräumen, im Zuge der Aufklärung bei der Radiologin/dem Radiologen, eine Vertrauensärztin/einen Vertrauensarzt anzugeben. Hat die Probandin eine Vertrauensärztin/einen Vertrauensarzt angegeben, wird diese/dieser von der Untersuchungseinheit schriftlich darüber informiert, dass die Frau eine Früherkennungsuntersuchung im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms in Anspruch genommen hat.

In Absprache zwischen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt und Radiologin/Radiologen sowie nach Zustimmung durch die Probandin kann eine Befundübermittlung an die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt erfolgen.

ABKLÄRUNGSGESPRÄCH/BEFUNDBESPRECHUNG

1. Terminvereinbarung durch die Probandin

Die Verantwortung, ob die Frau bei einem auffälligen Befund (BIRADS 4 oder 5) ein Abklärungsgespräch über den Befund und die weitere Vorgehensweise mit einer Ärztin/einem Arzt durchführt, liegt – sofern von der Radiologin/vom Radiologen die vorangegangenen Prozessschritte eingehalten wurden – bei der Frau.

2. Durchführung

Das Befundabklärungsgespräch kann von der Screening-Radiologin/vom Screening-Radiologen oder von einer Vertrauensärztin/einem Vertrauensarzt der Frau durchgeführt werden.

ÄNDERUNGEN IN DER BUCHUNG IM E-CARD SYSTEM

1. Früherkennungsmammographien

Mit Programmstart wurde der Systemwechsel von Mammographien im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung (VU) auf Früherkennungsmammographien im Rahmen des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms durchgeführt.

Voraussetzungen für die Abrechnung der Früherkennungsmammographien sind,

- dass die Leistung über das e-card System gebucht (Vorsorgeuntersuchung Mammographie-Konsultation)
- und das entsprechende Dokumentationsblatt übermittelt wurde.

Das ist nur für am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmende Screening-Standorte möglich.

2. Diagnostische („kurative“) Mammographien

Diagnostische Konsultationen können im e-card System wie bisher gebucht werden. Die Abrechnung wird aber auf jene Standorte beschränkt, die die Qualitätsvoraussetzungen erfüllen und die notwendige Dokumentation übermitteln.

3. Nicht versicherte Frauen

Bei nicht versicherten Frauen im Früherkennungsprogramm ist die Konsultation – wenn die Frau keine e-card hat – mit der O-Card (Ordinationskarte) zu buchen. Die Sozialversicherungsnummer ist am Einladungsschreiben aufgedruckt.

DOKUMENTATION

1. Dokumentationsmöglichkeiten

Die Dokumentation und korrekte Übermittlung der relevanten Dokumentationen ist sowohl für die Früherkennungsmammographie als auch für die diagnostische („kurative“) Mammographie Voraussetzung für die Abrechnung der erbrachten Leistungen. Für die Dokumentation gibt es zwei Möglichkeiten:

- In die Arztsoftware integrierte Dokumentation
- Dokumentation über die Web-Schnittstelle

Die Datenübermittlung hat regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich, zu erfolgen.

Die Software-Firmen wurden über die Vorgaben zur Datenübermittlung und den Dokumentationsblättern informiert.

2. Dokumentationsblätter

Folgende Dokumentationsblätter stehen zur Verfügung und sind daher anzuwenden:

- Dokumentationsblatt „Screening“: zu dokumentieren bei Früherkennungsmammographie und der sich allenfalls daraus ergebenden Ultraschalluntersuchung (auch bei Wiedereinbestellung)
- Dokumentationsblatt „Kurative Mammographie“: zu dokumentieren bei diagnostischer („kurativer“) Mammographie und der sich allenfalls daraus ergebenden oder angeforderten Ultraschalluntersuchung. Kurative Mammographien bei Männern sind nicht zu dokumentieren
- Dokumentationsblatt „Kurative Mammographie Leermeldung“: zu dokumentieren bei kurativer Mammographie, bei der die Frau einer Datenübermittlung an die Datenhaltestelle nicht zustimmt oder beispielsweise bei Privatpatientinnen (z. B. ausländische Probandinnen, Probandinnen von inländischen - aber nicht programmteilnehmenden - Krankenversicherungsträgern, privat versicherte Frauen)
- Dokumentationsblatt „Screening Ultraschall“: zu dokumentieren, wenn im Rahmen des Früherkennungsprogramms ausschließlich eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt wird oder wenn beim Early Rescreen im Rahmen des Früherkennungsprogramms ausschließlich eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt wird (z. B. Kontrolluntersuchung bei BIRADS 3, wenn die Läsion in der Voruntersuchung nur im Ultraschall zu sehen war)
- Dokumentationsblatt „Kurativer Ultraschall“: zu dokumentieren, wenn ausschließlich ein kurativer Ultraschall (mittels Zuweisung) durchgeführt wird

ABRECHNUNG

1. Allgemeines

Im Zuge der Umsetzung des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes in Niederösterreich kommt es für die Dauer des Programmes zu Änderungen bzw. Neuerungen in Bezug auf die Abrechnungspositionen für Mammographie bzw. Mammasonographie in den Honorarordnungen zum Gesamtvertrag vom 21.03.1994 bzw. zum Gruppenpraxen-Gesamtvertrag für Radiologie vom 22.02.2006.

Diesbezüglich ist für alle Positionen anzumerken, dass eine Verrechnung von Leistungen der bisherigen Stufe 3 (Analog ohne Archivierung) nicht mehr möglich ist.

2. Früherkennungsmammographie

Zuweisungen zur Vorsorgeuntersuchung Mammographie sind nicht mehr als Kassenleistung abrechenbar.

Folgende Abrechnungspositionen stehen nunmehr zur Abrechnung zur Verfügung:

- **Pos. Nr. 596 und 696:**
für die Mammographie im Rahmen des BKFP, pro Seite
[ersetzt die bisherige Mammographie im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung]
- **Pos. Nr. 68 und 168:**
für die Mammasonographie je Seite im Rahmen des BKFP; bei Dichtegrad ACR 3 und 4
sowie im Falle eines suspekten Mammographiebefundes
- **Pos. Nr. 69 und 169:**
für die ReScreen – Mammasonographie je Seite im Rahmen des BKFP

Bei Auffälligkeiten oder dichtem Brustgewebe entscheidet die Radiologin/der Radiologe im Rahmen der Früherkennungsmammographie über die Notwendigkeit einer ergänzenden Sonographie (medizinische Indikation bei BIRADS 0, 3, 4 oder 5 bzw. ACR Dichtegrad 3 oder 4).

Wenn eine Frau trotz unauffälligem Mammographiebefund ausdrücklich eine zusätzliche Sonographie wünscht, ist dies aus berufsrechtlicher Sicht möglich. Allerdings ist eine ausführliche und umfassende Aufklärung der (gesunden) Frau über die Sinnhaftigkeit der Untersuchung bzw. das Fehlen einer medizinischen Notwendigkeit durch die Ärztin/den Arzt unbedingt erforderlich und stellt eine wichtige Voraussetzung für die berufsrechtliche Zulässigkeit der Untersuchung dar. Im Hinblick auf die Abrechnung ist jedoch zu beachten, dass bei Vorliegen eines gemeinsamen Tarifs für VU-Leistung und Sonographie („Gesamtkassenleistung“) keine Abrechnung auf Privathonorarbasis möglich ist. Wenn keine „Gesamtkassenleistung“ vorliegt, d.h. wenn die Sonographie extra honoriert wird, kann die Sonographie auf Privathonorarbasis in Anspruch genommen werden. Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht nicht. Darüber ist die Frau von der Ärztin/dem Arzt aufzuklären.

Für Frauen, die zu einer Früherkennungsmammographie kommen, ist im e-card System eine Vorsorgeuntersuchung Mammographie-Konsultation zu buchen und die Screening-Untersuchung ist mit folgenden Dokumentationsblättern zu dokumentieren:

- *Screening-Dokumentation: wenn eine Mammographie mit Doppelbefundung und optional ein Ultraschall durchgeführt wird (Datenblatt „Screening“)*

- *Screening-Ultraschalldokumentation: wenn im Rahmen des Screening aus medizinischen Gründen keine Mammographie, sondern nur ein Ultraschall durchgeführt wird (z. B. Early Rescreen mit ausschließlichem Ultraschall) (Datenblatt „Screening Ultraschall“)*

3. Diagnostische („kurative“) Mammographie

Für diagnostische Mammographien, die ab dem 01.07.2014 ohne Berücksichtigung der gültigen Indikationenliste erbracht werden, besteht kein Abrechnungsanspruch.

Für die Abrechnung der diagnostischen („kurativen“) Mammographie kommen nunmehr folgende Abrechnungspositionen zur Anwendung:

- **Pos. Nr. 583 und 683):**
für die Mammographie, pro Seite
- **Pos. Nr. 65 und 165:**
für die Mammasonographie je Seite [die bisherige Einschränkung „bei pathologischem Mammographiebefund“ entfällt]

Für eine diagnostische Mammographie ist im e-card System eine Zuweisung zu buchen und die Mammographie ist mit den kurativen Dokumentationsblättern zu dokumentieren.

- *Kurative Mammographie Dokumentation: wenn eine Mammographie und optional ein Ultraschall durchgeführt wird (Datenblatt „Kurative Mammographie“)*
- *Kurative Mammographie Leermeldung: bei Verweigerung der Datenweitergabe durch die Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie (Datenblatt „Kurative Mammographie Leermeldung“)*
- *Kurative Ultraschalldokumentation: wenn aus medizinischen Gründen keine Mammographie, sondern nur ein Ultraschall durchgeführt wird (Datenblatt „Kurativer Ultraschall“)*

4. Einladungsbrief und Abrechnung

Der Einladungsbrief wird im Zuge der Abrechnung nicht benötigt – weder für Frauen der Kernzielgruppe von 45 bis 69 Jahren, noch für Frauen von 40 bis 44 Jahren und ab 70 Jahren, die sich zur Teilnahme am Programm angemeldet haben.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Weiterführende Informationen zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm erhalten Ärztinnen und Ärzte, Frauen und alle Interessierten telefonisch oder im Internet.

1. Kostenlose Telefon-Serviceline

Telefonnummer: 0800 500 181 (Mo-Fr von 08:00 bis 18:00 Uhr).

2. Webseite

Die Koordinierungsstelle des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms stellt Informationen unter www.frueh-erkennen.at zur Verfügung.

3. Koordinierungsstelle

Die Koordinierungsstelle steht Ihnen darüber hinaus per E-mail bzw. auch telefonisch zur Verfügung.

E-mail: info@frueh-erkennen.at

Telefonnummer: 01-60122-3709 (Mo-Fr von 10:00 bis 12:00 Uhr)

4. Regionalstelle NÖ

*Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Ärztereferat-Innenrevision-Controlling (ÄIRCON)*

Kremser Landstraße 3

A-3100 St. Pölten

Ansprechpartnerin: Frau Bernadette HÖHRHAN, BA

Mail: bernadette.hoehrhan@noegkk.at

Tel.: 050 899 - 3217

Fax: 050 899 – 3280

Feststellungen der Vertragspartnerkontrolle

Die Nö. Gebietskrankenkasse ist auf Grund gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen verpflichtet, die Arztleistungsabrechnungen der Vertragsärztinnen und -ärzte routinemäßig zu überprüfen. Eine Analyse der Überprüfungsergebnisse zeigt, dass sich gewisse Beanstandungen immer wiederholen.

Nachfolgend werden die häufigsten Feststellungen der Vertragspartnerkontrolle angeführt, damit die Vertragsärztinnen und -ärzte bei künftigen Abrechnungen auf konkrete Hinweise der Kasse zurückgreifen können.

1. Leistungsverrechnung

Es werden nach wie vor Leistungen in relativ großer Zahl abgerechnet, obwohl keine Krankenbehandlung im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen erfolgte. Es handelt sich hierbei vor allem um die alleinige Konsultation wegen Maßnahmen zur Empfängnisverhütung (Verordnung von Antibabypillen, Verabreichung der „Dreimonats-Injektion“), die Verabreichung diverser prophylaktischer Impfungen (FSME, DPT, Tetanus-Auffrischung), aber auch um die Durchführung verschiedener Sport-, Schul- und Feuerwehrtauglichkeitsuntersuchungen bzw. von Blutuntersuchungen nach Führerscheinentzug.

2. Abrechnung von Tagesvisiten und Wegegebühren

Die Vertragspartnerkontrolle musste immer wieder beanstanden, dass bei Familien- bzw. Heimbesuchen für sämtliche Patientinnen/Patienten die Pos. 1 (Tagesvisite an Werktagen) verrechnet wurde.

Differenzen ergaben sich auch durch wiederholte Mehreintragungen von Tagesvisiten sowie Tag- und Nachtdoppelkilometern.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass Hausbesuche ohne vorherige Berufung getätigt werden bzw. die medizinische Indikation nicht vorliegt (Patientenservice, Heilmittelzustellung etc.).

3. Fehlverrechnungen von Einzelleistungen

Am häufigsten festgestellte Fehlverrechnungen von Einzelleistungen waren:

- Pos. 6 (Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen) – Patientinnen/ Patienten wurden von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt in die Ordination bestellt.
- Pos. 8 (Tagesordination außerhalb der üblichen Sprechstunden) – Konsultation erfolgte während der üblichen Sprechstunde oder auf Bestellung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes *bzw. aufgrund langer Wartezeit erst außerhalb der Sprechstunde*; Mehreintragungen der Pos. Nr.
- Pos. 9 (Ordination mit eingeschränktem Leistungsumfang) – Verrechnung erfolgt für administrative Tätigkeiten (Terminvergabe etc.)
- Pos. 12 (Ordination) – Keine persönliche Konsultation der Vertragsärztin/des Vertragsarztes in der Ordinationsstätte, automatisch zu Behandlungsbeginn im Quartal.
- Pos. 19 (ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patienten) – Oftmals wird diese Leistung automatisch am ersten Behandlungstag verrechnet.
- Pos. 110 (Intramuskuläre, intracutane, subcutane Injektion) – Verrechnung der Position bei Verordnung diverser prophylaktischer Impfungen (siehe Ziffer 1) sowie Mehreintragungen.
- Pos. 122 (intraarticuläre Injektion in große Gelenke) – Verrechnung, obwohl lediglich eine Injektion von Hyaluronsäure (=keine Kassenleistung) erfolgt.
- Pos. 333 (Tonaudiometrie) – Oftmals wird diese Leistung im Voraus ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation erbracht.
- Pos. 420 (Chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwülsten – wie z. B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Molluska, Papillome, Keloide u. ä. – ohne Naht) – Mehrmalige Behandlung der gleichen Warze.
- Pos. 656 (Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) – Verrechnung der Position bei Verabreichung prophylaktischer Impfungen (siehe Ziffer 1) oder bei Verrechnung in Verbindung mit der Pos. 9.

Pos. 683 (Psychotherapeutische Sitzung) – Unterschreitung der Mindestdauer.

Pos. 723 (Manuelle Massage) – Massagen werden von Assistentinnen und Assistenten durchgeführt, für die kein Befähigungsnachweis vorliegt.

Laborparameter werden nicht individuell festgelegt, sondern anhand vordefinierter Profile (Laborblocks) durchgeführt.

Zu folgenden Themen wird eine Konkretisierung vorgenommen, um künftigen Missverständnissen vorzubeugen:

1. Diagnostik der Osteoporose – Densitometrie

Die im Oktober 2005 erschienene Ausgabe "Osteoporose" der Initiative Arznei und Vernunft

http://www.arzneiundvernunft.at/uploads/201005LeitlinieOsteoporoseKnochenbruchKrankheit_207_DE.pdf) beschäftigt sich ausführlich mit der Diagnostik. Die Evaluierung der Umsetzung der Empfehlungen von A&V lässt eine kurze Wiederholung der Kernaussagen zur Diagnostik sinnvoll erscheinen:

- Eine ausführliche Anamnese zur Risikoerfassung sowie die klinische Untersuchung stellen die unverzichtbare Basis der Diagnostik dar.
- Eine Indikation zur Knochendichtemessung besteht bei
 - Frauen ab dem 65. Lebensjahr
 - Postmenopausalen Frauen ab dem 60. Lebensjahr, wenn Risikofaktoren vorliegen (Risiko-Checkliste)
 - Männern ab dem 70. Lebensjahr
 - Erwachsenen mit einer Fragilitätsfraktur
 - Erwachsenen mit Erkrankungen, welche mit niedriger Knochendichte oder raschem Knochendichteverlust assoziiert sind
 - Erwachsenen, welche Medikamente einnehmen müssen, die den Knochenverlust beschleunigen

Diagnostik und allenfalls Beginn einer spezifischen Therapie bilden eine Einheit und sollten dann stattfinden, wenn das Risiko, eine osteoporotische Fraktur zu erleiden, ansteigt (s. o.). Wiederholungsmessungen sind im Regelfall erst nach 3 – 5 Jahren zu empfehlen (empfohlene Mindesttherapiedauer).

2. Vorsorgeuntersuchung in Kombination mit kurativen Leistungen

Die Vorsorgeuntersuchung zielt darauf ab, bei Menschen, die sich augenscheinlich guter Gesundheit erfreuen, Krankheiten im Frühstadium oder Risikofaktoren zu erkennen. Hauptaugenmerk wird dabei auf die Früherkennung sogenannter Volkskrankheiten gelegt. In der Praxis zeigt sich leider immer wieder, dass in einzelnen Ordinationen individuelle Erweiterungen (*EKG, Lungenfunktion, Ergometrie, zusätzliche Laborparameter, automatische Überweisung zum Ultraschall, Densitometrie, etc.*) des durch den Vorsorgeuntersuchungsgesamtvertrag, abgeschlossen zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Österreichischer Ärztekammer, vereinbarten Vorsorgeprogrammes routinemäßig, d. h. ohne klinischen Anhaltspunkt als Screeningmaßnahme, Platz greifen. Dafür fehlt sowohl die wissenschaftliche Basis als auch die vertragliche Regelung, der Krankenversicherung entstehen jedoch nicht unbeträchtliche Zusatzkosten.

Es wird ersucht, die Vorsorgeuntersuchung dazu zu nutzen, die Eigenverantwortung der Versicherten durch Beratung auf Basis der ermittelten Ergebnisse (bereits bestehende Krankheiten, Risikofaktoren für die Neuentstehung von Krankheiten) zu fördern. Der Gesundheitsvorteil für Personen, die an Vorsorge-/Früherkennungsprogrammen teilnehmen, ist durch zahlreiche internationale Studien belegt.

3. Aufbewahrung von Rezepten

Aus gegebenem Anlass wird in Erinnerung gerufen, dass Rezepte sowohl im Bereich der Rezeption als auch im Bereich der Behandlungsräume geschützt vor Zugriffen Unbefugter aufbewahrt werden müssen.