SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
SELBSTÄNDIGEN

SVS-Gruppenpraxengesamtvertrag

Stand 01.01.2026

Inhaltsübersicht

		Seite
Gesamtvertrag	.....	
§ 1	Geltungsbereich	1
§ 2	Sprachliche Gleichbehandlung	1
§ 3	Subsidiarität	1
§ 4	Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsgruppenpraxen	1
§ 5	Neugründung einer Gruppenpraxis durch Zusammenschluss von Vertragsärzten bzw. von Vertragsgruppenpraxen	1
§ 6	Neugründung einer Gruppenpraxis durch Erweiterung einer Einzelpraxis	2
§ 7	Erweiterung einer bestehenden Gruppenpraxis	2
§ 8	Neugründung einer Gruppenpraxis durch Nichtvertragsärzte	2
§ 9	Reihung der Bewerber	2
§ 10	Einzelvertragsverhältnis	3
§ 11	Wechsel der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis	3
§ 12	Reduktion der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis	3
§ 13	Tod bzw. Ausscheiden eines Gesellschafters	4
§ 14	Auflösung einer Vertragsgruppenpraxis	4
§ 15	Beendigung des Gruppenpraxeneinzelvertragsverhältnisses	4
§ 16	Standort/Wechsel des Standortes	4
§ 17	Behindertengerechte Ordination	5
§ 18	Ordinationszeiten	5
§ 19	Nebentätigkeiten der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis	6
§ 20	Organisation einer Vertragsgruppenpraxis	6
§ 21	Ärztliche Behandlung	6
§ 22	Umfang der Krankenbehandlung	7
§ 23	Leistungen	7
§ 24	Vertretung	8
§ 25	e-card – Rechte und Pflichten der Vertragsgruppenpraxis	8
§ 26	Nachweis der Anspruchsberechtigung	9
§ 27	Verrechenbarkeit bei Nichtvorlage der e-card	9
§ 28	Behandlung in der Ordination	9
§ 29	Krankenbesuch	10
§ 30	Fachärztliche Leistungen in Vertragsgruppenpraxen	10
§ 31	Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen	11
§ 32	Behandlungspflicht	11
§ 33	Operationen	11
§ 34	Wechsel der Vertragsgruppenpraxis bzw. des Behandlers	11
§ 35	Ablehnen der Behandlung	11
§ 36	Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst	11
§ 37	Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen/Hilfsmitteln	12

§ 38	Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und elektronische Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch die Vertragsgruppenpraxis	12
§ 39	Anstaltspflege und Beförderungskosten	13
§ 40	Freiwillige Leistungen	13
§ 41	Mutterschaft	13
§ 42	Auskunftserteilung	14
§ 43	Administrative Mitarbeit	14
§ 44	Honorierung der Vertragsgruppenpraxis	15
§ 45	Rechnungslegung	15
§ 46	Voraussetzung für die EDV-Rechnungslegung	16
§ 47	Eignung des EDV-Abrechnungssystems	16
§ 48	Durchführung der EDV-Rechnungslegung	16
§ 49	Kosten der EDV-Rechnungslegung	17
§ 50	Honoraranweisung, Honorarabzüge und Honorareinbehalt	17
§ 51	Gegenseitige Unterstützungspflicht	17
§ 52	Zusammenarbeit der Vertragsgruppenpraxis mit dem chef(vertrauens)ärztlichen Dienst	18
§ 53	Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss	18
§ 54	Verfahren bei Streitigkeiten	18
§ 55	Gültigkeit	19
§ 56	Verlautbarung	19
§ 57	Wirksamkeitsbeginn	19

Anhang 1
Stellenplan

Anhang 2
Barrierefreie Ordination

Anhang 3
Muster Gruppenpraxiseinzelvertrag

Anlage 1

Honorarordnung 1
Abkürzungsschlüssel 1
Allgemeine Bestimmung 2

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen 4
I. Grundleistungen 4
1. Ordination (Arzt f. Allgemeinmedizin) 4
2. Krankenbesuch (Arzt f. Allgemeinmedizin) 4
3. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt f. Allgemeinmedizin) 4
4. Zuschlag für Konsilium (Arzt f. Allgemeinmedizin) 4
5. Ordination (Facharzt) 4
6. Krankenbesuch (Facharzt) 5
7. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt) 5
8. Zuschlag für Konsilium (Facharzt) 5
9. Wegegebühren 5
9.1 Koordinierung 6
9.2 Heilmittelberatungsgespräch 6

II. Diagnose- und Therapiegespräche 7
1. TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache 7
2. PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch 7
3. Substitutionsbehandlung 8
4. Rheumatische Therapieeinstelung mit Biologia 8

III. Allgemeine Sonderleistungen 9
10. Blutabnahme 9
11. Injektionen 9
12. Infiltrationen 9
13. Infusionen 9
14. Implantationen 9
15. Impfung 10
16. Punktion (diagnostisch) 10
17. Punktion (therapeutisch) 10
18. Betäubung – Wiederbelebung 10
19. Endoskopien 10
20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt 12
21. Sonstige ärztliche Verrichtungen 12

IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde und Optometrie 12
22. Untersuchungen 12
23. Fremdkörperentfernung 13
24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen 13

V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie 13

25. Wundversorgung 13
26. Kleine operative Eingriffe 14
27. Verbände 14
28. Gipsmodell für orthopädische Behelfe 14
29. Knochenbrüche 14
30. Frauenheilkunde 15
31. Geburtshilfe 15

VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 15

32. Untersuchungen 15
33. Therapeutische Verrichtungen 16

VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin 16

34. Untersuchungen und Behandlungen 16

VIIIa. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Lungenheilkunde 17

34. Untersuchungen und Behandlungen 17

VIIIb. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendheilkunde 18

34. Untersuchungen und Behandlungen 18

IX. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie 19

35. Untersuchungen 19
36. Therapeutische Verrichtungen 19

X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie 20

37. Untersuchungen 20
38. Therapeutische Verrichtungen 20
39. Allergiebehandlung 21

Xa Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie..... 21

Besondere Bestimmungen 21

40. Diagnostik..... 21
41. Behandlung 21
42. Vernetzungsleistung..... 21

Xb Sonderleistung aus dem Gebiet der Psychiatrie 22

Besondere Bestimmungen 22

45. Untersuchungen 22

XI. Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte 24

Besondere Bestimmungen 24

1. Massage 24
2. Gymnastik 24
3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen 24
4. Inhalationen 24
5. Buckybestrahlung 24
6. Klimakammer 24
7. Hydrotherapie und Packungen 24

XII. Sonographische Untersuchungen 25

Besondere Bestimmungen 25
Ultraschalldiagnostik 25
Small-parts-Diagnostik 26
Doppler-Diagnostik 26
Farbduplex-Diagnostik 27
Echokardiographie 27

XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte 27

Besondere Bestimmungen 27
Durchleuchtungen 27
Aufnahmen 28

XIV. Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte..... 28

Besondere Bestimmungen 28

B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ... 29

Besondere Bestimmungen 29

Operationshonorar 30

1. Operation 30
2. Ärztliche Assistenz 30
3. Narkose (außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie) 30
4. Narkose durch den Facharzt für Anaesthesiologie 30
5. Regiezuschlag 30

Operationsgruppenschema für

Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte 31
Augenheilkunde 31
Chirurgie, Unfall- u. Neurochirurgie 32
Haut- und Geschlechtskrankheiten 34
Frauenheilkunde und Geburtshilfe 34
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten 35
Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenkrankheiten,
Neurologie und Psychiatrie, Anaesthesiologie 36
Orthopädie und orthopädische Chirurgie 36
Urologie 37

C. Physikalische Behandlung durchFachärzte für Physikalische Medizin 38
Besondere Bestimmungen 38

Tagsatzpauschale 38

Teilmassage 38

Bewegungstherapie und medizinische Bewegungstherapie 38

Thermotherapie 39

Elektrotherapie 39

Ultraschalltherapie 39

Hydrophysikalische Therapie 39

Sonstige Therapie 39

D. Laboruntersuchungen 40
Besondere Bestimmungen 40

1. Hämatologische Untersuchungen 41
2. Blutgerinnung 41
3. Stoffwechseluntersuchungen 42
4. Enzyme 42
5. Harn(Urin)untersuchungen 43
6. Konkrementuntersuchungen 43
7. Stuhluntersuchungen 43
8. Sekretuntersuchungen 43
9. Punktatuntersuchungen 44
10. Blutgruppenserologie 44
11. Immunologisch-serologische Untersuchungen 44
12. Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen 46
13. Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen..... 47
14. Hormone 48
15. Funktionsproben 48
16. Histologie-Zytologie 48
18. Entnahme von Untersuchungsmaterial 49
51. Gynäkologische Zytologie 49
52. Extragenitale Zytolgie 50
53. Mikrobiologie 50
54. Histologie 51

E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie 52

Besondere Bestimmungen 52

Röntgendiagnostik 54

Organtarif 54
Formatetarif 56
Unkosten 56

Röntgentherapie 57

9. Tarifgruppe I 57
10. Tarifgruppe II 58
11. Tarifgruppe III 59
12. Tarifgruppe IV 59
13. Tarifgruppe V 59
14. Tarifgruppe VI 59
15. Tarifgruppe VII 59
16. Tarifgruppe VIII 59
17. Tarifgruppe IX 59
18. Tarifgruppe X 60
20. Buckybestrahlung 60
21. Radiumtherapie 60

Anhang 61
1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass 61
2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen 61
Punktewert..... 62

GRUPPENPRAXENGESAMTVERTRAG

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

§ 1
Geltungsbereich

Der Gruppenpraxengesamtvertrag regelt das Verfahren zum Abschluss von Gruppenpraxeneinzelverträgen, die Rechte und Pflichten von Vertragsgruppenpraxen und Gesellschaftern von Vertragsgruppenpraxen sowie die Beziehungen der Parteien des Gruppenpraxengesamtvertrages und die Beziehungen der Parteien des Gruppenpraxeneinzelvertrages zueinander.

§ 2
Sprachliche Gleichbehandlung

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

§ 3
Subsidiarität

Für den Fall, dass zwischen einer Landesärztekammer und der Österreichischen Gesundheitskasse (im Folgenden kurz ÖGK) ein Gruppenpraxengesamtvertrag für ein Bundesland existiert, gelten dessen Regelungen (ausgenommen die Honorierung und Stellenplan) auch für den Bereich der SVS. Unbeschadet dessen gelten jedenfalls die Bestimmungen §§ 4, 10 (ausgenommen Abs. 4), 19 (ausgenommen Abs. 2), 21 - 23, 25 - 27, 28 – 34, 37 - 55 dieses Gesamtvertrages.

§ 4
Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsgruppenpraxen

(1) Die Zahl und die örtliche Verteilung der Vertragsgruppenpraxen werden unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten und der diesbezüglichen Planungen in den Bundesländern im Einvernehmen zwischen örtlich zuständiger Ärztekammer und SVS im Anhang 1 festgesetzt.

(2) Bei der Besetzung einer Planstelle der ÖGK wird auch ein SVS-Einzelvertrag vergeben.

(3) Unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort der Versicherten ist die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung sicher zu stellen. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder Vertragsgruppenpraxen oder einem Vertragsarzt und einer Vertragsgruppenpraxis freigestellt sein.

(4) Wird von einer Vertragsgruppenpraxis, die Gruppenpraxeneinzelverträge mit der ÖGK und der SVS hat, lediglich ein bestehender Gruppenpraxeneinzelvertrag mit der ÖGK zurückgelegt, gilt diese Zurücklegung auch für das Vertragsverhältnis zur SVS.

§ 5
Neugründung einer Gruppenpraxis durch Zusammenschluss von Vertragsärzten bzw. von Vertragsgruppenpraxen

(1) Beabsichtigen zwei oder mehrere Vertragsärzte bzw. ein Vertragsarzt und eine Vertragsgruppenpraxis bzw. zwei oder mehrere Vertragsgruppenpraxen die Gründung einer Gruppenpraxis, haben sie dies bei der SVS im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer zu beantragen.

(2) Nach Zustimmung der Vertragsparteien über den Antrag wird der Antragssteller im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.

(3) Bisher bestehende Einzelverträge von Ärzten, die nun Gesellschafter der neuen Vertragsgruppenpraxis sind, treten mit dem Datum des Inkrafttretens des Gruppenpraxeneinzelvertrages außer Kraft.

§ 6
Neugründung einer Gruppenpraxis durch Erweiterung einer Einzelpraxis

(1) Beabsichtigt ein Vertragsarzt die Gründung einer Gruppenpraxis, hat er dies bei der SVS im Wege der zuständigen Ärztekammer zu beantragen.

(2) Nach Zustimmung der Vertragsparteien über den Antrag wird der Antragssteller im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.

(3) Sofern die Neugründung einer Gruppenpraxis befürwortet wird, ist der Gruppenpraxenanteil umgehend, längstens jedoch 6 Monate nach Zustimmung der Vertragsparteien (Abs. 2), auszuschreiben. Diese Frist kann auf Antrag erforderlichenfalls im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS verlängert werden.

(4) Für Reihung und Auswahl der Bewerber gilt § 9.

(5) Bisher bestehende Einzelverträge von Ärzten, die nun Gesellschafter der neuen Vertragsgruppenpraxis sind, treten mit dem Datum des Inkrafttretens des Gruppenpraxeneinzelvertrages außer Kraft.

§ 7
Erweiterung einer bestehenden Gruppenpraxis

(1) Beabsichtigt eine Vertragsgruppenpraxis die Aufnahme weiterer Gesellschafter, hat sie dies bei der SVS im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer zu beantragen.

(2) Nach Zustimmung der Vertragsparteien über den Antrag wird der Antragssteller im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.

(3) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 4 und 5.

§ 8
Neugründung einer Gruppenpraxis durch Nichtvertragsärzte

(1) Kommen die SVS und die örtlich zuständige Ärztekammer überein, aus versorgungstechnischen Gründen ein bestimmtes Versorgungsgebiet zum Standort einer künftig zu gründenden Gruppenpraxis zu bestimmen, ist die Gruppenpraxis auszuschreiben.

(2) Bei der Auswahl der Vertragsgruppenpraxis sind die sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärzte als Team zu bewerten. Eine Bewerbung eines Arztes in mehreren Teams für ein und dieselbe ausgeschriebene Stelle ist unzulässig.

(3) Für Reihung und Auswahl der Bewerber gilt § 9.

(4) Die Festlegung des konkreten Ordinationsstandortes nach Vorschlag des bestgereihten Bewerberteams bedarf der Zustimmung der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS.

(5) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 4 bis 5.

§ 9
Reihung der Bewerber

(1) Bei der Auswahl der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis gelangen die im jeweiligen Bundesland im Verhältnis zwischen der ÖGK und der örtlich zuständigen Landesärztekammer maßgeblichen - gemäß § 343 Abs. 1a ASVG sowie gemäß der Reihungskriterien-Verordnung, BGBl II 487/2002 idgF, erstellten - Richtlinien in der jeweiligen Fassung zur Anwendung.

(2) Die SVS erhält die für das Auswahlverfahren maßgeblichen Unterlagen betreffend alle Vertragswerber. Die Ausschreibung einer Vertragsgruppenpraxenstelle hat in Koordination mit der ÖGK zu erfolgen.

(3) Kommt zwischen der Vertragsgruppenpraxis bzw. dem Vertragsarzt eine Einigung mit einem der auf diese Art bekannt gegebenen Bewerber nicht zu Stande, so ist eine neuerliche Ausschreibung des Gruppenpraxenanteiles erst nach Ablauf eines Jahres ab der bereits erfolgten Ausschreibung möglich.

§ 10
Einzelvertragsverhältnis

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen der SVS und der Gruppenpraxis wird durch den Abschluss eines Gruppenpraxeneinzelvertrages begründet. Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen der Gruppenpraxis und der SVS ist der in Anhang 3 beigefügte Gruppenpraxenmustereinzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser ist ein Bestandteil dieses Gruppenpraxengesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Gruppenpraxenmustereinzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen in § 3 des Gruppenpraxeneinzelvertrages können mit der Vertragsgruppenpraxis nur im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS vereinbart werden.

(2) Der Gruppenpraxeneinzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(3) Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien des Gruppenpraxeneinzelvertrages ergeben sich aus dem Gruppenpraxeneinzelvertrag, dem Gruppenpraxengesamtvertrag sowie den Zusatzvereinbarungen zum Gruppenpraxengesamtvertrag.

(4) Ein Wechsel der Rechtsform nach Maßgabe der für Gruppenpraxen zugelassenen Rechtsformen ist für alle Vertragsgruppenpraxen jederzeit möglich. Der Wechsel ist der SVS schriftlich bekanntzugeben.

(5) Der Gruppenpraxeneinzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Befristungen können von der SVS mit der Vertragsgruppenpraxis im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Ärztekammer in besonderen Fällen vereinbart werden. Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem im Gruppenpraxeneinzelvertrag vereinbarten Zeitpunkt.

(6) Die SVS wird der örtlich zuständigen Ärztekammer umgehend eine Abschrift des Gruppenpraxeneinzelvertrages zur Verfügung stellen.

(7) Einzelverträge, die eine Gruppenpraxis bis zum 31.12.2019 mit der SVA abgeschlossen hat, gehen ab 01.01.2020 automatisch mit allen Rechten und Pflichten auf die SVS über und gelten auch für die BSVG-Anspruchsberechtigten.

§ 11
Wechsel der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Beabsichtigt eine bestehende Vertragsgruppenpraxis den Wechsel eines oder mehrerer Gesellschafter, ist der SVS dies im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer bekannt zu geben.

(2) Nach einvernehmlicher Entscheidung von der örtlich zuständigen Ärztekammer und SVS über den Antrag wird die Vertragsgruppenpraxis im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.

(3) Sofern der Wechsel befürwortet wird, ist der Gruppenpraxenanteil binnen einer Frist von 6 Monaten auszuschreiben. Die Frist kann auf Antrag erforderlichenfalls im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS verlängert werden.

(4) Für Reihung und Auswahl der Bewerber gilt § 9.

§ 12
Reduktion der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Beabsichtigt eine bestehende Vertragsgruppenpraxis, die Anzahl der Gesellschafter zu reduzieren, ist der SVS dies im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer bekannt zu geben.

(2) Nach Zustimmung über den Antrag wird die Vertragsgruppenpraxis im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.

(3) Wird der Antrag befürwortet, entscheiden die örtlich zuständige Ärztekammer und die SVS einvernehmlich, wie die durch die Reduktion frei gewordenen Stellenanteile weiterhin verwendet werden sollen.

§ 13
Tod bzw. Ausscheiden eines Gesellschafters

(1) Im Falle des Ablebens oder Ausscheidens eines der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, die nur aus zwei Gesellschaftern besteht, erlischt der Gruppenpraxeneinzelvertrag mit dem Zeitpunkt des Ablebens bzw. des Ausscheidens.

(2) Die örtlich zuständige Ärztekammer und die SVS haben umgehend, spätestens jedoch 6 Monate nach dem Tod bzw. Ausscheiden, Einvernehmen darüber herzustellen, ob der Standort weiterhin als Gruppenpraxis oder in Form einer Einzelordination zu betreiben ist.

(3) Wird die Fortsetzung der Gruppenpraxis einvernehmlich beschlossen, ist der Gruppenpraxenanteil umgehend, längstens jedoch 6 Monate nach dem Beschluss von örtlich zuständiger Ärztekammer und SVS, auszuschreiben. Die Frist kann auf Antrag erforderlichenfalls im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS verlängert werden.

(4) Besteht Einvernehmen darüber, dass der Standort nicht als Gruppenpraxis weiter betrieben werden kann, hat der verbliebene ehemalige Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis grundsätzlich das Recht auf Abschluss eines Einzelvertrages gemäß Gesamtvertrag vom 1.1.2020.

§ 14
Auflösung einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Eine bestehende Vertragsgruppenpraxis kann auf Antrag aller Gesellschafter und mit Zustimmung im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS aufgelöst werden, sofern ihr Fortbestand aus versorgungstechnischen Gründen nicht mehr erforderlich ist.

(2) Die Mitnahme der Stelle eines oder aller ehemaliger Gesellschafter bedarf der Zustimmung der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS, wobei den ehemaligen Gesellschaftern ein Mitspracherecht zukommt.

(3) Im Falle der Zustimmung haben die ehemaligen Gesellschafter das Recht auf Abschluss eines Einzelvertrages gemäß Gesamtvertrag vom 1.1.2020.

§ 15
Beendigung des Gruppenpraxeneinzelvertragsverhältnisses

Der Gruppenpraxeneinzelvertrag kann nur nach den jeweils geltenden Bestimmungen des ASVG sowie des Gruppenpraxengesamtvertrages beendet werden.

§ 16
Standort/Wechsel des Standortes

(1) Berufssitz und Standort der Vertragsgruppenpraxis befinden sich an der im Gruppenpraxeneinzelvertrag genannten Adresse. Die Vertragsgruppenpraxis darf gemäß § 52a Abs. 4 Ärztegesetz weitere Standorte nur mit ausdrücklicher Zustimmung der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS betreiben.

(2) Der Betrieb von Zweitordinationen von Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis ist zulässig.

(3) Der Betrieb von Zweitordinationen der Gesellschafter mit Abrechnungsmöglichkeit ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der SVS zulässig.

(4) Beabsichtigt die Vertragsgruppenpraxis, einen weiteren Standort zu betreiben oder den vertraglich vereinbarten Standort zu wechseln, hat sie dies der SVS im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer schriftlich mitzuteilen und zugleich die Adresse des weiteren Standortes bzw. den gewählten neuen Standort anzugeben. Der Betrieb des neuen oder eines weiteren Standortes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der SVS zulässig. Verweigert die SVS die Zustimmung, hat die Vertragsgruppenpraxis die Möglichkeit, einen Antrag an die paritätische Schiedskommission zu stellen.

(5) Eröffnet die Vertragsgruppenpraxis einen weiteren Standort bzw. wird der Standort der Vertragsgruppenpraxis verlegt, ohne dass eine schriftliche Zustimmung von SVS und örtlich zuständiger Ärztekammer oder eine für die Vertragsgruppenpraxis positive rechtskräftige Entscheidung einer Schiedskommission vorliegt, erlischt der Gruppenpraxeneinzelvertrag mit dem Datum der Eröffnung des weiteren Standortes bzw. der Schließung des im Gruppenpraxeneinzelvertrag festgelegten Standortes.

(6) Abs. 3 bis 5 gelten sinngemäß, sofern der Standort einer mit Zustimmung der SVS betriebenen Zweitordination eines Gesellschafters mit Abrechnungsmöglichkeit gewechselt werden soll.

(7) Der Standort der Vertragsgruppenpraxis ist Berufssitz der Gesellschafter.

§ 17
Behindertengerechte Ordination

(1) Die Ordinationsstätte der Vertragsgruppenpraxis hat den Bestimmungen der ÖNORM 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM 1601 „spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ zu entsprechen (Anhang 2).

(2) Die Vertragsgruppenpraxis ist verpflichtet, anlässlich ihrer Errichtung bei der zuständigen Behörde einen Antrag auf Widmung eines behindertengerechten Parkplatzes, der für die Dauer der Ordinationszeit zur Verfügung steht, zu stellen und gegebenenfalls einen gesetzlich vorgesehenen Rechtsweg auszuschöpfen.

(3) Wird eine Vertragsgruppenpraxis in Räumlichkeiten errichtet, die davor nicht als Arztordination genutzt wurden, so hat eine sofortige Umsetzung zu erfolgen (§ 342 Abs. 1 Z 9 ASVG), es sei denn, eine bestimmte bauliche Maßnahme ist rechtlich nicht möglich.

(4) Für Vertragsgruppenpraxen, welche in bestehenden Arztordinationen errichtet werden, gilt eine dreijährige Übergangsfrist, in der die Umsetzung erfolgen muss, es sei denn, eine bestimmte bauliche Maßnahme ist rechtlich nicht möglich.

(5) Bestehen in der zu versorgenden Region ausreichend behindertengerechte Einrichtungen der entsprechenden Fachrichtung(en), so können die Gesamtvertragsparteien in Einzelfällen zeitlich befristeten (max. drei Jahre), geringfügigen Abweichungen zustimmen.

§ 18
Ordinationszeiten

(1) Die wöchentliche Mindestordinationszeit für fachgleiche Vertragsgruppenpraxen, der zwei Gesellschafter angehören, beträgt grundsätzlich 30 Wochenstunden verteilt auf fünf Wochentage. Ab einem dritten Gesellschafter ist eine Mindestöffnungszeit von 40 Wochenstunden, ebenfalls verteilt auf fünf Tage, vorzusehen. Die Vertragsgruppenpraxis ist an 52 Wochen im Jahr geöffnet.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis hat folgende Zeitblöcke zu umfassen:

Jedenfalls

- eine Abendordination ab 17:00 Uhr, mindestens 3h und
- eine Nachmittagsordination ab 13:00 Uhr, mindestens 3h

Sowie zusätzlich wahlweise

- eine weitere Abendordination ab 17:00 Uhr, mindestens 2h oder
- eine Frühordination ab 7:00 Uhr, mindestens 3h

Die genauen Öffnungszeiten sind im Gruppenpraxeneinzelvertrag festzulegen, wobei auf die regionalen Bedürfnisse der Anspruchsberechtigten - insbesondere auf die Bedürfnisse werktätiger Anspruchsberechtigter - Rücksicht zu nehmen ist.

(3) Im Sinne größtmöglicher Effizienz für Patienten und Vertragspartner sind die Öffnungszeiten möglichst patientenfreundlich zu gestalten. Die Vertragsgruppenpraxis wird sich zudem auch um die Einrichtung eines Terminmanagements bemühen, soweit dies den Interessen der Anspruchsberechtigten entgegenkommt und dies im täglichen Praxisablauf sinnvoll und möglich ist. In medizinisch dringenden Fällen (wie z.B. Erster Hilfe) darf für den Anspruchsberechtigten tunlichst keine Wartezeit entstehen. Ansonsten ist bei der Terminvergabe darauf zu achten, dass der nächste freie Termin angeboten wird.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis hat nach Möglichkeit die der SVS bekannt gegebenen Ordinationszeiten einzuhalten.

(5) Änderungen der Ordinationszeiten der Vertragsgruppenpraxis sind der SVS bekannt zu geben. Die

Zustimmung der SVS zu den geänderten Ordinationszeiten gilt als erteilt, wenn die SVS nicht binnen vier Wochen dagegen Einspruch erhebt.

(6) Erfolgt zwischen der Vertragsgruppenpraxis und der SVS keine Einigung über die Ordinationszeiten der Vertragsgruppenpraxis, können die Vertragsgruppenpraxis und die SVS jeweils Anträge auf Entscheidung an die paritätische Schiedskommission richten.

(7) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie z.B. bei Erster Hilfe) haben die Betreiber einer Vertragsgruppenpraxis auch außerhalb der Ordinationszeiten der Vertragsgruppenpraxis ärztliche Hilfe zu leisten.

(8) Für die Anspruchsberechtigten muss die übliche Ordinationszeit der einzelnen Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis transparent sein.

(9) Bei fachungleichen Vertragsgruppenpraxen sind pro Gesellschafter und Fachgebiet mindestens 20 Wochenstunden vorzusehen.

§ 19
Nebentätigkeiten der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Angestellte Ärzte in Ambulatorien und eigenen Einrichtungen der SVS und sonstige angestellte Ärzte der SVS (Chefärzte, Direktionsärzte und dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter in Vertragsgruppenpraxen der SVS sein.

(2) Konsiliare Tätigkeiten sowie vertraglich vereinbarte regelmäßige Nebentätigkeiten in Krankenanstalten sind der örtlich zuständigen Ärztekammer und SVS zu melden und dürfen von den Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis, sofern sie ein durchschnittliches Ausmaß von 10 Wochenstunden überschreiten, nur mit Zustimmung der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS ausgeübt werden.

(3) Verstößt ein Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis wiederholt und trotz begründeter Mahnungen gegen diese Bestimmungen, können die örtlich zuständige Ärztekammer und die SVS schriftlich das Ausscheiden des Betreffenden aus der Vertragsgruppenpraxis binnen einer Frist von drei Monaten verlangen. Wird von den übrigen Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis das Ausscheiden des Betreffenden innerhalb dieser Frist nicht veranlasst bzw. nicht eine Klage auf Ausschluss des Gesellschafters erhoben, so erlischt der Gruppenpraxeneinzelvertrag mit Ablauf der Frist.

(4) Abs. 2 gilt nicht für Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen, die bereits vor dem 1. Jänner 2012 in einem Einzelvertragsverhältnis mit der SVA gestanden sind.

§ 20
Organisation einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Eine Vertragsgruppenpraxis im Sinne dieses Gruppenpraxengesamtvertrages darf nicht die Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums gemäß § 2 Abs. 1 Ziff. 5 KAKuG aufweisen.

(2) Der Gruppenpraxis dürfen als Gesellschafter nur zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Fachärzte angehören.

(3) Die Anzahl der in der Vertragsgruppenpraxis tätigen Hilfspersonen ist gemäß den Bestimmungen von § 52c Abs. 3 Ziff. 8 Ärztegesetz zu beschränken.

(4) Die Anstellung von Gesellschaftern durch die Vertragsgruppenpraxis ist unzulässig, darüber hinaus ist § 52a Ärztegesetz zu berücksichtigen. Für die Anstellung von (Fach)Ärzten in Vertragsgruppenpraxen sind die Regelungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung gem. § 343e ASVG vom 08.10.2019 sowie § 47a Ärztegesetz idgF zu berücksichtigen.

§ 21
Ärztliche Behandlung

(1) Die Verrechnungsberechtigung für Behandlungen der Vertragsgruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als Gesellschafter beteiligten Ärzte sowie aus den Bestimmungen des mit der SVS abgeschlossenen Gruppenpraxeneinzelvertrages sowie jenen des Gruppenpraxengesamtvertrages.

(2) Jeder der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Vertragsgruppenpraxis verpflichtet.

(3) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis nach den Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages und des Gruppenpraxeneinzelvertrages. Die ärztliche Tätigkeit ist durch die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis persönlich oder ihre ordnungsgemäß bestellten Vertreter (§ 24) auszuüben.

(4) Alle ärztlichen Tätigkeiten, die der jeweils behandelnde Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis für Anspruchsberechtigte der SVS erbringt, gelten als im Namen der Vertragsgruppenpraxis gesetzt und werden vertragsrechtlich der Vertragsgruppenpraxis zugerechnet.

(5) Für die Patienten ist die freie Arztwahl unter den Gesellschaftern derselben Fachrichtung innerhalb der Vertragsgruppenpraxis zu gewährleisten.

(6) Die behandlungsführende Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin hat im Rahmen ihrer Tätigkeit alle für ein effizientes, patientenzentriertes und unbürokratisches Nahtstellenmanagement erforderlichen ärztlichen Koordinierungstätigkeiten wahrzunehmen.

(7) Das Nahtstellenmanagement umfasst alle im Zusammenhang mit einer Spitalseinweisung oder Spitalsentlassung notwendigen ärztlichen Maßnahmen, die unter Beachtung ökonomischer Gesichtspunkte zur Koordinierung medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapiemaßnahmen sowie für einen effizienten Informationstransfer in Bezug auf die weitere ärztliche, therapeutische und pflegerische Betreuung des Patienten erforderlich sind.

(8) Die ärztliche Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.

§ 22
Umfang der Krankenbehandlung

(1) Die Behandlung nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages obliegt den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis nur gegenüber jenen Anspruchsberechtigten, die Anspruch auf Sachleistung haben. Diese ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis selbst auszuüben.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und hat sich an den Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung zu orientieren. Die Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der den Betreibern der Vertragsgruppenpraxis zu Gebote stehenden Hilfsmittel zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der SVS von der Vertragsgruppenpraxis zu begründen.

(3) Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung der SVS nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden von der SVS nicht vergütet.

§ 23
Leistungen

(1) Das Leistungsangebot der Vertragsgruppenpraxis wird nach Maßgabe spezifischer Bestimmungen für bestimmte Fachgruppen durch die Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages sowie allfällige Regelungen des Gruppenpraxeneinzelvertrages definiert.

(2) Können Leistungen im Sinne der Qualitätssicherung nach den für die jeweilige Fachsparte geltenden Bestimmungen nur dann verrechnet werden, wenn die von der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS festgelegten Kriterien erfüllt werden, wird die örtlich zuständige Ärztekammer prüfen, ob für die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis die entsprechenden Nachweise vorliegen. Die örtlich zuständige Ärztekammer hat der SVS, sofern diese dies verlangt, die entsprechenden Unterlagen zur Einsicht zur

Verfügung zu stellen. Der SVS werden von der örtlich zuständigen Ärztekammer diejenigen Gesellschafter genannt, die die Voraussetzung zur Verrechnung der betreffenden Leistung erfüllen.

(3) Nur im Sinne von Abs. 2 qualifizierte Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis dürfen die betreffenden Leistungen durchführen.

§ 24
Vertretung

(1) Soweit die Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis der gleichen Fachrichtung angehören, haben sie einander im Falle einer persönlichen Verhinderung tunlichst gegenseitig zu vertreten.

(2) Ist eine gegenseitige Vertretung nicht möglich, haben die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis zur Aufrechterhaltung des Betriebes für eine Vertretung unter Haftung für das Einhalten der vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Zum Vertreter kann nur ein Arzt desselben Fachgebietes bestellt werden. Leistungen, für die eine besondere Qualifikation erforderlich ist können vom Vertreter nur dann durchgeführt werden, wenn er diese Qualifikation nachgewiesen hat. Mit Zustimmung der SVS und der örtlich zuständigen Ärztekammer kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden.

(3) Sofern die Vertretung (auch regelmäßig, tageweise) nicht durch einen anderen Gesellschafter erfolgt und länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS bekannt zu geben; dauert die Vertretung länger als sechs Monate, so kann die zuständige Ärztekammer oder die SVS gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben.

(4) Die örtlich zuständige Ärztekammer und die SVS haben das Recht, sich in begründeten Fällen gegen die Vertretung als solche bzw. die Person des Vertreters auszusprechen. Wird ein Einspruch erhoben, so ist die Vertragsgruppenpraxis verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die zuständige Ärztekammer und die SVS einverstanden sind. Kommt die Vertragsgruppenpraxis dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, so gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Gruppenpraxen-einzelvertragsverhältnisses. Die Aufforderung ist mittels eingeschriebenen Briefes zuzustellen. Der Gruppenpraxeneinzelvertrag erlischt mit Ablauf der Monatsfrist gerechnet vom Datum der Zustellung.

(5) Werden Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen vertreten, sind die Namen der Vertreter bei direktem Patientenkontakt für die Patienten erkennbar zu machen.

§ 25
e-card – Rechte und Pflichten der Vertragsgruppenpraxis

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist verpflichtet, die e-card – sofern sie vom Patienten vorgelegt wird – zu verwenden (Einlesen der e-card). Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme des Arztes einzulesen. Ausgenommen davon sind Konsultationen außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten (insbes. Hausbesuche und Heimvisiten und bei Visiten im Rahmen von Bereitschaftsdiensten), bei denen lediglich eine einmalige Nacherfassung (§ 27 Abs 2-4) pro Abrechnungszeitraum erforderlich ist. Hinsichtlich der Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen bleiben – sofern in der Folge nicht anderes geregelt wird – die bisherigen Regelungen unberührt.

(2) Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der SV-Nummer (vgl. § 26) wird im e-card-System gespeichert. Die Übertragung erfolgt mit dem Tagesdatum (keine Uhrzeit). Eine Verrechnung der anlässlich des Arztkontaktes erbrachten Leistungen ist nur möglich, wenn die e-card anlässlich des Arztkontaktes eingelesen wurde bzw. die Sozialversicherungsnummer (vgl. § 26) eingegeben wurde und die online-Anspruchsprüfung einen aufrechten Anspruch ergab. Bei einem medizinischen Notfall, bei dem der Patient weder die e-card mithat, noch seine Sozialversicherungsnummer kennt, kann dieser Vorgang im selben Abrechnungszeitraum bzw. innerhalb der im § 27 genannten Nachfrist nachgeholt werden.

(3) Die e-card ist eine Keycard (Schlüssel- und Signaturkarte), welche in Echtzeit auf Validität geprüft wird; dabei erfolgt auch in Echtzeit eine Anspruchsprüfung. Nachträgliche Prüfungen kommen daher nur auf Grund einer Störung und bei Hausbesuchen sowie bei dem in Abs. 2 letzter Satz beschriebenen medizinischen Notfall in Frage. Konsultationen, die während einer Störung des e-card-Systems erfasst werden (Einlesen der e-card oder Nacherfassung), können ohne Rücksicht auf das Resultat der Anspruchsprüfung abgerechnet werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Liegt die Störung allerdings im Bereich des Arztes verliert er diese Abrechnungsgarantie.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis kann – allerdings ohne Abrechnungsgarantie – bei außerordentlichen, nachvollziehbaren persönlichen Umständen in Einzelfällen die außerhalb der Störung offline gelesenen Daten bis zum drittfolgenden Ordinationstag übermitteln.

(5) Um die Nachvollziehbarkeit der übertragenen Daten (z.B. bei etwaigen Störungen) sicherzustellen, steht dem Arzt das Recht auf Übermittlung der Logfiles der übertragenen Daten einer Abrechnungsperiode bis zu sechs Monate nach Ende derselben zu (Anforderung von Konsultationsdaten). Im Falle von Honorarstreitigkeiten verlängert sich die Frist bis zur rechtskräftigen Entscheidung. Vom Honorarstreit ist der e-card-Server-Betreiber von der SVS in Kenntnis zu setzen.

§ 26
Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Jeder Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, der Vertragsgruppenpraxis vor Behandlungsbeginn seine Anspruchsberechtigung durch Vorlage der e-card nachzuweisen. Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme der Vertragsgruppenpraxis zu stecken, sofern der Patient diese vorlegt.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Patienten aufgrund der Versicherungskarte oder auf sonst geeignete Art und Weise (z.B. Reisepass, amtlicher Lichtbildausweis) prüfen.

(3) Erscheint der Patient ohne e-card in der Vertragsgruppenpraxis oder ist diese defekt, kann der Arzt im Ausnahmefall die Anspruchsberechtigung online durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer sowie – falls bekannt – des zuständigen Sozialversicherungsträgers prüfen, wobei der Patient auf einem vom Arzt unter Verwendung der Sozialversicherungsnummer erzeugten Beleg durch Unterschrift den Arztkontakt sowie den Anspruch zu bestätigen hat. Die Belege sind von der Vertragsgruppenpraxis bis zum Ende der Einspruchsfrist aufzubewahren und der SVS auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Diese Vorgangsweise ist als Ausnahme zu betrachten und soll daher auch minimiert werden.

(4) Eine Verrechenbarkeit ist jedenfalls nur dann gegeben, wenn eine Online-Anspruchsprüfung den Anspruch bestätigt hat, andernfalls gilt der Patient als Privatpatient.

(5) Die Vertragsparteien werden darauf hinwirken, dass der Einsatz der e-card möglichst regelmäßig erfolgt.

(6) Die Bestimmungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte vom 16.12.2004 idgF, abgeschlossen zwischen Hauptverband und Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer, sind integrierter Bestandteil des Gruppenpraxengesamtvertrages.

§ 27
Verrechenbarkeit bei Nichtvorlage der e-card

(1) Das Nachbringen der e-card als Anspruchsnachweis für den jeweiligen Abrechnungszeitraum ist innerhalb von 14 Tagen nach Ende der Abrechnungsperiode, in der die Erstkonsultation erfolgte, möglich.

(2) Das Nacherfassen von Konsultationen ist in den folgenden Fällen zulässig:
Störung des e-card Systems
Konsultationen außerhalb der Ordinationsräume (insbes. Hausbesuch, Heimvisite, Bereitschaftsdienst)
Konsultationen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen ohne e-card-Ausstattung

(3) Änderungen (Nacherfassungen, Stornierungen etc.), die bis zum 3. Tag nach dem Ende der Abrechnungsperiode durchgeführt werden, können in der aktuellen Abrechnung berücksichtigt werden.

(4) Änderungen (siehe Abs. 3), die zwischen dem 4. Tag und dem 14. Tag nach dem Ende Abrechnungsperiode durchgeführt werden, sind in der nächsten Abrechnung als nachgereichte Leistungen anzuführen.

§ 28
Behandlung in der Ordination

(1) Gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die die Vertragsgruppenpraxis aufsuchen, besteht grundsätzlich Behandlungspflicht in der Ordination.

(2) In der Vertragsgruppenpraxis ist die freie Arztwahl des Patienten zu gewährleisten. Der Patient ist darüber hinaus berechtigt, die Zuweisung zu einem Vertragsarzt oder einer Vertragsgruppenpraxis außerhalb der in Anspruch genommenen Vertragsgruppenpraxis zu verlangen, auch wenn ein entsprechender Arzt im Rahmen der Vertragsgruppenpraxis zur Verfügung steht. In fachunterschiedlichen Vertragsgruppenpraxen soll aber in erster Linie die Behandlung durch die in der Gruppenpraxis zur Verfügung stehenden Ärzte angestrebt werden.

(3) Die Ordinationstätigkeit der Betreiber einer Vertragsgruppenpraxis darf grundsätzlich nur in den Ordinationsräumen der Vertragsgruppenpraxis ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur mit Zustimmung der Vertragsparteien zulässig.

(4) Die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten ist unzulässig.

§ 29
Krankenbesuch

(1) Krankenbesuche sind nach Maßgabe des § 32 von den Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen der Vertragsgruppenpraxis nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen ist entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge zu leisten. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind die Berufungen zu Krankenbesuchen grundsätzlich bis 9 Uhr vormittags anzumelden. Berufungen soll noch am selben Tag entsprochen werden.

(2) Ein Nachtbesuch darf nur dann verrechnet werden, wenn die Berufung nicht früher als eine Stunde vor Beginn der vertraglich vereinbarten Nachtbesuchszeit erfolgt ist.

(3) Erfolgt der Krankenbesuch nicht in der Wohnung des Patienten, so ist dies bei der Abrechnung im Datenblock Begründung gesondert zu vermerken.

(4) Wird ein Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis zu einem Erkrankten gerufen, dessen Behandlung ebenso gut in der Sprechstunde hätte erfolgen können, so ist dies bei der Abrechnung im Datenblock Begründung gesondert zu vermerken.

§ 30
Fachärztliche Leistungen in Vertragsgruppenpraxen

(1) Fachärztliche Leistungen können nur von fachärztlichen Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis erbracht werden.

(2) Der Anspruchsberechtigte ist berechtigt, bei Erkrankungen fachärztliche Beratung bzw. Behandlung unmittelbar oder auf Zuweisung durch einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin, einen Vertragsfacharzt eines anderen Fachgebietes oder einer Vertragsgruppenpraxis in Anspruch zu nehmen. Eine Zuweisung zum Facharzt/zur fachärztlichen Vertragsgruppenpraxis hat schriftlich zu erfolgen, und zwar möglichst unter Benützung der, den Vertragsärzten von der SVS zur Verfügung gestellten, Ersatzpatientenscheine. Vertragsfachärzte für Radiologie sowie medizinische und chemische Labordiagnostik und Pathologie können von den Anspruchsberechtigten nur über Zuweisung eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsgruppenpraxis oder einer ärztlichen Einrichtung eines Versicherungsträgers auf Rechnung der SVS in Anspruch genommen werden.

(3) Für die Zuweisung zum Facharzt darf nur eine medizinische Indikation und nicht der bloße Wunsch des Patienten maßgeblich sein. Bei Notwendigkeit einer Zuweisung hat diese grundsätzlich an einen Vertragsfacharzt bzw. an fachärztliche Vertragsgruppenpraxis zu erfolgen, sofern nicht der ausdrückliche Wunsch des Anspruchsberechtigten auf Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes bzw. einer fachärztlichen Gruppenpraxis ohne Einzelvertrag mit der SVS vorliegt.

(4) Anspruchsberechtigte, die keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, sind vom behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. einer Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin zu überweisen. Dabei sind die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(5) Anspruchsberechtigte, die der Vertragsgruppenpraxis zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, sind unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt bzw. die zuweisende Gruppenpraxis rückzuüberweisen.

§ 31
Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung der SVS abhängig, so hat die Vertragsgruppenpraxis dem Anspruchsberechtigten im Namen der Gruppenpraxis einen entsprechenden Antrag zur Vorlage an die SVS auszuhändigen.

(2) Die SVS darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

§ 32
Behandlungspflicht

§ 9 des zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte, im Namen der Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern und SVS abgeschlossenen Gesamtvertrages für Einzelordinationen vom 1.1.2020 idgF ist sinngemäß anzuwenden. Dabei ist zu beachten, dass die Rechte und Pflichten, die sich aus dieser Bestimmung für den Vertragsarzt ergeben, der Vertragsgruppenpraxis zukommen.

§ 33
Operationen

(1) Operationen und Behandlungen aller Art, die nicht zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen, beispielsweise kosmetische Operationen, werden von der SVS nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVS vorliegt. Dies gilt auch für Operationen zum Zwecke der Sterilisierung.

(2) Bei Einleitung oder Durchführung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft ist unbeschadet der Bedachtnahme auf die geltenden gesetzlichen Bestimmungen die vorherige Kostenübernahmeverpflichtung der SVS erforderlich.

§ 34
Wechsel der Vertragsgruppenpraxis bzw. des Behandlers

Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb eines Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel innerhalb desselben medizinischen Faches (Wechsel von der Vertragsgruppenpraxis zu einer anderen Vertragsgruppenpraxis oder zu einem anderen Vertragsarzt) nur mit Zustimmung der SVS, welche den behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis vorher anzuhören hat, vornehmen.

§ 35
Ablehnen der Behandlung

Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Auf Verlangen der SVS hat die Vertragsgruppenpraxis dieser den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 36
Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Teilnahme an dem von der örtlich zuständigen Ärztekammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist die SVS von der Diensteinteilung zu verständigen.

(2) Regelungen über einen Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst können zwischen örtlich zuständiger Ärztekammer und SVS vereinbart werden.

(3) Der 24. und der 31. Dezember sind dem Sonn- und Feiertagsdienst gleichgestellt.

§ 37
Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen/Hilfsmitteln

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe/Hilfsmittel für die Anspruchsberechtigten auf Kosten der SVS zu verschreiben.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der SVS die in der jeweiligen Fassung aufgestellten Richtlinien des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten. Bei medizinischer Vertretbarkeit (diese ist zB bei nachgewiesener Allergie gegen einen Inhaltsstoff nicht gegeben) und unter Berücksichtigung einer gesicherten Compliance soll die Vertragsgruppenpraxis, unter mehreren therapeutisch gleich geeigneten Arzneispezialitäten die kostengünstigste Arzneispezialität (wirkstoffgleiche, wirkstoffähnliche sowie Biosimilar) verordnen; dies vor allem bei Neueinstellungen. Nicht davon betroffen sind die Verordnungen von Heilmitteln im Vertretungsfall. Ob im konkreten Behandlungsfall eine wirkstoffähnliche Arzneispezialität (ATC-Code level 4) oder ein Biosimilar therapeutisch geeignet ist, entscheidet die Vertragsgruppenpraxis anlässlich der Verordnung.

(3) Zur Verordnung von Heilmitteln auf Rechnung der SVS sind die von ihr zur Verfügung gestellten Vordrucke zu verwenden. Diese Vordrucke sind nach Tunlichkeit mit dem deutlichen Stempelaufdruck und Unterschrift, sonst jedenfalls aber mit der leserlichen Unterschrift des behandelnden Arztes zu versehen. Werden die Formulare maschinell bedruckt, kann der Stempel der Vertragsgruppenpraxis durch maschinelles Andrucken der Stempeldaten ersetzt werden.

(4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung der SVS in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel und Heilbehelfe/Hilfsmittel für Rechnung der SVS nicht verschrieben werden.

(5) Pro-ordinatione-Verschreibungen sind an die vorherige Bewilligung der SVS gebunden. Verschreibungen pro ordinatione sind rezeptgebührenfrei.

(6) Die für den Bezug von bewilligungspflichtigen Heilmitteln (Erstattungskodex) notwendige chefärztliche Genehmigung wird von der Vertragsgruppenpraxis eingeholt. Für den Bezug von Heilbehelfen (ausgenommen kleine Orthopädie, Gummistrümpfe, orthopädische Schuhe sowie Sehbehelfe) ist der Anspruchsberechtigte mit der Verordnung der Vertragsgruppenpraxis an die Landesstelle zu verweisen.

(7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 6 zu einer Mehrbelastung der SVS führt, so ist die Vertragsgruppenpraxis vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 53 Anwendung.

§ 38
Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und elektronische Meldung der Arbeitsunfähigkeit (e-AUM) für GSVG-Anspruchsberechtigte durch durch die Vertragsgruppenpraxis

(1) Erkrankte Versicherte, für die bei der SVS eine Zusatzversicherung auf Krankengeld bzw. bei denen ein Anspruch auf Unterstützungsleistung besteht und die arbeitsunfähig sind oder es im Laufe einer Behandlung werden, sind in den Krankenstand zu nehmen. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsfähigkeit ist grundsätzlich Verpflichtung der Vertragsgruppenpraxis, dessen unbeschadet bleibt dem Chef-(Vertrauens)arzt der SVS das Recht der Abschreibung vom Krankenstand unbenommen.

(2) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, an welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis festgestellt wurde. Mit diesem Tag hat die Vertragsgruppenpraxis dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung auszufolgen. Die Arbeitsunfähigkeitsmeldung ist mit Hilfe der dafür über das e-card-System zur Verfügung stehenden elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung (eAUM) zu erstatten. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist jene Diagnose hervorzuheben, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Arbeitsunfähigkeiten, die auf Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) oder auf eine Beteiligung an einem Raufhandel zurückzuführen sind oder unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Suchtgiftmissbrauch sind, sind auf der Arbeitsunfähigkeitsmeldung anzugeben. Gleiches gilt, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (zB Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßge-

benden Verhältnisse vorzunehmen. Die Vertragsgruppenpraxis hat bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung alle notwendigen Angaben im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten zu machen und wo dies möglich ist, ist das Ende oder das voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.

(4) Den arbeitsunfähigen im Krankenstand befindlichen Versicherten kann, soweit das nach der Art der Erkrankung zulässig ist, Ausgang bewilligt werden. Dieser soll so festgesetzt werden, dass die Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit durch die SVS nicht behindert wird. Falls aus medizinischen Gründen eine Verlängerung der Ausgehzeit über 5 Stunden hinaus notwendig erscheint, bedarf diese der Genehmigung des Chef-(Vertrauens)arztes.

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

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

§ 39
Anstaltspflege und Beförderungskosten

(1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, veranlasst die Vertragsgruppenpraxis die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Vertragskrankenanstalt (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt oder im Vertrag mit der SVS stehende private Krankenanstalt). Im Falle der Dringlichkeit kann die Vertragsgruppenpraxis die Aufnahme der Anspruchsberechtigten auch in eine anderweitige geeignete nächstgelegene Krankenanstalt veranlassen. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand für den Vertragsarzt und die SVS eintritt. (Die SVS übernimmt nur die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.)

(2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt, so ist sie (zumindest auf Kosten der SVS) nicht zu veranlassen.

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

§ 40
Freiwillige Leistungen

(1) Freiwillige Leistungen der SVS (Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte und dgl.) sind an deren vorherige Zustimmung gebunden. Die Vertragsgruppenpraxis hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihr hierfür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt.

(2) Beabsichtigt die SVS freiwillige Leistungen zu gewähren, obwohl sich die behandelnde Vertragsgruppenpraxis dagegen ausgesprochen hat, so hat die SVS vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

§ 41
Mutterschaft

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Beratung von schwangeren Anspruchsberechtigten sowie zum kostenlosen Ausstellen der für die Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

erforderlichen Bescheinigungen verpflichtet.

(2) Ärztliche Geburtshilfe ist der SVS nur dann zu verrechnen, wenn der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis erst während der Entbindung wegen pathologischen Verlaufes der Geburt zugezogen wird.

(3) Wird die Leitung einer normalen Entbindung von einer Vertragsgruppenpraxis übernommen, so ist das hiefür entfallende Honorar zwischen Anspruchsberechtigtem und Vertragsgruppenpraxis zu vereinbaren und privat zu verrechnen.

§ 42
Auskunftserteilung

(1) Die Vertragsgruppenpraxis führt für die in ihrer Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen; es ist dabei sicherzustellen, dass die von den einzelnen Gesellschaftern durchgeführten ärztlichen Leistungen diesen in den Aufzeichnungen auch zugeordnet werden können. Kommt die Vertragsgruppenpraxis ihrer Aufzeichnungspflicht mittels EDV-Speicherung nach, muss sie für Aussprachen mit Vertretern der SVS Ausdrucke anfertigen oder die erforderlichen Angaben in anderer für sie lesbarer Form zur Verfügung stellen.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis ist nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten der SVS zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nicht medizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung des Erkrankten handelt, sind diese Auskünfte auch den gehörig ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten der SVS zu geben. Zur Auskunftserteilung sind die Betreiber der Vertragsgruppenpraxis jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben der SVS notwendig ist.

(3) Die SVS hat für die Geheimhaltung der von der Vertragsgruppenpraxis erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis hat der SVS im Wege der örtlich zuständigen Ärztekammer auf Befragen jederzeit Auskunft über die bei ihr tätigen Personen zu erteilen (Namen, Ausbildung, Tätigkeitsbereich, Wochenstunden).

§ 43
Administrative Mitarbeit

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gruppenpraxengesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

(2) Die Muster der für die ärztliche Tätigkeit der Vertragsgruppenpraxis einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS vereinbart.

(3) Die SVS hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der Vertragsgruppenpraxis auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Alle für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden der Vertragsgruppenpraxis von der SVS kostenlos zur Verfügung gestellt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und von der Vertragsgruppenpraxis mit ihrer firmenmäßigen Unterschrift und Stampiglie zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hiefür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die Krankenstandsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

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

(6) Dienstunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauchs von Suchtgiften ergeben. Ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen

Dritten zugefügte Verletzung (z.B. Verkehrsunfall) besteht.

(7) Während der Ordinationszeiten soll die Gruppenpraxis tunlichst erreichbar sein. Außerhalb der Ordinationszeiten sollen wesentliche Informationen wie z.B. künftige Urlaubsabsenz oder Ordinationszeiten in geeigneter Form erfolgen.

(8) Sämtliche Mitteilungen, die gemäß den Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages von der Vertragsgruppenpraxis bzw. der Österreichischen Ärztekammer oder der örtlich zuständigen Ärztekammer an die SVS zu ergehen haben, können, sofern nicht ausdrücklich etwas Anderes vorgesehen ist, auch gemäß den geltenden Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes per Fax oder e-Mail übermittelt werden.

§ 44
Honorierung der Vertragsgruppenpraxis

(1) Die Honorierung der Vertragsgruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen der Honorarordnung (Anla-ge 1), die integrierender Bestandteil dieses Gruppenpraxengesamtvertrages ist.

(2) Die Honorarordnung hat insbesondere zu enthalten:

a) Die Grundsätze nach denen die einzelnen ärztlichen Leistungen zu verrechnen und honorieren sind (Allgemeine Bestimmungen).
b) Die Aufzählung der vertraglichen Leistungen der Gruppenpraxis auf Rechnung der SVS.
c) Die Bewertung der Leistungen in Punkten oder in Eurobeträgen; diese können für einen Übergangszeitraum unterschiedlich sein, je nachdem ob es sich um Leistungen handelt, die für einen BSVG- oder GSVG-Anspruchsberechtigten erbracht werden.
d) Der Geldwert des einzelnen Punktes wird in einem Anhang zur Honorarordnung von den Vertragsparteien vereinbart. Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgeblich waren, kann jede Vertragspartei eine Abänderung der Tarife verlangen.

(3) Die Honorierung von Vertragsgruppenpraxen, in denen mehrere Fachrichtungen vertreten sind, erfolgt jedenfalls nach Pauschalmodellen.

(4) Diese Pauschalmodelle sind unter Beachtung der in der Vertragsgruppenpraxis vertretenen Fachrichtungen jeweils im Einzelfall zwischen der örtlich zuständigen Ärztekammer und SVS zu vereinbaren.

(5) Sobald eine einheitliche elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentation existiert, werden die Vertragsparteien Verhandlungen darüber aufnehmen, wobei sicherzustellen ist, dass die Abrechnung der Vertragsgruppenpraxis im Sinne von § 342a Abs. 2 ASVG auf dieser Basis entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zeitgerecht erfolgt.

(6) Die Verrechnung von ärztlichen Leistungen für die Behandlung der eigenen Person sowie Angehöriger (unabhängig von deren eventueller Anspruchsberechtigung gegenüber der SVS), soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, ist der Vertragsgruppenpraxis nicht erlaubt. Die Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen auf Rechnung der SVS für diesen Personenkreis ist jedoch zulässig.

§ 45
Rechnungslegung

(1) Die Rechnungslegung der Vertragsgruppenpraxen ist elektronisch vorzunehmen.

(2) Jede Vertragsgruppenpraxis hat die im Laufe des jeweiligen Abrechnungszeitraumes durchgeführten Behandlungen mit Ende des Abrechnungszeitraumes abzuschließen und mit der SVS abzurechnen. Die Datensätze sind in allen Teilen sorgfältig auszufüllen. Wird die Behandlung durch mehrere Abrechnungszeiträume fortgesetzt, so sind die erbrachten Leistungen für jeden Abrechnungszeitraum gesondert elektronisch abzurechnen. Leistungen, die über das in § 22 Abs. 2 erwähnte Ausmaß hinausgehen, sind im Interesse der Gruppenpraxis in der elektronischen Abrechnung gesondert kurz zu begründen. Alle Zuweisungsbelege und Bewilligungsscheine der SVS sind der SVS im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

(3) Die ordnungsgemäß erstellte elektronische Monatsabrechnung ist spätestens bis zum 10. des dem Abrechnungsmonat folgenden Monats der SVS zu übermitteln. Die Abrechnungen haben getrennt nach BSVG- und GSVG-Anspruchsberechtigten zu erfolgten. Gleiches gilt für die Übermittlung der Zuweisungen zu Labor und Röntgen. Für nicht oder nicht genügend freigemachte Sendungen wird der entsprechende Nachportobetrag von der nächstfälligen Rechnung in Abzug gebracht. Zwischen der SVS und der zuständigen

Ärztekammer bzw. der einzelnen Vertragsgruppenpraxis kann in Einzelfällen eine davon abweichende Einsendung der Abrechnungen vereinbart werden. Abrechnungen, die den Bestimmungen des Abs. 1 und Abs. 2, erster Satz, nicht entsprechen, werden von der SVS erst nach Erledigung aller ordnungsgemäß eingelangten Abrechnungen bearbeitet. Bei Abrechnungen, die ohne sachliche Begründung später als zwei Monate nach Ablauf des abgerechneten Behandlungsmonates eingereicht werden, erfolgt ein 5 %-iger Abzug. Ist seit dem abgerechneten Behandlungsmonat mehr als ein Jahr verstrichen und liegt eine sachliche Begründung hiefür nicht vor, wird außer dem 5 %-igen Abzug der auf die vertraglichen Leistungen entfallende, vom Anspruchsberechtigten zu entrichtende Kostenanteil von der Rechnung ohne Anspruch auf Ersatz in Abzug gebracht. Rechnungen über mehr als drei Jahre zurückliegende Behandlungsmonate werden nicht honoriert. Assistenzen und Narkosen werden ausschließlich durch den Operateur verrechnet, das Honorar wird den assistierenden Ärzten unmittelbar von der SVS überwiesen.

§ 46
Voraussetzung für die EDV-Rechnungslegung

Für die EDV-Rechnungslegung muss die Eignung des EDV-Abrechnungssystems der Vertragsgruppenpraxis im Sinne von § 47 Abs. 1 gegeben sein.

§ 47
Eignung des EDV-Abrechnungssystems

(1) Die Vertragsgruppenpraxis darf die EDV-Rechnungslegung nur mit einem EDV-Abrechnungssystem durchführen, dessen grundsätzliche Eignung von der Österreichischen Ärztekammer und vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgestellt ist. Die Vertragsgruppenpraxis hat unabhängig davon sicherzustellen, dass sein EDV- Abrechnungssystem den Vertragsbestimmungen entspricht. Sie muss für die Übermittlung der Abrechnungsdaten den elektronischen Datensatz (Organisationsbeschreibung „Datenaustausch mit Vertragspartner DVP“) verwenden.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis hat ihr EDV-Abrechnungssystem innerhalb der von der Kammer und der SVS gemeinsam festgesetzten angemessenen Frist an Änderungen der Verträge, der Rechnungslegungsvorschriften, des Datensatzaufbaues oder des Code-Verzeichnisses anzupassen.

(3) Änderungen des EDV-Abrechnungssystems (der Hard- oder Softwarekonfiguration) auf Initiative der Vertragsgruppenpraxis sind jederzeit möglich, sofern die Eignung des neuen Systems gemäß Abs. 1 festgestellt wurde.

(4) Größere Anpassungen eines EDV-Abrechnungssystems an die technologischen Entwicklungen sind nach Vereinbarung zwischen der Kammer und der SVS von der Vertragsgruppenpraxis innerhalb der von der Kammer und der SVS gemeinsam festgesetzten angemessenen Frist durchzuführen.

(5) Die Vertragsgruppenpraxis hat alle für die Rechnungslegung relevanten Änderungen von Hard- oder Software (ausgenommen Anpassungen an Honorarordnungsänderungen) der örtlichen Landesstelle der SVS und der örtlich zuständigen Ärztekammer unter Bekanntgabe des Zeitpunktes, ab dem er das geänderte System verwenden will, schriftlich bekannt zu geben. Die SVS kann innerhalb von vier Wochen Widerspruch erheben. Die SVS ist berechtigt, nach jeder für die Abrechnung relevanten Änderung der Software eine Testabrechnung zu verlangen. Die Vertragsgruppenpraxis hat jede Programmänderung, die für die EDV-Abrechnung bedeutsam ist, zu protokollieren. Die Protokolle sind zumindest drei Jahre lang aufzubewahren.

§ 48
Durchführung der EDV-Rechnungslegung

(1) Die EDV-Rechnungslegung erfolgt auf CD oder Diskette (3,5 Zoll) oder mittels Datenfernübertragung.

(2) Neben den Abrechnungsdaten hat die Vertragsgruppenpraxis der örtlichen Landesstelle bzw. dem zuständigen Dienstleistungszentrum der SVS folgende Unterlagen zu übermitteln:

a) den Verrechnungsschein als Datenbegleitschein oder Datenfernübertragungsbestätigung.
b) die Patientenscheine (Ersatz-Patientenscheine) gemäß Abs. 4.
c) andere Unterlagen, deren Übermittlung vertraglich vereinbart ist.

(3) Der Verrechnungsschein übernimmt auch die Funktionen des Datenbegleitscheines und der Datenfernübertragungsbestätigung. Die Vertragsgruppenpraxis hat den Verrechnungsschein vollständig auszu-

fertigen, insbesondere die Anzahl der Datenträger und Datensätze einzutragen. Mit der Unterschrift übernimmt die Vertragsgruppenpraxis die Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Datenübermittlung an die SVS und der zur Verrechnung bestimmten Leistungspositionen.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis muss auf dem Patientenschein nur jene Angaben machen, zu denen sie verpflichtet ist, die aber im Datensatz nicht vorgesehen sind oder nicht erfasst werden können. Diese Angaben hat sie mit ihrer Unterschrift zu bestätigen. Patientenscheine, auf denen die Vertragsgruppenpraxis sonst keine Eintragungen macht, müssen lediglich ihre Arztstampiglie aufweisen. Die Patientenscheine sind grob alphabetisch sortiert einzureichen; ihre Anzahl muss mit der Anzahl der übermittelten Datensätze übereinstimmen.

(5) Rechnungslegungen, welche nicht vertragsgemäß erstellt sind, und nicht lesbare Datenträger retourniert die SVS der Vertragsgruppenpraxis innerhalb von 14 Tagen ab Fehlerfeststellung zur Richtigstellung.

(6) Die Rechnungslegungsdaten sind von der Vertragsgruppenpraxis zumindest sechs Monate ab Erhalt des Honorars, im Falle von Einwendungen gemäß § 53 Abs.6 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens, zu speichern. Innerhalb dieses Zeitraumes muss die Vertragsgruppenpraxis die Rechnungs-legung jederzeit wiederholen können. Die Abrechnungs-CD oder - diskette verbleibt bei der SVS und wird von ihr zumindest über den zuvor beschriebenen Zeitraum aufbewahrt.

(7) Im Falle einer Stellvertretung durch einen Arzt, der nicht Gesellschafter der Gruppenpraxis ist, verrechnet die SVS ebenfalls nur mit der vertretenen Vertragsgruppenpraxis.

§ 49
Kosten der EDV-Rechnungslegung

Die mit der EDV-Rechnungslegung, mit der Anschaffung oder Änderung eines EDV-Abrechnungssystems und mit der Datenübermittlung zusammenhängenden Kosten sind von jenem Partner des Einzelvertrages zu tragen, bei dem sie unmittelbar anfallen.

§ 50
Honoraranweisung, Honorarabzüge und Honorareinbehalt

(1) Die SVS verpflichtet sich, gemäß § 45 form- und zeitgerecht eingereichte Honorarabrechnungen grundsätzlich bis zum 15. des der Einreichung folgenden Monates an die Vertragsgruppenpraxen zur Auszahlung zu bringen. Die Überweisung des entfallenden Betrages ist zeitgerecht erfolgt, sobald der Auftrag auf Überweisung von der SVS innerhalb der obgenannten Frist ergangen ist.

(2) Wird von der SVS eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil der Vertragsgruppenpraxis als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (von der paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honoraranweisung von der SVS einbehalten werden.

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

§ 51
Gegenseitige Unterstützungspflicht

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Gruppenpraxeneinzelvertrages.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei der Erfüllung der dem Landesärzteausschuss, der paritätischen Schiedskommission, der Landesberufungskommission und der Landesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

(3) Die SVS wird der örtlich zuständigen Ärztekammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

(4) Die SVS hat alles zu unterlassen, was das Ansehen der Vertragsgruppenpraxis und deren Leistungen in

den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat die Vertragsgruppenpraxis alles zu unterlassen, was die SVS und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(5) Die Vertragsgruppenpraxis ist dazu verpflichtet, die SVS über missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen durch Anspruchsberechtigte zu informieren. Dasselbe gilt, wenn ein in ihrer Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das die Heilung oder Besserung seines Zustandes erschwert oder verzögert.

§ 52
Zusammenarbeit der Vertragsgruppenpraxis mit dem chef(vertrauens)ärztlichen Dienst

(1) Die SVS wird gegenüber der Vertragsgruppenpraxis in allen medizinischen Angelegenheiten durch den Chef(Vertrauens)arzt vertreten. Der Chef(Vertrauens)arzt und die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Die Eigenverantwortlichkeit der behandelnden Vertragsgruppenpraxis bleibt jedenfalls unberührt. Der Chef(Vertrauens)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

§ 53
Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

(1) Streitigkeiten zwischen der Vertragsgruppenpraxis und der SVS sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird die SVS, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chef(Vertrauens)arzt vertreten. Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

(2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der örtlich zuständigen Ärztekammer und der SVS. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; die beteiligte Vertragsgruppenpraxis kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die der Vertragsgruppenpraxis von der SVS zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den die Vertragsgruppenpraxis bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 37 der SVS zu leisten hat.

(4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und der Vertragsgruppenpraxis sowie der SVS mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.

(5) Die Vertragsgruppenpraxis und die SVS können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.

(6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Gruppenpraxeneinzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechs-Monate-Frist beginnt für die Vertragsgruppenpraxis mit der Zahlung des Honorars, für die SVS mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn die Vertragsgruppenpraxis die Bestimmungen des § 37 nicht beachtet, ist eine Beanstandung durch die SVS nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung bei der SVS zulässig.

§ 54
Verfahren bei Streitigkeiten

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gruppenpraxengesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gruppenpraxengesamtvertrages abgeschlossenen Gruppenpraxeneinzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen – unbeschadet der Bestimmungen des § 53 – dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 55
Gültigkeit

(1) Dieser Gruppenpraxengesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhalten einer dreimonatigen Kündigungsfrist mittels eingeschriebenen Briefes aufgekündigt werden.

(2) Wird der zwischen den Vertragsparteien vereinbarte jeweils geltende Gesamtvertrag für Einzelordinationen von einer der Vertragsparteien gekündigt, verkürzt sich die Kündigungsfrist gemäß Abs. 1 von drei auf zwei Monate.

(3) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

§ 56
Verlautbarung

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

(2) Alle Abänderungen dieses Gruppenpraxengesamtvertrages bedürfen der Schriftform.

§ 57
Wirksamkeitsbeginn

(1) Dieser gemäß § 342a ASVG abgeschlossene Gruppenpraxengesamtvertrag tritt mit 1. Jänner 2020 in Kraft und ersetzt den zum 1. Juni 2010 gemäß § 342 ASVG abgeschlossenen Gruppenpraxengesamt-vertrag.

(2) Alle auf Basis des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Juni 2010 bis zum Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Gruppenpraxeneinzelverträge bleiben weiterhin gültig.

Österreichische Ärztekammer
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte

Obmann: Präsident:

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Anhang 1

Stellenplan

für Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte und Gruppenpraxen

1. Die Zahl der einvernehmlich zu besetzenden Planstellen für Ärzte für Allgemeinmedizin, für Fachärzte (ausgenommen Zahnärzte) und Gruppenpraxen ergibt sich aus dem Stellenplan zum Gesamtvertrag für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte vom 01.01.2020. Die Verteilung erfolgt in der Regel nach dem jeweiligen Bezirksplan bzw. entsprechend den jeweiligen Vereinbarungen auf Länderebene. Im Falle der Invertragnahme einer Gruppenpraxis belegt jeder Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis eine Planstelle, die seinem Fachgebiet entspricht.

2. Erweitert die ÖGK ihren Stellenplan in einem Bundesland um eine neue Gruppenpraxen-Planstelle, so ändert auch die SVS im jeweiligen Bezirk ihren Stellenplan dementsprechend. Jede andere Planstellenerweiterung bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und der SVS.

3. Zwischen örtlich zuständiger Landesärztekammer und SVS können ergänzende Regelungen getroffen werden.

Anhang 2

Grundsätzlich ist nur die ÖNORM B 1600 (in Teilbereichen) umzusetzen. Die ÖNORM B 1601 nur in einzelnen Punkten.

Die Anmerkungen dienen dem besseren Verständnis bzw. der Erläuterung der Umsetzungsnotwendigkeiten. Soweit einzelne Punkte der ÖNORM nicht aufgeführt sind, besteht kein Umsetzungsbedarf in Gruppenpraxen.

Gliederung (gemäß ÖNORM B 1600)

Text		Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar im Einzelfall	Einhaltung ÖNORM B 1600 nicht relevant
3.1.	**Außenanlagen** Anmerkung: Notwenigkeit ist ein stufenloser Zugang zur Gruppenpraxis vom Parkplatz (Behinderten-, „Rettungsparkplatz“ bzw. vom Gehsteig			
3.1.1	Gehsteige, Gehwege und Radwege		Bestimmungen für Gehsteige und Gehwege sind relevant sofern von dort Zugang zum Objekt, in dem Gruppenpraxis untergebracht ist, erfolgt.	Radwege
3.1.3	Fußgängerübergänge			X
3.1.5	Rampen	X		
3.1.6	Stellplätze für PKW von behinderten Personen Anmerkung: Anzahl je nach Bedarf in unmittelbarer Nähe zum behindertengerechten Zugang – möglichst dem Haupteingang	X		
3.1.8	Fernsprechstellen, Notrufeinrichtungen			X wenn notwendige Telefonate durch das Sekretariat der Gruppenpraxis erledigt werden
3.2	**Gebäude**			
3.2.2	Eingänge, Türen	X		
3.2.3	Horizontale Verbindungswege	X		
3.2.4	Vertikale Verbindungswege	X		
3.2.5	Sanitärräume Anmerkung: gemeint sind WC-Räume	X gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.3.4		
3.2.6	Allgemein zugängliche Nutzräume Anmerkung: z.B. Abstellplatz für Kinderwagen, insbesondere beim Kinderarzt		nach Bedarf	
3.2.10	Spezielle bauliche Ausführungen			
3.2.10.1	Anordnung von Rollstuhlplätzen Anmerkung: Rollstuhlstellplätze im Warteraum	Mindestens zwei Plätze		
3.2.10.2	Anordnung von behindertengerechten Umkleidekabinen		X wenn die Praxis über Umkleidekabinen verfügt mindestens eine behindertengerecht	
3.3	Materialien für Böden, Wände, Decken	X		
4.1	Bedienungselemente und Orientierung	X		
4.2	Barrierefreie Sanitärräume	X	nach Bedarf gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.3.4	
4.3.5	Schalter, Durchgänge Anmerkung: Rezeption	X Induktionsschleife		
5	**Kennzeichnung**	X		

Vertragsmuster gemäß § 10 Abs. 1 des Gesamtvertrages
Gebührenfrei gemäß § 12 (1) SVSG

Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen der Gruppenpraxis .....

(im folgenden Vertragsgruppenpraxis genannt)

in .....

und der Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen(SVS)

auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2020 abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird von der Vertragsgruppenpraxis zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsgegenständliche Tätigkeit wird durch die Vertragsgruppenpraxis in folgendem Fachbereich ausgeübt:

Ordinationsstätte: .....
Ordinationszeiten: .....

§ 3

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

.....

§ 4

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

§ 5

(1) Der Vertragsgruppenpraxis gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages ihr Einverständnis, dass die von der Ärztekammer beschlossenen und der SVS bekannt gegebenen Abzüge von ihrem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 53 Abs. 3 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

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

....., den .....

Für die Sozialversicherungsanstalt Selbstständigen

.....

Unterschrift der Vertragsgruppenpraxis:

.....

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

Abkürzungsschlüssel

A	=	Augenheilkunde und Optometrie
An	=	Anaesthesiologie und Intensivmedizin
C	=	Chirurgie (Unfallchirurgie)
D	=	Haut- und Geschlechts-krankheiten
G	=	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
H	=	Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
I	=	Innere Medizin
K	=	Kinder- und Jugendheilkunde
AM	=	Arzt für Allgemeinmedizin
KNP	=	Kinder- und Jugend-heilkunde (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie)
L	=	Lungenkrankheiten
N	=	Neurologie und Psychiatrie
NC	=	Neurochirurgie
O	=	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
P	=	Physikalische Medizin
PSY	=	Psychiater
U	=	Urologie
R	=	Radiologie
PL	=	Plastische Chirurgie

Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.

2. Werden bei einem Krankenbesuch im gleichen Haushalt mehrere bei der SVS Versicherte behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Die Wegegebühren können nur einmal verrechnet werden.

3. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.

4. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 9 Abs.3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:

   a) **In Orten bis 5.000 Einwohnern** nur bei Krankenbesuchen außerhalb des geschlossenen Ortes. Die Wegegebühren werden bei geschlossenen Orten nach der Entfernung von Ortsmitte zu Ortsmitte berechnet, wobei Reststrecken bis zu 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIV angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.

6. Alle Grund- bzw. Sonderleistungen sind mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen.

7. Die Zuweisung für Rechnung der SVS zur Blutgruppenbestimmung gem. Pos.Nr. 10.01 kann nur bei medizinischer Indikation erfolgen.

8. Die in den Abschnitten A. bis E. der Honorarordnung angeführten Leistungen können nur von Vertragsärzten jener Fächer abgerechnet werden, auf die sich der jeweilige Abschnitt der Honorarordnung bezieht, bzw. die in den Besonderen Bestimmungen zu den einzelnen Abschnitten oder der einzelnen Position ausdrücklich genannt sind.

9. Die nachstehenden in der Honorarordnung angeführten Leistungen werden nur dann honoriert, wenn die vertraglich vorgesehene Begründung im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) angeführt ist:

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

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
1.	**Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)**	
A1	Erste Ordination	26
	einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. B1 verrechenbar.	
A2	Weitere Ordination	18
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	18
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	18
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	27
	Die Pos.-Nr. A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. A3 bis A5 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.	
SC1	Senioren-Check für Patienten, die das 70. Lebensjahr vollendet haben.	32,8
	Allgemeinmedizinische Anamnese und Evaluierung medizinischer Interventionen unter spezieller Berücksichtigung altersbiopsychosozialer Aspekte, Multimorbidität oder Polypharmazie. Die Pos.-Nr. SC1 ist einmal pro Kalenderjahr abrechenbar und nicht gemeinsam mit der Position TA oder HMG.	
2.	**Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)**	
B1	Erster Krankenbesuch	65
	einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. A1 verrechenbar.	
B2	Weiterer Krankenbesuch	55
B3	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	31
	nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar	
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	31
	Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.	
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	52
	Bei den Pos.-Nr. B3 und B4 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. B3 bis B5 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.	
2h	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	3
2i	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	5
3.	**Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)**	
	Bei Krankenbesuchen,welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
3a	bei Tag	20
3b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	40
3c	ausführlicher Befundbericht	15
	Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVS nicht verrechnet werden.	
	Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.	
4.	**Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)**	
4a	Konsilium bei Tag	30
4b	Konsilium bei Nacht	40
	Der berufene Arzt ist anzuführen.	
5.	**Ordination (Facharzt)**	
E11	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Urologie, Gynäkologie, HNO, Neurologie und Dermatologie	37
	einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F11 verrechenbar	
E12	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. E11 angeführt sind	32
	einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F12 verrechenbar	
E3	Weitere Ordination	16

Pos.-Nr.		Punkte
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	14
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	14
E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	24

Die Pos.-Nr. E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. E4 bis E6 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.

6. Krankenbesuch (Facharzt)

F11	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten Urologie, Gynäkologie, HNO, Neurologie und Dermatologie ..... *einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E11 verrechenbar*	65
F12	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. F11 angeführt sind ..... *einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E12 verrechenbar*	65
F3	Weiterer Krankenbesuch	45,5
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde ..... *nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar*	27
F5	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen ..... *Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.*	27
F6	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	48

bei den Pos.-Nrn. F4 und F5 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. F4 bis F6 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.

6l	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	3
6m	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	5

7. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)

Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:

7a	Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde: bei Tag	30
7b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	60
7c	ausführlicher Befundbericht ..... *Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVS nicht verrechnet werden.* *Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.* *Die Honorierung erfolgt nur, wenn die Vertragspartnernummer des Zuweisers im Feld „VPNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01) oder der Name des Arztes im Feld „ZUNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01), für den der Befund bestimmt ist, im Begründungsfeld des elektronischen Abrechnungssatzes angegeben wird.*	15

8. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)

8a	bei Tag	50
8b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	80

Der berufene Arzt ist anzuführen.

9. Wegegebühren

9a	ein Doppelkilometer bei Tag	Euro 2,12
9b	ein Doppelkilometer bei Nacht	Euro 3,20

Pos.-Nr. Punkte

9.1 Koordinierung

1j Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt 23

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Abrechnungszeitraum in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 15 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.

Erläuterungen zum Positionstext:

1. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements,
2. telefonischer und persönlicher Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung,
3. Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes,
4. Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation,
5. Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.

9.2 Heilmittelberatungsgespräch

HMG Heilmittelberatungsgespräch ..... Euro 12,78

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

1. *Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Radiologie, physikalische Medizin und Labormedizin) berechtigt.*

2. *Das Heilmittelberatungsgespräch kann von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 12% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 9% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechungsberechtigten Vertragsfachärzten in höchstens 7% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum abgerechnet werden.*

3. *Das Heilmittelberatungsgespräch ist gleichzeitig mit der Pos.-Nr. 1j verrechenbar.*

4. *Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos.-Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar. Gleiches gilt bezüglich der Positionen BIO1 und BIO2.*

5. *Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 und 10 Minuten zu dauern. Der Vertragsarzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.*

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

1. TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil …… 25

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

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

b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin sowie die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie berechtigt.

c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache" persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache" mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.

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

e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.

f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache" ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 33% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 5% der Behandlungsfälle pro Quartal und den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

g) Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache" ist unzulässig. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache" verrechnen.

h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache" mit den Pos.Nr. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals ist nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache" mit der Pos.-Nr. 36a innerhalb eines Quartals ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose. Weiters ist die gleichzeitige Verrechnung mit den Positionen 39a, BIO1 und BIO2 ausgeschlossen.

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

2. PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch……. Euro 25,57

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

a) Zur Verrechnung sind alle Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und für Radiologie) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom psychosomatische Medizin verliehen wurde.

b) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.

c) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.

d) Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.

e) Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.

f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräches mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A. IX. der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.

g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

h) Die gleichzeitige Verrechnung mit der Position BIO2 ist ausgeschlossen.

3. Substitutionsbehandlung

Pos.-Nr.		Euro
SUB	Erst- bzw. Wiedereinstellung eines Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung AM, I, K, L, N, PSY *Die Position ist pro Patient und Jahr einmal verrechenbar. Bei dokumentierten Behandlungsabbrüchen und Wiederaufnahme der Behandlung innerhalb eines Jahres ist die Verrechnung der Position ein zweites Mal möglich.*	142,35
WSUB	Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung – Erstkontakt im Quartal AM, I, K, L, N, PSY *Die Position ist pro Patient und Quartal einmal verrechenbar, sofern in diesem Quartal vom selben Arzt für den selben Patienten nicht bereits die Pos. SUB zur Abrechnung gelangt*.	87,61
W2SUB	Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung – Folge im Quartal AM, I, K, L, N, PSY *Die Position ist zusätzlich zu Position SUB und WSUB pro Patient und Quartal maximal zweimal verrechenbar.*	56,95

4. Rheumatische Therapieeinstellung mit Biologica

Verschreibung einer selektiven immunmodulatorischen Therapie (Biologicum) im Sinne eines biologischen DMARDs (bDMARD) oder targeted synthetic DMARDs (tsDMARD) für Fachärzte mit dem Sonderfach für Innere Medizin und Rheumatologie bzw. mit dem Sonderfach für Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie sowie für Fachärzte für Dermatologie

Pos.-Nr.		Euro
BIO1	Erstverschreibung einer Arzneispezialität zur Behandlung von entzündlichen Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis und zur Therapie entzündlicher Darmerkrankungen aus folgenden ATC-Gruppen (soweit diese im Erstattungskodex angeführt sind): L04AA, L04AB, L04AC, L04AF, L04AG. Umfasst sind die Anordnung und Analyse von Laborbefunden, bildgebenden Verfahren und ggf. weiterer Untersuchungen, die physikalische Untersuchung (Status), das Aufklärungsgespräch länger als 15 Minuten mit schriftlicher Einverständniserklärung („informed written consent“). *Nicht gleichzeitig mit TA und HMG verrechenbar*.	100,00

Pos.-Nr.		Euro
BIO2	Weiterverschreibung einer selektiven immunmodulatorischen Therapie verrechenbar drei Monate nach der Erstverschreibung (Pos. BIO1) sowie drei Monate nach einer Weiterbehandlung während einer aufrechten Therapie mit einem in Pos. BIO1 angeführten Biologicum. Umfasst sind die Anordnung und Analyse von Laborbefunden, bildgebenden Verfahren und ggf. weiterer Untersuchungen, relevante physikalische Untersuchung (Status), sowie ein Beratungsgespräch länger als 10 Minuten. Eine gleichzeitige Verrechnung der Pos. 4a, 4b, 8a, 8b, HMG, TA und PS am gleichen Tag ist nicht zulässig.	35,00

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
10.	**Blutabnahme**	
10a	Blutabnahme aus der Vene	8
10b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
10c	Aderlaß *(verrechenbar bei Polycythemia vera oder sekundäre Polyglobulie)*	15
10d	Blutabnahme aus der Vene inkl. Vorbereitung und Koordination Labor *nicht gemeinsam mit Pos. 10a abrechenbar*	12
10e	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern inkl. Vorbereitung und Koordination Labor bis zu 6 Jahren *nicht gemeinsam mit Pos. 10b abrechenbar*	16
11.	**Injektionen**	
11a	Subcutane, intracutane Injektion *Pro Ordination bzw. Besuch können intracutane Injektionen nur als eine Injektion verrechnet werden (Quaddelbehandlung).*	2
11b	intramusculäre Injektion	2
11c	Intravenöse Injektion	6
	bei Serieninjektionsbehandlung ab der 4. Injektion	4
11d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
11k	Endoneurale oder epineurale Injektion	30
11l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten (z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien), pro Abrechnungszeitraum sind höchstens drei Injektionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	60
11q	Krampfadernverödung pro Injektion *maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung*	6
11s	Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidenknoten pro Injektion	6
11u	Periarticuläre Gelenksumspritzung (ein großes oder mehrere kleine Gelenke)	18
11v	Intraarticuläre Injektion (große Gelenke)*	50
11w	Intraarticuläre Injektion (kleine Gelenke)*	30
	* je Gelenk und Abrechnungszeitraum sind höchstens sechs Injektionen verrechenbar (ausgenommen Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester)	
12.	**Infiltrationen**	
	Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infiltrationen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
12a	Subcutane Infiltration	7
12b	Intramusculäre Infiltration	7
12d	Perineurale Infiltration	18
13.	**Infusionen**	
	Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infusionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
13a	Subcutane Infusion	20
13b	Intravenöse Infusion	25
13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion *nur bei einer Infusionsdauer über 30 Minuten verrechenbar*	10
14.	**Implantationen**	
14a	Kristall-Implantationen mittels Troikart	20
14b	Kristall-Implantationen mittels Incision und Naht	35

Pos.-Nr.		Punkte
15.	**Impfung**	
15b	Therapeutische Impfung (Cutivaccine, Paspat o.ä.)	5
16.	Punktion (diagnostisch)	
16a	Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel bzw. Nervennadelbiopsie (z.B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä., einschließlich Oberflächen-Anaesthesie)	14
16b	Aus Gelenken	30
16i	Punktion der Prostata *(maximal dreimal verrechenbar und nicht gemeinsam mit 37i)*	30
17.	**Punktion (therapeutisch)**	
17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszeß oder Serom	20
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	50
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	80
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	60
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	60
17h	Aus dem Wasserbruch	20
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	40
17k	Aus der Harnblase	45
18.	**Betäubung – Wiederbelebung**	
18a	Kälteanaesthesie, Oberflächenanaesthesie *je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar; nicht verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde und Urologie*	2
18c	Infiltrationsanaesthesie *je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar*	10
18d	Leitungsanaesthesie *nicht gemeinsam mit Pos. 11l, 11u, 11v, 11w und 12d abrechenbar“*	18
18f	Lumbalanaesthesie	80
18g	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	30
18h	Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	40
19.	**Endoskopien** (Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten. Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden.)	
19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	17
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes	20+RI
19bf	flexible Endoskopie der oberen Atemwege *Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle pro Arzt und Monat limitiert. Nicht am selben Tag mit 19b oder 19j verrechenbar.*	60+RI
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	20+RI
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	35+RI
19e	flexible Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) *nicht am selben Tag mit 19k, 19l und 19p verrechenbar;*	55+RI
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie) *nicht gleichzeitig mit 19s, 19sp, 19pp, 19rs, 19rsp, 19rspp und 19stb verrechenbar*	35+RI
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals (Endocervicoskopie)	35+RI
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	35+RI
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie) *nicht am selben Tag mit 19l und 19p verrechenbar*	45+RI
19j	Endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes	20+RI
19k	flexible Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) *nicht am selben Tag mit 19e, 19l und 19p verrechenbar*	80+RII
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (RIII nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück) *nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19p verrechenbar*	70+RIII
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	120+RII I

Pos.-Nr.		Punkte
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie)	120+RIII
	Nicht neben Pos. 19r, 19rs, 19rsp, 19rspp und 19rstb verrechenbar.	
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken (RIV nur bei Verwendung von Einmal-UK, 2 Stück)	
	nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19l verrechenbar	75+RIV
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkshöhle (Arthroskopie)	110+RIII
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums (Gastroskopie, Duodenumskopie)	
	nicht neben Pos. 19o, 19s, 19sp, 19pp, 19rs, 19rsp, 19rspp, 19stb und 19rstb verrechenbar.	385,6
19s	Koloskopie exklusive Polypenabtragung	
	nicht neben Pos. 19r, 19sp, 19pp, 19rs, 19rsp, 19rspp, 19stb und 19rstb verrechenbar.	457,8
19sp	Koloskopie inklusive Abtragung eines Polypen	
	nicht neben Pos. 19r, 19s, 19pp, 19rs, 19rsp, 19rspp, 19stb und 19rstb verrechenbar.	543
19pp	Koloskopie inklusive Abtragung zweier oder mehrerer Polypen	
	nicht neben Pos. 19r, 19s, 19sp, 19rs, 19rsp,19rspp, 19stb und 19rstb verrechenbar.	608,6
19rs	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums (Gastroskopie, Duodenumskopie) *und Koloskopie exklusive Polypenabtragung*	
	nicht neben Pos. 19o, 19r, 19s, 19sp, 19pp, 19rsp,19rspp, 19stb und 19rstb verrechenbar	718,8
19rsp	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums (Gastroskopie, Duodenumskopie) *und Koloskopie inklusive Abtragung eines Polypen*	
	nicht neben Pos. 19o, 19r, 19s, 19sp, 19pp, 19rs, 19rspp, 19stb und 19rstb verrechenbar	810,6
19rspp	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums (Gastroskopie, Duodenumskopie) *und Koloskopie inklusive Abtragung zweier oder mehrerer Polypen*	
	nicht neben Pos. 19o, 19r, 19s, 19sp, 19pp, 19rs,19rsp, 19stb und 19rstb verrechenbar	876,2
19stb	Koloskopie inklusive Stufenbiopsie	608,6
	Entnahme von mehreren endoskopischen Biopsien aus verschiedenen Darmabschnitten, bei Durchfallerkrankungen, Verdacht auf entzündliche Darmerkrankungen (CED, mikroskopische Colitis, etc.), sowie zur Abklärung bei Reizdarmsymptomatik.	
	Nicht neben Pos. 19r, 19s, 19sp,19pp, 19rs, 19rsp 19rspp und 19rstb verrechenbar.	
19rstb	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums (Gastroskopie, Duodenumskopie) und Koloskopie inklusive Stufenbiopsie.	876,2
	nicht neben Pos. 19o, 19r, 19s, 19sp,19pp, 19rs, 19rsp und 19rspp und 19stb verrechenbar.	

Anmerkung zu Positionen 19r bis inklusive 19rstb: Hier ist kein Regiezuschlag verrechenbar. Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der ÖÄK über die Durchführung gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskopwaschmaschine“).

Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Koloskopien ist, dass in mindestens 90% der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der SVS übermitteln.
Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Koloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie notwendigen Medikamente (ausgenommen zur Darmreinigung), die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe diese in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Patient seine Zustimmung erteilt hat.

Darmreinigungsmittel sind mittels Rezept (e-Rezept) zu verordnen und vom Patienten von der Apotheke zu beziehen.

Abgegolten ist die Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam, Propofol oder gleichwertigen Arzneimitteln).

Die Sedierung inkludiert:
Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzugangs sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehender Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel).
Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und soweit erforderlich – EKG-Monitoring. Der Patient ist während des Eingriffs und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen.
Ausführliche und dokumentierte Aufklärung über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation.

Sind am gleichen Tag neben der Gastroskopie bzw. Koloskopie auch andere kurative Leistungen zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen, sofern diese nicht in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie stehen.
Zuzahlungen zur Gastroskopie bzw. Koloskopie sind weder zu fordern noch entgegenzunehmen.

Pos.-Nr.		Punkte
19SEB	schriftlicher Ergänzungsbefund	8
	Einmalig abrechenbar nur in jenen Fällen, in denen der Befundbericht nachträglich um die Biopsie-Ergebnisse zu ergänzen ist.	
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparaskopie)	235+RIII
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung	450+RIV
20.	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre	15
20b	Ausheberung des Magens	15
20c	Ausspülung des Magens	30
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	5
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	6
20i	Aufblähung des Mastdarmes	10
20k	Sphinkterdehnung	15
21.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	
21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel	
	einwurzelig	4
	mehrwurzelig	6
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch), einschließlich eventueller thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	20
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	6
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	15
21h	Abstrich	4

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE und OPTOMETRIE

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

Pos.-Nr.		Punkte
22.	Untersuchungen	
22b	Zentrale Refraktionsbestimmung (subjektiv und/oder objektiv; beinhaltet: Bestimmung von Visus und/oder Brillenglas und/oder Astigmatismus mittels Refraktometer und/oder Skiaskopie und/oder Messbrille/Phoropter)	15
	1 x im Monat abrechenbar (in Ausnahmefällen auch öfter mit Begründung).	
22f	Untersuchung des Farbsinnes auf pseudoisochromatischen Tafeln	10

Pos.-Nr.		Punkte
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie) N..... *wird in seltenen Ausnahmefällen die kinetische und statische Perimetrie durchgeführt, ist die Begründung anzuführen*	20
22hx	Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille ..... *(nicht am gleichen Tag mit 22hy verrechenbar)*	8
22hy	Fundus ohne medizinisch erweiterter Pupille ..... *(nicht am gleichen Tag mit 22hx verrechenbar)*	5
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe ..... *maximal 3x am Tag mit Begründung Tagesdruckkurve bei Glaukom bzw. Glaukomverdacht verrechenbar*	15
22k	Untersuchung mit dem Exophtalmometer	10
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	10
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens N	5
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut (verrechenbar einmal jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit)	15
22o	Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest, Tränenaufreisszeit, Vitalfärbungen)	5
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie ..... *1 x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar, nicht gemeinsam mit 22g verrechenbar*	45
22q	Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege *1 x pro Quartal verrechenbar*....	60
22r	Entfernung kleiner Geschwulste an den Lidern D.	60
22s	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode ..... *Abrechenbar nur in Kombination mit den Positionen 22j, 22q, 22r, 22n, 23a, 24a, 24c sowie der Pos. 22l mit Begründung Blepharospasmus*	2
22t	SD-OCT (Spectral Domain *Optische Kohärenztomographie*) der hinteren Augenabschnitte *(Netzhaut oder Sehnerv) beider Augen inkl. Befundung,* *wobei zumindest bei Untersuchungen zur Diagnostik oder bei Vorliegen von Makulaerkrankungen jedenfalls mehrere Schnittbilder, welche den gesamten Makulabereich abdecken, durchzuführen sind* *Einmal je Tag und Fall bei folgenden Indikationen verrechenbar:* *Diagnostik, Ausschluss- und Verlaufskontrolle bei* • *Netzhaut- oder Sehnervenerkrankung* • *Zur Abklärung unklarer Sehbeschwerden* *Im niedergelassenen Bereich ist die laufende Betreuung von Patientinnen/Patienten, die inwiederkehrender IVOM-Behandlung stehen, derzeit keine Indikation.*	126,7

23. Fremdkörperentfernung

23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut AM	20

24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

24a	Wimpernepilation	15
24c	Spaltung des Hordeolums	15
24d	YAG-Laser Behandlung; *Einmal je Auge und Tag bei folgenden Indikationen verreichenbar:* 1. *Kapselfibrose bei Pseudophakie* 2. *Engwinkelglaukom* 3. *Durchtrennung fibrotischer Glaskörperstränge*	452,8

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

25. Wundversorgung

Pos.-Nr.		Punkte
25a	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde AM, D, K, I, H, U, PL ..... *einmal pro Region verrechenbar*	10
25b	Abtragung einer großen Brandblase AM, D, K	8
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung AM, D, K	14
25d	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl. chirurgische Versorgung nach jeder Methode AM, D, K, PL ..... *Einmal pro Region verrechenbar*	50

Pos.-Nr.		Punkte
25e	Naht und Klammerentfernung AM, D, K	5
	Einmal pro Region verrechenbar	

Für Wundbehandlungen bei Kindern unter 6 Jahren ist zu den Pos.-Nrn. 25a, 25b und 25c ein Zuschlag in Höhe von 50% verrechenbar.

26. Kleine operative Eingriffe

26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Haematoms (pro Sitzung) AM, A, D, G, K, H, U	15
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung D, K	15
26c	Abtragung einer Eiterblase AM, D, K	5
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze AM, D, G, K, H	8
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung AM, D, G, K, U, PL	15
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste AM, A, D, G, K, H	15
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe AM, D, I	15
26h	Entfernung eines Nagels am 2. – 5. Finger oder an der 2. – 5. Zehe AM, D	6
26i	Chirodiagnostik und Chirotherapie, AM, O, C, G, I, HNO, N, PSY	40
	max. 5 Sitzungen pro Patient und Quartal.	
	Ein Ausbildungsnachweis ist hierfür erforderlich.	

27. Verbände

Die Verrechnung der Positionen unter Kapitel 27 ist für die ausschließliche Versorgung von Hautpunktionsstellen nach Blutabnahmen, Injektion, Infiltration, Infusion, Impfung, Punktion nicht möglich."

27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigem Zinkleimverband oder Elastoplastverband AM, D, I, K, H, PL	17
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität AM, D	30
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum AM, D, I, K, H	15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes AM	50
27e	Gipsverband von Hand, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte AM	90
27f	Gipsverband der oberen Extremitäten mit Schultergürtel, der unteren Extremitäten mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax AM	150
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes AM	8
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder) AM.....	15
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes AM	15
27k	Zuschlag für Gehbügel (nur bei nachträglicher Anbringung) AM	10
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen bei statischen Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage bzw. vollständige Neuanlage pro Extremität AM, D, I	30
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes (gem. Pos.Nr. 27l) AM, D, K	10
	Zu den Positionen 27d, 27e, 27f und 27k ist das Material auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.	
27n	Verbandwechsel AM, D, K	6
	Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters. Nicht bei Incision von Panaritien aller Art sowie den Pos. 25a, 25b, 25c, 25d und 27c.	

28. Gipsmodell für orthopädische Behelfe

28a	Gipsmodell für Einlagen, je Seite	29
	(Das Material ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.)	
28b	Herstellung von geführten Abdrücken für Maß- oder Modelleinlagen mittels Trittschaummodellen (inkl. Material), je Seite	12
	(Die gleichzeitige Verrechnung mit Position 28a ist nicht möglich; Blaudruck nicht gesondert verrechenbar.)	

29. Knochenbrüche (provisorische Versorgung – Notverband)

29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen) AM, K	15
29b	Alle übrigen Knochen AM, K	30

VI. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Pos.-Nr.		Punkte
30.	Frauenheilkunde	
30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	40
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars ..... (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)	15
30c	Kauterisation der Vulva, Vagina, Portio und/oder der Cervix	50
30e	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objektträger und Fixierlösung AM, K, U	7
30f	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle AM, D, U	4
30g	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle AM, D, U ..... *(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)*	3
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat D, K, U	7
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), jedes weitere Präparat D, U ..... *(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)*	4
30j	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr ..... *maximal in 5% der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar. Mögliche Inhalte des Beratungsgespräches sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, …), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.*	19
30k	Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie ..... *verrechenbar einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar.*	19
30l	Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in der Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz..... *verrechenbar in maximal 6% der Fälle pro Arzt und Quartal, nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung*	12

Pos.-Nr.		Punkte
31.	Geburtshilfe	
31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	30
31b	Beistand bei pathologischer Entbindung; für den Beistand bei einer normalen Geburt ohne Kunsthilfe darf nur der Besuch und Pos.Nr. 31a verrechnet werden. Der Zeitaufwand, der nur auf Wunsch der Wöchnerin entsteht, ist mit dieser nach Vereinbarung zu verrechnen	100
31c	Manuelle Muttermunddilatation	25
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	25
31e	Ultraschall-Untersuchungen-Doppler-Effekt zur Kontrolle der fetoplazentaren Einheit	30
31f	Cardiotokographie, mindestens 30 Min.	55,6

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

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

Pos.-Nr.		Punkte
32.	Untersuchungen	
32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung, Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus oder Lage-, Lagerungs-Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen je N, K	16
32b	Tonschwellenaudiometrie K	30
	Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.	
32c	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	50
32e	Sprachaudiometrie	40
32g	Otomikroskopische Untersuchung *(nur in maximal 50 % der Behandlungsfälle verrechenbar)*	15
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung *in maximal 50 % der Fälle verrechenbar, maximal 2 mal pro Patient und Monat*	25
32i	Otoakustische Emissionen *in maximal 9 % der Fälle verrechenbar*	25
33.	Therapeutische Verrichtungen	
33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr AM, K	10
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	12
33d	Hintere Nasentamponade	50
33e	Cerumenentfernung je Seite AM, K	6
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anaesthesie je Seite	8
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	45
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle je Seite	20
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	18
33k	Attic-Spülung	8
33l	Vordere Nasentamponade AM	20
33m	Speichelgangsondierung	10

VIII. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
INNEREN MEDIZIN

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

……..

Indikationen der Verrechenbarkeit:

a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:
Bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtes durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung

b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei
Sekundärer Hypertonie
Praeeklampsie
Schlafapnoe
Hypertoner Herzhypertrophie

c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:
Bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch)
nach Schlaganfall, Herzinfarkt
mit Herzinsuffizienz
mit echokardiologisch festgestellter Linkshypertrophie
mit Diabetes mellitus
mit fehlender Rückbildung von Organschäden
mit Wechselschichtdienst
mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer Schwindel)
zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie
bei Schwangeren mit EPH-Gestose

Medizinische Erläuterungen:
Untersuchungshäufigkeit:
Einmal zur Diagnostik
Ein- bis mehrmalige Kontrolluntersuchung(en) bei ungenügender medikamentöser Einstellung

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

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

34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett AM ..... *nur in Verbindung mit Visiten verrechenbar*	18
34g	Herzschrittmacherkontrolle (1-Kammer oder 2-Kammer-System)	149,1
34i	Kontrolle eines Herzschrittmachers zur kardialen Resynchronisatonstherapie (CRT) oder in Form eines implantierten Kardioverter-Defibrillators (ICD)	248,4

VIIIa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der LUNGENHEILKUNDE

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

Pos.-Nr.		Punkte
34aa	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung, H, N *Verrechenbar einmal pro Fall und Quartal. Der Umfang der ambulanten Schlafapnoeuntersuchung umfasst alle Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind insbesondere die Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundung. Der Befund ist jedenfalls aufzubewahren und ggf. der SVS bzw. dem Schlaflabor zur Verfügung zu stellen.*	113,9
34ab	Messung der CO-Diffusionskapazität (nach single breath oder steady-state Methode)	37,1

VIIIb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der KINDER- und JUGENDHEILKUNDE

Pos.-Nr.		Punkte
34.	Untersuchungen und Behandlungen	
ZK1	Zuschlag für die Behandlung von Kindern vor dem vollendeten 6. Lebensjahr AM, D	7
ZK2	Zuschlag für die Behandlung von Kindern vom vollendeten 6. Lebensjahr bis zum vollendeten 10. Lebensjahr AM, D	3
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kinder (bis einschließlich dem 18. Lebensjahr) bei den Indikationen Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen, Urticaria oder Adipositas/Übergewicht D ..... *einmal pro Kalendervierteljahr verrechenbar*	21,7
34k	Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsstandes bei neurologisch beeinträchtigten Kindern (kann auch von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie verrechnet werden)	30
34t	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf klinisch relevante neurologische Beeinträchtigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) ..... *nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar* *nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar*	42
34u	Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) ..... *einmal im Monat verrechenbar* *nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar*	22
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) ..... *einmal pro Fall und Quartal in maximal 10% der Fälle verrechenbar* *nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar*	22
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) ..... *in maximal 8% der Fälle im Quartal verrechenbar* *nicht gemeinsam mit Pos.34t, 34u und 34v verrechenbar*	22
34ba	Behandlungszuschlag bei Enuresis, Enkopresis ab vollendeten 3.Lj., AM, U *1x pro Quartal/Patient*	29
34bb	Beratung von Kindern und Jugendlichen mit morbider Adipositas zwischen dem 6. und dem 18. Lebensjahr *in 10% der Fälle, nicht gleichzeitig mit Pos. TA verrechenbar*	21,7
34bc	*Somatogramm für die Kinderheilkunde* *in maximal 30% der Fälle im Quartal verrechenbar*	13
34bd	Inhalationsschulung. Unterweisung von Eltern/Betreuungspersonen im korrekten und effizienten Gebrauch der verschiedenen Inhalationshilfen, dem Alter entsprechend; Pulverinhalation, Dosieraerosol/Vorschaltkammer, Vernebler; inklusive praktischen Übungen. Erklärung Dosisanpassungen und Notfallplan bei Exazerbation/Verschlechterung *einmal im Quartal verrechenbar*	25,2

IX. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der NEUROLOGIE

Pos.-Nr.		Punkte
35.	Untersuchungen	
35b	Ausführliche neuropsychiatrische Exploration – K(KNP) PSY	40
	Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar. Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.	
35d	Elektroenzephalographie oder Messung visuell, akustisch oder somatosensibel evozierter Gehirnpotentiale (VEP, AEP, SSEP) je Untersuchungsart PSY	120
35e	Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patient auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie. - K(KNP) PSY	26
	Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben. Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.	
	Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.	
35f	Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation - K(KNP), PSY	40
	Höchstens einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.	
35g	Neuropsychometrische Skala (z.B. MMSE, EDSS, UPDRS, etc) – AM, PSY	20
	maximal einmal pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar.	
35h	ENG (Elektroneurographie)	68
35i	EMG (Elektromyographie)	68
35j	ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie)	108
	Die Positionen 35h bis 35j können in maximal 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.	
35k	Eingehende Sensibilitätsprüfung, AM, N, PSY, O	6,7
36.	Therapeutische Verrichtungen	
36a	Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	35
	1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention. 2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder klinisch relevanter neurologischer Beeinträchtigung bei Kindern.	
	Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar.	
	Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch" ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.	
	Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sowie durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.	
	Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die erhobenen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.	
36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) K	98
	Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar.	
	Ein Zuschlag für Zeitversäumnis kann erst bei einer Behandlungsdauer von mehr als 45 Minuten verrechnet werden.	
36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung 50 Minuten - K(KNP)	98
	Im Erkrankungsfall maximal dreimal verrechenbar.	
	Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36d, 36e sowie 36f ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch" ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.	
	Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.	
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 Minuten	98
	Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar.	
	Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36e sowie 36f ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch" ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.	

Pos.-Nr.		Punkte
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 Minuten	49
	Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar. *Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36f sowie ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch" ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.* *Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.*	
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 Minuten (max. 10 Patienten), je Patient und Therapieeinheit	11
	Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36e ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch" ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. *Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.*	

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

Pos.-Nr.		Punkte
37.	Untersuchungen	
37g	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung *(nur durch Fachärzte für Urologie verrechenbar)*	15
37h	Dreigläserprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Beurteilung des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	10
37i	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (exkl. Punktionsnadeln)	150
	einmal pro Tag verrechenbar; *die Kosten für die Punktionsnadel sind, sofern sie nicht als proordinatione zur Verfügung gestellt wird, gesondert verrechenbar*	
37j	Tumornachsorge nach maligner Hauterkrankung ……..	37,1
	(Diese Position umfasst eine gezielte Anamnese, die Inspektion des gesamten Integuments sowie Palpation der Primärnarbe, In- transit-und Lymphabstromgebiete und Lymphknotenstation)	
38.	Therapeutische Verrichtungen	
38a	Katheterismus der männlichen Harnblase AM, I, K	10
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase AM, G, I, K	5
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies AM	10
38d	Blasenspülung AM	4
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre	16
38f	Weitere Strikturdehnung	8
38i	Einbringung von Medikamenten in die Harnröhre	3
	Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38q ist nicht möglich.	
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D	6
	höchstens verrechenbar in 50 % der Fälle pro Quartal, maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr; mehr als 6 Läsionen pro Patient und Jahr bei Anführung einer medizinischen Begründung (z.B. Tumorpatient)	
38k	Kühlsonde	8
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen (siehe Pos.Nr. 26d u. 26e) C, G, K	15
	nur einmal am Tag verrechenbar	
38n	Elektrolyse	15
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose K	8
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	40
38q	Urologische Schleimhautanästhesie	4
	nur verrechenbar bei Pos.19e, 19i, 19k, 19l, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 38x. *Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38i ist nicht möglich.*	
38r	Kryotherapie *je Sitzung* AM, K	15
38t	Prostatamassage	5
38w	Therapeutische Instillation der Harnblase	60
	Die gleichzeitige Verrechnung endoskopischer Leistungen und der Pos. 38a bis 38c, 38i und 38q ist nicht möglich.	

Pos.-Nr.		Punkte
38x	Wechsel eines suprapubischen Katheters mit Fixation AM	16
38y	Phototherapie, *je Behandlung*,	11,1
38z	Photochemotherapie bis zur 16. Behandlung, *je Behandlung* D	14,9
38zz	Photochemotherapie ab der 17. Behandlung, *je Behandlung* D	11
39.	Allergiebehandlung	
39a	Allergologisches Beratungsgespräch AM, D, K, H, L *maximal einmal pro Kalendervierteljahr verrechenbar, nur in Zusammenhang mit weiteren Allergiepositionen verrechenbar, nicht gemeinsam mit der Position TA verrechenbar*	25
39b	Pricktest AM, D, K, H, L *einmal im Kalenderhalbjahr sind maximal 4 Testserien je Behandlung verrechenbar pro Testserie*	31,3
39c	Epicutantest AM, D, K, H, L *einmal im Kalenderhalbjahr sind maximal 4 Testserien je Behandlung verrechenbar pro Testserie*	62,6
39d	Subcutane Immuntherapie, AM, D, K, H, L *einmal pro Patient und Tag verrechenbar, mit Begründung ein zweites Mal möglich*	12,5

Xa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

Pos.-Nr.		Euro
40.	Diagnostik	
40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung *Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar*	203,75
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	51,23
40c	Diagnostische Außenanamnese	38,42
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	51,23
40e	Neurologischer Status	32,60
40f	Entwicklungsneurologischer Status *2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr*	75,68
40g	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	75,68
40h	Somatischer Status	12,80
40i	Somatogramm Bei jedem Kontakt	12,80
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video) *1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten*	407,48
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik *2x/Diagnose/max. alle 2 Jahre; max. 10% der Patienten*	203,75
41.	Behandlung	
41a	Verlaufsbehandlung – Regelbehandlung mit Dokument	76,84
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung *bei max. 10% der Patienten*	203,75
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern und Patient)	38,42
42.	Vernetzungsleistung	
42a	Koordination bei Patienten	25,62
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) *1x pro Jahr; max. 20% der Patienten*	203,75
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan) *1x pro Jahr*	51,23
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose und Behandlungsplan	12,80

Xb. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Abrechnungsberechtigt sind ausschließlich Fachärzte mit FG-Code 20 lt. DVP Kapitel C.1. Somit Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, wenn diese schwerpunktmäßig psychiatrisch tätig sind

2. Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für den gleichen Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung abrechenbar. Ausgenommen davon sind folgende Positionen: 6l, 6m, 7c, 8a, 8b, 9a, 9b, SUB, WSUB, W2SUB, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g, 35b, 35f und 35k.

Pos.-Nr.		Punkte
45.	Untersuchungen	
45a	Erstuntersuchung/-behandlung, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	50

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
   Zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen).
2. Psychiatrischer Längsschnitt
   Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-)somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose.
3. Behandlungsplan
   Erstellung eines psychiatrischen Behandlungskonzeptes. Beinhaltet die Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes auf biologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ebene aufgrund der Erstdiagnose (Arbeitshypothese/-diagnose) unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenden Therapiemotivation des Patienten.
4. Verbale Intervention
   Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

Maximal fünfmal pro Patient innerhalb von 18 Monaten verrechenbar, an einem oder mehreren Tagen. Neuerliche Verrechenbarkeit möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte. Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar. Abrechenbar nur für neue Fälle ab Inkrafttreten dieses Abschnittes der Honorarordnung.

45b	Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten	34

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
   Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung
2. Verbale Intervention
   Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.
Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45c und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.

45c	Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten	52,8

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
   Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung
2. Verbale Intervention
   Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.
Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.

Pos.-Nr.		Punkte
45d	Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten	100

Mindestinhalt:
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
   Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung
2. Verbale Intervention
   Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.
Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.

45e	Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten	9,2

Mindestinhalt:
1. Außenanamnese mit Bezugspersonen
   Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch.
2. Sozialpsychiatrische Intervention
   umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten.

Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der SVS auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar.

45f	Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit	18,9

Pro Patient und Tag maximal zweimal abrechenbar.

45g	Psychiatrische Skale: Diagnosespezifische oder gleichwertige Tests, die zu benennen sind Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	18,3

Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.

45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	18,3

Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.
Abrechenbar in maximal 12% der Fälle pro Quartal.

45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	36,7

In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar

45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) Dauer im Allgemeinen 70 Minuten	135,8

Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ausführliche Begründung erforderlich.
Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.

45k	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	165,1

2x pro Jahr; maximal 10% der Patienten

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

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.

2. Pro Patient kann eine Anfang- und Endordination verrechnet werden, weitere Ordinationen nur dann, wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung erforderlich ist, was kurz zu begründen ist.

3. Die physikalische und Bestrahlungstherapie ist pro Behandlungsfall für höchstens zwei Behandlungsarten bis zu je 20 Behandlungseinheiten bewilligungsfrei. Für jede darüber hinausgehende Behandlung ist die vorherige Zustimmung der SVS einzuholen.

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

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der SVS von Vertragsfachärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der SVS gemäß Punkt 3. berechtigt sind.

2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizite die Durchführung als „sonographische Untersuchung" und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisung verrechnen.

3. Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen, die eine entsprechende Information an die SVS weiterleitet.

4. Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

5. Jene sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Innere Medizin und Radiologie, die innerhalb eines Kalendervierteljahres die nachstehenden Werte übersteigen, werden mit 85 % des durchschnittlichen Tarifes honoriert:

Fachärzte für Innere Medizin	69
Fachärzte für Radiologie (Limit pro VZÄ Planstelle)	94

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

6. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.

7. Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der SVS vorzulegen.

8. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bilddokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.

9. Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

Ultraschalldiagnostik

Pos.-Nr.		Punkte
US 1	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege – R.C.I.K.	40
US 2	Sonographie des Pankreas – R.C.I.K.	48
US 3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas) – R.C.I.K.	73
US 4	Sonographie der Milz – R.C.I.K.UC.	33
US 5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchaorta) – R.C.I.K.U.	48

Pos.-Nr.		Punkte
US 7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation (nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen) – G.	48
US 8	Sonographie des Unterbauches – C.I.K.U.G.R.	48
US 10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie – G.R.U.	53
US 11	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie – U.R.	53
	Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen.	
US 12	First Line Sonographie – AM	
	Ärzte für Allgemeinmedizin haben einen Ausbildungsnachweis zu erbringen, der von der Ärztekammer geprüft und der SVS auf Verlangen zur Verfügung gestellt wird.	60
US 13	Sonographie peripherer Nerven – N……..	48

Small-parts-Diagnostik

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

Doppler-Diagnostik

Pos.-Nr.		Punkte
DS 1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. – C(G).D.I.R.	29
	Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	
DS 2	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz. – C.D.I.R.	29
	Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	
	Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.	
DS 3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation. – I.N. C(G)	44
	Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.	
DS 4	Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Peritorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell) – R.I.N.	17
	Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.	
DS 5	Transcranielle Dopplersonographie *oder transcranielle Parenchymsonographie* der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung – N.	106
	In maximal 20% der Fälle pro Quartal verrechenbar	

Farbduplex-Diagnostik

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

Echokardiographie

Pos.-Nr.		Punkte
EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) – I, Kinderkardiologen.....	70
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler – I, Kinderkardiologen ..... *Verrechenbar in folgenden Indikationen:* *Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;* *Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;* *Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.*	148

XIII. RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

(mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

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

Pos.-Nr.		Punkte
r 4g	Zuschlag zur Pos. r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	19

Aufnahmen:

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

XIV. Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

Pos.-Nr.		Punkte
1.01	Blutbild AM, I, K, L, U	3,5
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest" AM, I, K *nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar*	4,0
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) AM, I, K *nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar*	4,0
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte AM, D, G, I, K, L, U	7,5
3.01	Blutzucker-Bestimmung AM, I, K, U	1,0
3.05	Kreatinin AM, I	1,0
3.07	Gesamtbilirubin K	1,0
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin K	1,0
3.15	Natrium I	1,0
3.16	Kalium AM, I	1,0
4.07	GOT (ASAT) K, I	1,0

Pos.-Nr.		Punkte
4.08	GPT (ALAT) K, I	1,0
4.09	Gamma-GT I	1,0
4.20	Troponin T oder Troponin I AM, I, L	7,2
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung AM, D, G, I, K, L, U *mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar*	1,0
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung) AM, D, G, I, K, L, U *auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar*	1,0
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) AM, D, G, I, K, L, U	3,0
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen) AM, I, K	2,0
11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgertest qual. AM, I, K, L.	2,5
12.01	Nativpräparat D	3,0
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate D	9,0
12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) U	4,0
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich AM, K	6,9
15.01	Oraler Glucose-Toleranztest oder Testprofil (mindestens drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen) AM, I, G	5,0

B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn, in begründeten Notfällen.

2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der SVS nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVS vorliegt.

3. Alle getätigten Leistungen sind unter Verwendung der aus dem Operationsgruppenschema ersichtlichen Positionsnummern zu verrechnen.

4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Ordination handelt.

5. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht verrechnet werden.

6. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden. Die Begründung ist im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) anzuführen.

7. Die Verrechnung einer Assistenzgebühr bei Operationsgruppe I und II ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn der Operateur die Notwendigkeit der Assistenz ausreichend begründet. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird dem diese Leistungen erbringenden Vertragsarzt unmittelbar von der SVS verrechnet. Die Begründung ist im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) anzuführen.

8. In dem nachstehenden Schema sind jene Operationen, welche in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt und seitens des Arztes mit der SVS direkt verrechnet werden dürfen, angeführt.

9. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anaesthesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

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

1. Operation

Gruppe	Punkte
I	60
II	135
III	235
IV	450
V	765
VI	1115

2. Ärztliche Assistenz

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

3. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie)

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

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

4. Narkose

durch den Facharzt für Anaesthesiologie

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

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

5. Regiezuschlag

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

Gruppe	Punkte
I	15
II	20
III	30
IV	45

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSCHEMA
für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE

Gruppe I

Pos.-Nr.			Fachgebiet
O	1a	Incision bei Dakryocystitis	A.
O	1c	Operation des Chalazion	A.
O	1d	Elektrokoagulation von Geschwülsten (ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	A. D.
O	1e	Alkoholinjektion bei Blepharospasmus	A.
O	1f	Kanthoplastik mit Naht	A.
O	1h	Operation am Tränenröhrchen	A.
O	1i	Quetschung von Trachomkörnern	A.
O	1k	Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion (jede weitere ½ Gruppe I)	A.
O	1l	Elektrolytische Epilation	A.

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und NEUROCHIRURGIE

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

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 8a	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	AM.C.O.
O 8b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein).....	AM.C.H.NC.O.
O 8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	AM.A.D.G.I.K.H.O.U.PL
O 8d	Incision eines Panaritium subcutaneum	AM.D.K
O 8e	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	C.G.D
O 8f	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	AM. D.G.K.U
O 8g	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	AM.D.G.K.H.O.U
O 8h	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Excision), z.B. Angiom, Nävus, Varixknoten, Atherom, Fibrom, Zyste, Warze über 5 mm einschließlich Naht- und Wundversorgung	AM.A.D.G.K.H.O.U.PL
O 8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	C.K.U.
O 8k	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung	C.D.G.
O 8l	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	D
O 8m	Percutane Bluttransfusion mit Konserve.....	
O 8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	AM.C.D.O.PL
O 8o	Amnioneinpflanzung nach Filatow	C.G.
O 8p	Probeexcision mit Naht	AM.D.G.H.U
O 8q	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	AM.D

Gruppe II

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

Gruppe III

Pos.-Nr.			Fachgebiet
O	10a	Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	AM.C.O.
O	10b	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	C.O.
O	10c	Excision großer Wunden und Wundversorgung (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	C.NC.O.AM
O	10d	Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	C.O.
O	10e	Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger, u.ä.)	C.D.H.O.PL
O	10f	Resektion eines kleinen Gelenkes	C.O.
O	10g	Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern	C.O.
O	10h	Operative Entfernung (inkl. Naht und erforderlichenfalls Anästhesie) einer Geschwulst über 30 mm Durchmesser (Excision), z.B. Lipom, Fibrom, Nävus, Atherom, Schloffertumor, Hygrom, Spinaliom, Basaliom, kleines Lymphknotenpaket, Adenoma mammae, Angiom, Rectalpolypen	C.D.O.G.I. PL
O	10i	Radikaloperation einer Hydrocele	C.U.
O	10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung	C.G.
O	10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena bracchialis, axillaris, der Vena jugularis	C.
O	10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis	C.I.NC.
O	10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	
O	10q	Vasektomie oder Vasoligatur	C.U.
O	10r	Radikaloperation von Varicen (mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	C.D.O.
O	10s	Nodulioperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	C.

Gruppe IV

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

Gruppe V

O	12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes	C.H.
O	12c	Neurolyse mit Naht	C.NC.O. PL
O	12d	Sehnenplastik	C.O.
O	12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx	C.H.
O	12h	Scalenotomie	C.O.

Pos.-Nr.			Fachgebiet
O	12u	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	C.D.H.O. PL
O	12v	Amputation oder Enukleation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes	C.O.
O	12x	Osteosynthese kleiner Knochen	C.O.
O	12y	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung	C.NC.O.

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

O	16a	Elektrotomie eines ausgedehnten flächenhaften Hauttumores (größer 10 cm^2)	C.D.

Gruppe II

O	17c	Abtragung Condylomata acuminata	C.G.K.U.D
O	17d	Dermoabrasio bis 10 cm^2 (CO2-Laser, Erbium: YAG-Laser), bei Vorliegen folgender Indikationen: Aktinische Keratose im Gesichts- und Kopfhautbereich, Morbus Bowen, Erythroplasie de Querat, Oberflächliche Basaliome)“	D

Gruppe III

O	17e	Dermoabrasio von 10 cm^2 bis 50 cm^2 (CO2-Laser, Erbium: YAG-Laser), bei Vorliegen folgender Indikationen: Aktinische Keratose im Gesichts- und Kopfhautbereich, Morbus Bowen, Erythroplasie de Querat, Oberflächliche Basaliome)	D

Gruppe IV

O	17f	Dermoabrasio über 50 cm^2 (CO2-Laser, Erbium: YAG-Laser) bei Vorliegen folgender Indikationen: Aktinische Keratose im Gesichts- und Kopfhautbereich, Morbus Bowen, Erythroplasie de Querat, Oberflächliche Basaliome)	D

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

O	18a	Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis	C.G.
O	18c	Incision eines Bartholin'schen Abszesses, einfache vaginale Incision	C.D.G.U.
O	18d	Strichabrasio	G.
O	18e	Abtragung eines Cervicalpolypen	G.
O	18f	Abtragung vaginaler Granulationen	G.
O	19a	Äußere Wendung bei Querlage	G.
O	19b	Dammnaht I. Grades	G.
O	19c	Auffüllung der Placenta nach Gabastou	G.

Gruppe II

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

Pos.-Nr.			Fachgebiet
O	21g	Hystereuryse	G.
O	21h	Episiotomie und Naht	G.

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

Gruppe VI

O	29a	Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)	G.

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

O	31a	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	H.
O	31b	Abtragung von Ohrpolypen	H.
O	31c	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	H.
O	31d	Paracentese des Trommelfelles oder Punktion der Paukenhöhle	H.K.
O	31e	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	H.
O	31f	Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie	H.
O	31g	Incision eines Peritonsillar- oder Retropharyngealabszesses	C.H.
O	31h	Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus	H.
O	31i	Probeexcision aus Nase oder Rachen	C.H.
O	31j	Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung	H.

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Pos.-Nr.			Fachgebiet
O	33j	Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger	H.

Gruppe IV

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

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

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe IV

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

ORTHOPÄDIE und ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

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

Gruppe I

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

Gruppe II

O	43a	Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur (sofern nicht nach Pos. O 43i oder 0 44p zu verrechnen)	C.O.
O	43c	Offene Tenotomie	C.O.
O	43d	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	C.O.
O	43e	Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper	C.O.
O	43f	Abmeißelung von Exostosen	C.O.
O	43g	Operation des Calcaneussporns	C.O.

Pos.-Nr.			Fachgebiet
O	43h	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. 0 44f oder 0 44g zu verrechnen)	C.O.K
O	43i	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe III

O	44a	Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	C.O.
O	44b	Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	C.O.
O	44c	Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	C.O.PL
O	44d	Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O	44e	Arthrodese, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O	44f	Gipsmieder, Gipsschale	C.O.
O	44g	Gipshose	C.O.
O	44h	Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	C.O.
O	44i	Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	C.O.
O	44k	Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	C.O.
O	44l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	C.O.
O	44m	Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	C.O.
O	44n	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. 0 44f oder 0 44g zu verrechnen)	C.O.
O	44o	Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)	C.O.
O	44p	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe IV

O	45a	Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes (sofern nicht nach Pos. 0 43i oder 0 44p zu verrechnen)	C.O.
O	45b	Gipsbett	C.O.
O	45c	Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	C.O.
O	45d	Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	C.O.
O	45e	Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	C.O.
O	45f	Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	C.O.
O	45g	Operation des hohen Calcaneus	C.O.
O	45k	Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur	C.O.
O	45l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenk	C.O.
O	45m	Plastik kleiner Gelenke	C.O.
O	45n	Operation der Luxatio acromio-clavicularis	C.O.
O	45o	Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe V

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

UROLOGIE

Gruppe I

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

Gruppe II

O	49a	Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren	U.
O	49b	Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	G.U.
O	49c	Urethrotomia interna	U.

Pos.-Nr.			Fachgebiet
O	49d	Operation eines einfachen Urethralprolapses	G.U.
O	49e	Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses	C.U.
O	49f	Retroperitoneale Luftfüllung	C.I.U.

Gruppe III

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

Gruppe V

O	52a	Lithotripsie	U.

C. Physikalische Behandlung
durch Fachärzte für physikalische Medizin

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

Pos. Nr.		Euro
TP	Tagsatzpauschale einmal pro Patient und Tag verrechenbar	41,87

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

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

Erfolgt während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung, die aus medizinischen Gründen erforderlich ist, so kann hierfür die Position E3 verrechnet werden, wobei die Notwendigkeit der Leistung zu begründen ist. Bei Fehlen der Begründung wird nur die erste Untersuchung, die Schlussuntersuchung und das Honorar für die physikalische Behandlung geleistet.“

Die Tagsatzpauschale umfasst folgende Leistungen:

Pos. Nr.		Zeit (Min.)	Therapeut
Gruppe 1 – Teilmassage			
PM1	Manuelle Teilmassage Teilkörper	10	MM,HM,MTF,PT
PM2	Druckstrahlmassage zB Unterwasser- oder Überwasserdruckstrahlmassage (Hydrojet oder gleichwertig)	10-12	MM,HM,MTF,PT
PM3	Manuelle Druck/Triggerpunktmassage *Der Ausbildungsnachweis ist der SVS vorzulegen.*	10	MM,HM,MTF,PT
Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische Trainingstherapie			
PB1	Bewegungstherapie/Einzel	30	PT
PB2	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT
PB3	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	60	PT
PB4	Bewegungstherapie/Einzel	20	PT
PB5	Unterwasserbewegungstherapie/Einzel	30	PT

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

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

Gruppe 3 – Thermotherapie

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

Gruppe 4 – Elektrotherapie

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

Gruppe 5 – Ultraschalltherapie

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

Gruppe 6 – Hydrophysikalische Therapie

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

Gruppe 7 – Sonstige Therapie

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

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

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

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

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

D. Laboruntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Für Fachärzte für nichtklinische Medizin (medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie) sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung (Patientenschein, Ersatzpatientenschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben.
2. Die im Tarif bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin (medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie) verrechnet werden und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen internen Qualitätssicherung. Die interne Qualitätssicherung wird entsprechend den berufsrechtlichen Verpflichtungen durchgeführt. Die SVS kann den Nachweis jederzeit anfordern.
3. Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie können Leistungen dieses Abschnittes nicht abrechnen. Für sie gelten die Regelungen nach Abschnitt A. XIV. der Honorarordnung.
4. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
5. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
6. Sofern in einzelnen Positionen nichts Anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
7. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts Anderes vermerkt ist.
8. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
9. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzelleistungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
10. Über die erbrachten Laborleistungen, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der SVS auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
11. Notwendige Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der SVS und der Österreichischen Ärztekammer – wobei für die

Bewertung ähnliche Leistungen heranzuziehen sind – im Rahmen einer Sondervereinbarung im Sinne des § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

13. Vertragsfachärzte für Pathologie können ausschließlich Leistungen der Gruppen 51 bis 54 abrechnen. Ärzte für Allgemeinmedizin und andere Vertragsfachärzte sind zur Abrechnung von Leistungen der Gruppen 51 bis 54 nicht berechtigt. Weiters gilt:
    a) Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) der SVS nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
    b) Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.
    c) Leistungen der Gruppen 51 (gynäkologische Zytologie) und 52 (extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ausbildungsordnung) verrechenbar.
    d) Der Vertragsfacharzt für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender sind einschlägig zu beraten.

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

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

Gruppe 2: Blutgerinnung

Pos.Nr.		Punkte
2.01	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit Bestimmung	10,0
2.03	Thrombozyten-Zählung	3,5
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest" *nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar*	4,0
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) *nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar*	4,0
2.06	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	4,0
2.07	Thrombinzeit (TZ)	4,0
2.08	Fibrinogen	4,5
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	7,5
2.10	Antithrombin III-Bestimmung	10,0
2.11	APC-Resistenz *nur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening*	8,0
2.12	Protein C *nur zur Thrombophiliediagnostik*	15,0
2.13	Protein S	15,0

nur zur Thrombophiliediagnostik

Pos.Nr.		Punkte
2.14	Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je	15,0
	einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar	
2.15	Lupusantikoagulans	14,0
	Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte APTT	

Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
3.01	Blutzucker-Bestimmung	1,0
3.02	Fruktosamine	4,0
	nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar	
3.03	HbA1 oder HbA1c	9,0
	nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar	
3.04	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN	1,0
3.05	Kreatinin	1,0
3.06	Harnsäure	1,0
3.07	Gesamtbilirubin	1,0
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin	1,0
3.09	Gesamteiweiß-Bestimmung	1,0
3.10	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	9,0
3.11	Triglyceride (Neutralfette)	1,0
3.12	Gesamtcholesterin	1,0
3.13	HDL-Cholesterin	1,3
3.14	LDL-Cholesterin	1,3
3.15	Natrium	1,0
3.16	Kalium	1,0
3.17	Kalzium	1,0
3.18	Chloride	1,0
3.19	Phosphor	1,5
3.20	Magnesium	1,5
3.21	Lithium	2,0
	nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar	
3.22	Kupfer	5,0
3.23	Eisen	2,0
3.24	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung	5,5
	nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar	
3.25	Ferritin	2,5
3.26	Albumin	1,3
3.27	Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter	25,0
3.28	Transferrin	2,5
	nicht neben Position 3.24 verrechenbar	
3.29	Ammoniak	2,5
	nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie	
3.30	Laktat	2,5
	nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)	
3.31	LP a	9,3
	nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend	

Gruppe 4: Enzyme

Pos.Nr.		Punkte
4.01	Aldolase	2,5
4.02	Alkalische Phosphatase	1,0
4.03	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	1,8
4.04	Cholinesterase	1,0
4.05	CK (Creatin-Kinase)	1,1
4.06	CK-MB-Isoenzym	2,5
	nur bei Infarktverdacht verrechenbar	
4.07	GOT (ASAT)	1,0
4.08	GPT (ALAT)	1,0
4.09	Gamma-GT	1,0

4.12	Lipase-Bestimmung	1,6

Pos.Nr.		Punkte
4.13	LDH	1,0
4.15	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	9,0
4.16	Myoglobin *nur bei Infarktverdacht verrechenbar*	5,0
4.20	Troponin T oder Troponin	7,2

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

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

Katecholamine - siehe Gruppe 14

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

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

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

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

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

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

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

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

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

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

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
11.01	Immunelektrophorese oder Immunfixation *nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar*	25,0
11.02	Kappa- und Lambdaketten	14,0
11.03	Haptoglobine	7,0
11.04	Coeruloplasmin	10,0
11.05	Alpha-1-Antitrypsin	4,0
11.06	Alpha-2-Makroglobulin	7,0
11.07	Diagnosespezifischer Tumormarker (ausgenommen PSA, Pos. Nr. 11.42) *nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar*	13,0
11.08	Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen und HBc-Antikörper)	18,0
11.09	HBs-Antigen	9,0
11.10	HBs-Antikörper	9,0
11.11	HBc-Antikörper	9,0
11.12	HBc-IgM-Antikörper *nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar*	13,0
11.13	HBe-Antigen *nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar*	13,0
11.14	HBe-Antikörper *nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar*	13,0
11.15	HAV-Antikörper	10,0
11.16	HAV-IgM-Antikörper *nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar*	11,5
11.17	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	5,0

Pos.Nr.		Punkte
11.18	TPHA-Test	5,0
11.19	Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS)	12,5
11.20	19 S (IgM) FTA-ABS-Test	12,5
11.22	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch	2,5
11.23	Antistreptolysin-O-Objektträgertest qual.	2,5
11.24	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	2,5
11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgertest qual.L	2,5
11.26	CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch	2,5
11.30	Mononukleosetest als Objektträgertest	5,0
11.32	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	4,0
11.33	IgE	7,0
11.34	Suchtest auf mind. 6 Allergene *bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar*	32,0
11.35	Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	13,0
11.36	Anti-DNS	13,0
11.37	Hepatitis C AK (IgG oder IgM)	10,0
11.38	Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je	15,0
11.39	Mitochondriale Antikörper	13,0
11.40	Mikrosomale Antikörper	11,5
11.41	Thyreoglobulin Antikörper	11,5
11.42	PSA *verrechenbar in folgenden Indikationen:* *Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern mit hohem Risiko für ein Prostatakarzinom (erstgradige Verwandte mit Prostatakarzinom, familiäre Häufung)* *Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern bei bekannter oder Verdacht auf BRCA1/2-Mutation. Bei Nachweis eines Hypogonadismus vor einer Testosteronsubstitution* *Unter Testosteronsubstitution (im ersten Jahr halbjährlich und anschließend jährlich)* *Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom. Abnormale digital-rektale Untersuchung bzw. konkreter Krebsverdacht (z.B. tastbarer Knoten)*	7,0
11.43	freies PSA *in max. 10% der Pos. 11.42*	5,0
11.44	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid *nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist*	10,0
11.45	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	13,0
11.46	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK) *nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar*	11,5
11.47	C3-Komplement	10,0
11.48	C4-Komplement	10,0
11.49	ANA-Subsets *nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar*	9,0
11.50	Leberspezifische Antikörper (z.B. SLK, LKM) je *max. 3 AK*	11,3
11.51	c-ANCA oder p-ANCA *max. 2 AK pro Erkrankungsfall*	12,0
11.52	Gliadin-AK *nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar*	10,0
11.53	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper *bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar*	10,0
11.54	1,25-Dihydroxy-Vitamin-D3 *nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel*	14,0
11.55	Vitamin B12 *nur zur Anämieabklärung*	11,0
11.56	Folsäure *nur zur Anämieabklärung*	11,0
11.57	Apolipoproteine *nicht neben Pos 3.13 und 3.14 und max. 2x verrechenbar*	5,7
11.58	C1 Esterase Inhibitor	6,9
11.59	Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Auto-antikörpers (z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je *max 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar*	7,9

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
12.01	Nativpräparat	3,0
12.02	Färbepräparat (Gram usw.), außer auf Tbc	5,0
12.03	Färbepräparat auf Tbc nach Anreicherung	5,0
12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o. Ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest	20,0
12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9,0
12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9,0
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9,0
12.08	Kultur auf Mykoplasmen	11,0
12.10	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je *höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar*	7,0
12.11	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepräparate	20,0
12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	4,0
12.13	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	14,0
12.16	Brucella AK KBR	8,0
12.17	Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	20,0
12.18	Echinokokken KBR	8,0
12.19	Gruber-Widal (O- u. H-Antigene)	8,0
12.20	HIV-AK (Elisa)	9,0
12.21	HIV-Western-Blot oder IFT *nur bei positivem HIV-Test verrechenbar*	35,0
12.23	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8,0
12.24	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je *nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar*	13,5
12.25	Toxoplasmose IIFT	15,0
12.27	Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA) *nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar*	15,0
12.28	Zystizerkosen KBR	8,0
12.29	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepräparate	20,0
12.31	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	11,5
12.32	Amöben-AK	15,0
12.33	Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	15,0
12.34	Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	15,0
12.37	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je	15,0
12.38	Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	9,0
12.40	Echinokokken HAT	10,0
12.41	Enteroviren KBR	8,0
12.44	Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	15,0
12.46	FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	15,0
12.47	Gonokokken-Antigen (EIA)	15,0
12.48	Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.50	Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
12.52	Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
12.53	Leptospiren (KBR, Aggl. T)	10,0
12.55	Listerien KBR	8,0
12.56	Leishmaniose KBR, HAT	10,0
12.58	Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.59	Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.62	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
12.63	Picorna Virus KBR	8,0
12.64	Qu-Fieber KBR	8,0
12.65	Rota Viren KBR	8,0
12.66	Trichinose KBR	8,0
12.67	Trichinose IFT, EIA	15,0
12.68	Tularämie (KBR, Agg. T)	15,0
12.70	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.71	Yersinia KBR	8,0
12.73	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0

Pos.Nr.		Punkte
12.74	Zystizerkosen IFT	10,0
12.75	Helicobacter pylori AK-Nachweis C *nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar*	15,0
12.76	Borrelien IgG oder IgM AK	12,0
12.77	Borrelien-Westernblot IgG oder IgM *bei positiven Borrelien*	15,0
12.78	HCV-RNS quantitativ *nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insgesamt max. 4 mal, im weitern Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR anforder- und verrechenbar*	100,0
12.79	HCV-PCR qualitativ *grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1 mal pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit HCV-RNS verrechenbar*	35,0
12.80	HPV-Typisierung *bei PAP III und status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernunruhe) anforder- und verrechenbar*	41,0
12.81	Cytomegalie-PCR *nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantationsdiagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Antikörper (unter Vorlage von Vorbefunden)*	70,0
12.82	Heliobacter pylori AG im Stuhl *nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therpiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist*	30,0
12.83	Bordetella pertussis PCR	28,0
12.84	Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota *nur bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar*	5,0
12.85	HIV PCR quantitativ *nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal*	80,0
12.86	Stuhlkultur *max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	17,0
12.87	Clostridientoxin *Nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar*	20,0
12.88	Bartonella henselae-AK	10,5
12.89	Coxsackie B-IgG oder IgM	11,4
12.90	LCM Virus AK	11,4
12.91	Ornithose-Antikörpernachweis je	11,4
12.92	Mycoplasmen AK je	11,4
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich AM, K *nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04 verrechenbar*	6,9
12.94	Parainfluenza-Antikörpernachweis je	11,4
12.95	Parvovirus AK (Ringelröteln) je	11,4
12.96	Legionelle IgG oder IgM	11,4
12.98	Tetanus-Antikörper	11,4

Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen

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

Gruppe 14: Hormone

Pos.Nr.		Punkte
14.01	Gesamt-T4 oder freies T4	6,0
	nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik	
14.02	Gesamt-T3 oder freies T3	6,0
	nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik	
14.03	TSH	5,4
	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15)	
14.04	Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG)	10,0
14.05	Aldosteron	20,0
14.06	Cortisol	10,0
14.07	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	7,0
14.08	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je	25,0
	höchstens zwei verrechenbar	
14.09	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je	18,0
	höchstens zwei verrechenbar	
14.12	Luteinisierendes Hormon (LH)	7,0
14.14	Östradiol	8,0
14.16	Parathormon	19,5
14.19	Progesteron	8,0
14.20	Prolaktin	7,0
14.21	Testosteron	8,0
14.22	Wachstumshormon (STH)	20,0
14.23	17-Hydroxy-Progesteron	21,0
14.24	SHBG	11,0
14.25	DHEA-S	10,0
14.26	ACTH	18,0
14.27	Androstendion	13,0
14.28	c-Peptid	12,6
	nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar	
14.29	Insulin	12,6
	zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II	
14.30	Osteocalcin	10,7
14.31	Gastrin	12,6
14.32	Crosslabs	10,7
14.33	pro-BNP	15,2
	1 x pro Fall und Jahr abrechenbar	

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

Gruppe 15: Funktionsproben

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

Gruppe 16: Histologie – Zytologie

Pos.Nr.		Punkte
16.01	Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	10,0
16.02*)	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
	zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9	
16.03*)	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate G	7,0

Pos.Nr.		Punkte
16.04	Gefrierschnitt	5,0

*) *Ab 1.1.1985 ist die Verrechenbarkeit der Positionen 16.02 und 16.03 an den Nachweis der praktischen Ausbildung auf dem Gebiet der Zytodiagnostik im Sinne der Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 8.6.1983, BGBl. Nr. 328 und 329, gebunden. Der Nachweis ist gegenüber der Ärztekammer zu erbringen. Fachärzte für Med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik" haben keinen Nachweis zu erbringen. Jene Vertragsärzte, die vor dem 1.1.1985 tatsächlich zytodiagnostische Leistungen abgerechnet haben, bleiben weiterhin in diesem Umfang zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.*

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

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

Gruppe 51: Gynäkologische Zytologie

Pos.Nr.		Euro
51.01	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger) *verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzten für Pathologie, die der SVS bis längstens 31. Dezember des jeweiligen Abrechnungsjahres ihre Teilnahme am Programm der freiwilligen Selbstkontrolle des „Komitees für Qualitätssicherung in der Zytologie" der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachgewiesen haben*	8,04
51.02	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze) *maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar;* *nicht neben Pos.Nr. 53.06 und 53.14 verrechenbar*	2,50
51.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen *maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 53.06, 53.07, 53.14 und 53.15 verrechenbar*	3,55
51.04	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	6,68
55.03	Bestimmung von HPV-DNA bei Indikation: - Zustand nach Konisation - PAP III/ASCUS - PAP III/ASH …….. - PAP IIID/LSIL - PAP IV/HSIL bei nachfolgender negativer Biopsie - PAP IIIG/AGH - Repräsentativität eingeschränkt – keine Zylinderepithelzellen und/oder Metaplasiezellen, Patientin über 30 Jahre	47,46
55.04	Dünnschichtzytodiagnostische Untersuchungen *Mit dem Tarif sind auch die Kosten für die Probengewinnungsgefäße abgegolten. Nur gleichzeitig mit blos einer Abstrichentnahme verrechenbar.*	15,32
55.05	Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Position 55.04 *in maximal 3 % der honorierten Positionen 55.04 jeweils bis zu 6 mal verrechenbar, maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar*"	25,53

Gruppe 52: Extragenitale Zytologie

Pos.Nr.		Euro
52.01	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)..... *maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.02 verrechenbar*	10,79
52.02	Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ..... *maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.01 verrechenbar*	14,03
52.03	Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02..... *maximal 1x pro Zuweisung nur mit Begründung verrechenbar*	5,40
52.04	Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02..... *maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.05 verrechenbar*	6,48
52.05	Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 ..... *maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.04 verrechenbar*	10,79
52.07	Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 ..... *maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar*	23,15

Erläuterungen:

a) GIEMSA, PAP, GRAM und DIFFQUICK gelten als Standardfärbungen

b) Pos.Nr. 52.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- *zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung etc.)*
- *mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes*
- *Archivierung der Objektträger sowie des Befundes*

c) Pos.Nr. 52.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- *zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung, Zytozentrifuge etc.)*
- *mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes*
- *Archivierung der Objektträger sowie des Befundes*

d) Hinsichtlich der Pos.Nrn. 52.01/52.02 und 52.04/52.05 ist nur eine Alternativverrechnung möglich.

Gruppe 53: Mikrobiologie

Pos.Nr.		Euro
53.01	Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate, makroskop. Beschreibung ..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos.Nr. 53.22 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar*	21,47
53.02	Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	11,36
53.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung ..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	11,36
53.04	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung ..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	6,43
53.06	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze) ..... *maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.02 und 53.14 verrechenbar*	2,50
53.07	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen..... *maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.03, 53.06, 53.14 und 53.15 verrechenbar*	3,55
53.08	Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial.....	25,26
53.09	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepräparat (zB Gram u.Ä) ..... *nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar*	3,55

Pos.Nr.		Euro
53.10	Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis ..... *nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar*	2,51
53.11	Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät	2,97
53.14	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials ..... *ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nrn. 53.06 und 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH) siehe Pos.Nrn. 53.09 und 53.10*	2,01
53.15	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepräparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien)..... *ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nr. 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos.Nrn. 53.09, 53.10, maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	3,02
53.16	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate (zB Harnkultur) ..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 53.25 (zB Uricult) verrechenbar*	11,36
53.17	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate ..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	12,10
53.19	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate ..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	12,10
53.20	Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate ..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	14,15
53.21	Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate ..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	14,23
53.22	Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepräparate je Kultur ..... *maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos.Nrn. 53.01, 53.16 bis 53.21 und 53.23 bis 53.24 verrechenbar)*	8,65
53.23	Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepräparate ..... *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*	16,20
53.24	Kultur auf Mykrobakterien (zB Tbc), einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate *maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*.....	25,47
53.25	Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (zB Uricult) ..... *nicht neben Pos.Nr. 53.16 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos.Nr. 53.22 zu verrechnen*	5,05
53.26	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers .... *bei Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen*	17,69

Gruppe 54: Histologie

Pos.Nr.		Euro
54.01	Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden ..... *maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates(der Präparate) (unabhängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar*	28,66
54.02	Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden ..... *maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates(der Präparate) (unabhängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar*	28,66
54.05	Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung).....	3,24

Pos.Nr.		Euro
54.06	Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 ..... *nicht neben Pos.Nr. 54.07 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar*	7,56
54.07	Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 ..... *nicht neben Pos.Nr. 54.06 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar*	14,03
54.09	Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 ..... *maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar*	47,49
54.10	Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block.....	9,07

Erläuterungen:

a) Pos.Nr. 54.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- makroskopische Beurteilung und Herausschneiden (Ziehen repräsentativer Stichproben)
- histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigen eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
- mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
- Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw.54.10) und des Befundes

b) Pos.Nr. 54.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Makroskopische Beurteilung
- histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrere Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
- mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
- Archivierung des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw. 54.10) und des Befundes

c) Zu den Pos.Nrn. 54.01 und 54.02:
werden in einem zeitlichen Zusammenhang (ein diagnostisch-therapeutischer Eingriff) mehrere Präparate des gleichen Organes oder Organsystems entnommen, kann (hinsichtlich der Einsendung) nur einmal die Position 54.01 bzw. 54.02 verrechnet werden. Beispielsweise wird Folgendes angeführt:
- Entnahme mehrerer Lymphknoten
- Entnahme mehrerer Naevi
- mehrere Magenbiopsien
- Entnahme aus paarigen Organen

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

E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch einen Vertragsarzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist. Der zuweisende Arzt hat die angeforderte Leistung auf der Zuweisung genau festzulegen.

2. Die Vertragsärzte für Radiologie können nur jene Leistungen abrechnen, die der zuweisende Vertragsarzt angefordert hat und die im Tarifkatalog enthalten sind. Ausnahmefälle (medizinisch notwendige Überschreitung des Zuweisungsausmaßes) sind nachvollziehbar zu begründen.

3. Über unklare Zuweisungen ist möglichst das Einvernehmen mit dem zuweisenden Vertragsarzt herzustellen.

4. Die Verrechnung von Positionsnummern des Röntgenorgantarifes (Pos.Nr. R 101 bis R 808) für dort nicht enthaltene Leistungen ist unzulässig. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können derartige Leistungen mit den Positionsnummern R1a bis R4k abgerechnet werden.

5. Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Leistung, die diagnostische Maßnahme inklusive aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund sowie die Dokumentation abgegolten.

6. Die Untersuchungsergebnisse sind schriftlich auszufertigen. Die erbrachten Leistungen sind mit geeigneten Medien zu dokumentieren.

7. Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Land bestehenden Pools in natura beigestellt werden, können sie unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der SVS abgerechnet werden.

8. Untersuchungen auf Rechnung der SVS dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die SVS hat das Recht dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsarzt für Radiologie festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsarztes ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.

9. Eine diagnostische Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:

   a. Familiäre erhöhte Disposition
      Anmerkung: Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits);
      Verwandte ersten Grades: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn;
      Verwandte zweiten Grades: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Neffe, Halbschwester, Halbbruder;
      Verwandte dritten Grades: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousin und Cousine ersten Grades

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

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

   b. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ
      Anmerkung: Ärztliche Brustuntersuchung 1x jährlich ab dem 18. LJ; Brust MRT 1x jährlich ab dem 25. LJ bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie; Mammographie 1x jährlich ab dem 35. LJ; Mammasonographie bei Bedarf

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

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

   e. Mastodynie einseitig

   f. Histologisch definierte Risikoläsionen
      Anmerkung: z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ.

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

h. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)
Anmerkung: jährlich Mammographie und Ultraschall beidseits, MRT bei Unklarheiten oder Rezidiv-verdacht

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

j. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
Anmerkung: DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiothikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie

k. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
Anmerkung: z.B. Mamillenretraktion, Orangenhaut, Plateaubildung, etc.; bei Verdacht auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie

l. Besondere medizinische Indikation im Einzelfall
Anmerkung: Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle

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

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Organtarif

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

Schädel

Pos.-Nr.		Punkte
R101	Schädel	76,9
R102	Gesichtsschädel	33,0
R103	Schädelbasis	33,0
R104	Sella	29,3
R105	Schläfenbein, pro Seite	91,6
R106	Nasennebenhöhlen	84,1
R107	Nasenbein	29,3
R108	Kiefergelenk, pro Seite	54,8
R109	Gesamter Oberkiefer	55,5
R110	Gesamter Unterkiefer	55,5
R111	Zahnstatus	107,4
R112	Zähne,1-3 benachbarte *(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)*	29,3

Wirbelsäule, knöcherner Thorax

Pos.-Nr.		Punkte
R201	Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)*	91,6
R202	Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und Durchleuchtung *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)*	160,9
R203	Brustwirbelsäule *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)*	75,1
R204	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke …… *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)*	120,0

Pos.-Nr.		Punkte
R205	Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke	76,9
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)	
R206	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl.	136,9
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)	
R207	Rippen, einseitig …….....	49,6
R208	Sternum …….....	76,9

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten

Pos.-Nr.		Punkte
R301	Clavicula, pro Seite	37,7
R302	Scapula, pro Seite	76,9
R303	Oberarm, pro Seite	71,6
R304	Unterarm, pro Seite	71,6
R305	Hand, pro Seite	76,9
R306	Navicularserie, pro Seite	
	(gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)	29,3
R307	1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen	
	(mehrere Finger oder Zehen an einem Tag sind mit Pos. Nr. R305 bzw. R310 zu verrechnen)	54,8
R308	Oberschenkel, pro Seite …….....	84,7
R309	Unterschenkel, pro Seite	71,6
R310	Ganzer Fuß, pro Seite	76,9
R311	Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite	
	(mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit medizinischer Begründung)	62,3
R312	Calcaneus, pro Seite	54,8
R313	Sternoclaviculargelenk, pro Seite …….....	37,7
R314	Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite	86,3
R315	Ellenbogengelenk, pro Seite	54,8
R316	Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	54,8
R317	Becken …….....	49,6
R318	Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.)	88,2
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)	
R319	Hüftgelenk, axial, pro Seite	40,3
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)	
R320	Kniegelenk, pro Seite	73,9
R321	Kniegelenk mit Patella, pro Seite …….....	95,9
	(nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)	
R322	Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad)	80,4
R323	Sprunggelenk, pro Seite	62,3
R324	Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	140,4
R325	Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein	136,9

Halsorgane, Herz und Lunge

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

Magen – Darmtrakt

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

Gallentrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R601	Gallenblase, nativ	33,0
	(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R603 und R604)	

Pos.-Nr.		Punkte
R602	Perorale Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	91,6
R603	i.v. Cholangio-Choleocystographie inkl. Nativaufnahme	242,6
R604	Inf. Cholangio-Choleocystographie inkl. Nativaufnahme	267,8
R605	Tomographie der Gallenwege	140,4

Harntrakt

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

Spezialuntersuchungen

Pos.-Nr.		Punkte
R801	Mammographie, beidseits	172,5
R802	Mammographie, einseitig	88,1
R803	Galaktographie	191,4
R804	Hystero- Salpingographie	159,6
R805	Pneumocystographie	96,4
R806	Phlebographie, pro Extremität	190,8
R807	Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung)	103,6
R808	Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen…….	195,9
R809	Osteoporosemessung (DEXA oder pQCT)	94,4
R810	Core-Biopsie	632,5
R811	Vacuumassistierte Core Biopsie	1055,6

Formatetarif

1. Grundhonorar

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

2. Sonderleistungen

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

Unkosten

3. Durchleuchtungen und Zuschläge

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

4. Aufnahmen

Pos.-Nr.		Punkte
R 4a	Format 9x12	10,7
R 4b	Format 13x18	15,7
R 4c	Format 18x24	20,0
R 4d	Format 15x40	25,4
R 4e	Format 24x30	28,4

Pos.-Nr.		Punkte
R 4f	Format 30x40	32,9
R 4g	Format 35x35	35,9
R 4h	Zahnfilm	6,5
R 4i	Format 35x43	39,0
R 4j	Format 30x90	62,8
R 4k	Format 20x40	29,3

5. Mehrphasenaufnahmen

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

RÖNTGENTHERAPIE

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

   Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit * gekennzeichneten Indikationen gelangen mindestens zwei Stellen zur Verrechnung.
   a) „S i t z u n g" ist die einmalige Bestrahlung eines Feldes,
   b) „S t e l l e" ist das erkankte Organ.
   Beispielsweise gilt als Stelle:
   Ein Tumor mit den benachbarten regionären Drüsen (Mamma, Uterus).
   Jedes große Gelenk, eine Hand, ein Fuß u.ä.
   Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS, BWS, LWS).
   Bei herdförmigen Erkrankungen, z.B. der Haut, richtet sich die Zahl der zu verrechnenden Stellen nach der Zahl der notwendigen Felder.

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

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

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

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
	9. Tarifgruppe I: 80 Punkte		
R 9a	Akne	2–6	4
R 9b	Blepharoconjunctivitis	2–6	4
R 9c	Congelatio der Hände oder der Füße	2–6	4
R 9d	Ekzem, chronisch und mykotisch	2–6	4
R 9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem, Otitis externa)	2–6	4
R 9f	Encephalitis chronica	2–6	4
R 9g	Epididymitis	2–6	4
R 9h	Epilepsie	2–6	4
R 9i	Erysipel	2–6	4
R 9k	Erythema induratum Bazin	2–6	4
R 9l	Furunkel, unspezifische Lymphadenitis	2–6	4
R 9m	Intertrigo	2–6	4
R 9n	Lichen Vidal und ruber planus	2–6	4
R 9o	Migräne	2–6	4
R 9p	Mikulicz'sche Erkrankung	2–6	4
R 9q	Mykosis fungoides	2–6	4
R 9r	Paronychie	2–6	4
R 9s	Periodonitis	2–6	4
R 9t	Periones	2–6	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
R 9u	Poliomyelitis	2–6	4
R 9v	Pruritus	2–6	4
R 9w	Psoriasis mit Thymus	2–6	4
R 9x	Scrophuloderma	2–6	4
R 9y	Thymushyperplasie	2–6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung	2–6	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
	10. Tarifgruppe II: 130 Punkte		
R 10a	Agranulocytose	6	3
R 10b	Aktinomykose der Haut	3–4	5
R 10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke	4–6	3
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)	4–6	3
R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6–8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen)	1	1
R 10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	6*)	2
R 10i	Mastitis acuta	3–6	3
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R 10l	Morbus Werlhof	3	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis	4–6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4–6	2
R 10o	Schweißdrüsenentzündung	4–6	3
R 10p	Tbc der Haut	3–4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten	2–6	4
R 10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4–6	4
R 10s	Tbc des Kehlkopfes	6	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R 10u	Thrombophlebitis	4–6	3
R 10v	Warzen (auch multiple)	2–6	2
R 10w	Condylomata acuminata	3–4	3
R 10x	Alopecia areata	5	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangiome)	2–4	3

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

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
	11. Tarifgruppe III: 180 Punkte		
R 11a	Aktinomykose mitteltiefer und tiefer Sitz	3–4	5
R 11b	Asthma bronchiale	6	3
R 11c	Clavus	2	3
R 11d	Herpes zoster, Neurodermatitis	4–6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3–5	4
R 11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie	4–6	3
R 11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3–6	3
R 11i	Morbus Paget und Bechterew	4–6	2
R 11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
R 11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2–8	3
R 11m	Osteomyelitis	4–6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4–6	3
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2–4	3

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
R 11p	Tbc des Darmes	6	4
R 11q	Tonsillarhyperthrophie und Tonsillitis chron.	3*)	3
R 11s	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4–6	4
R 11t	Schloffertumor	6	3
R 11u	Karbunkel	3–4	3

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

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

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
	14. Tarifgruppe VI: 340 Punkte		
R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, der Lippen, der Wangenschleimhaut, ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes)	2–10	3 (4)
R 14b	Kraurosis vulvae	3	3
R 14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	3	4
R 14d	Wirbelhämangiome	6–10*)	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
	15. Tarifgruppe VII: 530 Punkte		
R 15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	8–12	4 (5)
R 15b	Melanoblastoma mal.	10–20	3 (4)
R 15c	Fraktionierte Bestrahlung der Lympho-, Leuko- und Retothelsarkomatosen	8–12*)	3

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
	16. Tarifgruppe VIII: 770 Punkte		
R 16	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	13–24	3 (4)

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
	17. Tarifgruppe IX: 1380 Punkte		
R 17	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	25–40	2 (3)

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
	18. Tarifgruppe X: 2100 Punkte		
R 18	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	41–75	1 (2)

Die bei R 14a, 15–18 in Klammer angegebene Maximalzahl der Serien wird nur bei entsprechender medizinischer Begründung anerkannt.
Bei der Abrechnung der Pos. R 15–18 ist vom Arzt die verabfolgte Gesamtdosis anzugeben.

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

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

20. Buckybestrahlung:

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

21. Radiumtherapie:

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

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

1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass

Pos.-Nr.	
MS 1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche .....
MS 2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche .....
MS 3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche

Ab 01.01.2023 kommt bei den Positionen MS1 bis MS3 jener Punktewert bzw. Tarif zur Anwendung, der auch für die Position US10 in Geltung ist. Die Tarife der MS1 bis MS3 werden zukünftig bei einer Erhöhung des Punktewerts bzw. Tarifs der Position US10 automatisch in gleichem Ausmaß erhöht.

Bezüglich die Untersuchungen und Tarife nach dem Mutter-Kind-Pass, welche im Mutter-Kind-Pass Gesamtvertrag gemäß § 35 Abs. 3 Kinderbetreuungsgeldgesetz geregelt sind, wird auf selbigen verwiesen. Die einzelnen Tarife werden demnach nicht mehr in diesem Gesamtvertrag eigens angeführt.

2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen

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

	Punkte
ERGO inkl. EKG	138

Neben dieser Honorarposition sind keine gesonderten elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.

Punktewerte für GSVG- und BSVG-Anspruchsberechtigte

Abschnitte der Honorarordnung		Punktewerte ab 01.01.2024	01.04.2025	01.01.2026
A.	I (ohne 1j)	€ 0,7624	0,7891	0,7989
A.	I 1j	€ 0,7624	0,7891	0,7989
A.	II TA	€ 0,7624	0,7891	0,7989
A.	III bis X (ohne 34a bis34g und 34i))	€ 0,7624	0,7891	0,7989
A.	VIII (34a bis 34g und 34i)	€ 0,5692	0,5891	0,5964
A.	Xb	€ 1,6339	1,6911	1,7122
A.	XI	€ 0,5692	0,5891	0,5964
A.	XII Sonographische Untersuchungen	€ 0,5692	0,5891	0,5964
	Ergometrische Untersuchung	€ 0,5304	0,5490	0,5559
A.	XIII	€ 0,5088	0,5266	0,5332
A.	XIV	€ 1,7768[1)]	1,8390	1,8620
B.	Operationen	€ 0,7378	0,7636	0,7732
D.	Labor	€ 1,2372	1,2372	1,2372
E.	(R1a-R2e)	€ 0,6588	0,6819	0,6904
E.	(R3a-R5b)	€ 0,5255	0,5439	0,5507
E.	(ohne R1a-R5b)	€ 0,5778	0,5980	0,6055

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

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

4. Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie

I. Leistungsvoraussetzungen:

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

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

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

a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
b) technische Qualitätssicherung gemäß „Kompendium Mammographie Teil 1“
c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographie durchführen (Punkt 10.).

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

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

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

   Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen.

b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.

3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß „Kompendium Mammographie Teil 2“. Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.

4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. „Kompendium Mammographie Teil 2“ nicht Gegenstand dieser gesamtvertraglichen Regelung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK

und dem HVB und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.

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

6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.

7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.

8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 - 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV, amtlich verlautbart unter www.avsv.87/2012, eingerichtet wird, eingespeist und stehen der SVS und der ÖÄK zur Verfügung.

9.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.

10.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen/von der Radiologin nachzuweisen.

11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.

12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK- Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ geregelt.

13.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ bei der ÖÄK eingerichtet.

II. Dokumentation

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

2.) Die Datenflussdokumentation gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 3“ wurde einvernehmlich zwischen SVS und HVB erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:

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

(b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonoymisierungsservice des BKFP;

(c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;

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

möglich ist.

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

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

III. Evaluierung

1.) Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.

2.) Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

IV.
Kompendium Mammographie

Teil 1

Technische Qualitätssicherung im Österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm

Präambel

Grundsätzlich folgen die in dieser Anlage definierten Inhalte den Empfehlungen der European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, Auflage 4, 2006 (Kapitel 2b "European Protocol for Quality Control of the Physical and Technical Aspects of Mammography Screening").

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

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

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

Messungen – von berufsrechtlich befugten Personen durchzuführen (BBP)

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

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

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

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

2. **Wöchentlicher Test (WT) des FFDM Systems**

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

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

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

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

EUREF-Ö Erweiterung
Durchführung von 3 Phantomaufnahmen pro in der Mammographie verwendeten Schallkopf.

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

4. **Halbjährlicher Test mit einem Testbild auf den RWS:**

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

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

Befundung mit LI-Printout
Analoge Vorgangsweise wie bei RWS.

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

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

<u>Messungen – vom RefZQS bzw. beauftragten externen Medizinphysikern durchzuführen</u>

1. **FFDM-System – Akzeptanztest (AT) sowie AT-Subset nach Reparatur**
Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010).

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

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

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

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

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

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

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

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

3. FFDM-System – Halbjahrestest (HT)

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

EUREF-Ö Erweiterung
Falls die Auswertungen des Weekly Test des FFDM-Systems seit dem letzten RefZQS-Test (Akzeptanz- oder Jahrestest) durchwegs innerhalb der Toleranz liegende Werte zeigen, ist der HT in diesem Umfang nicht erforderlich (Erfahrungen im RefZ Leuven (Belgien) und im RefZ der österreichischen Pilotprojekte) und kann durch ein funktionales Subset, welches auch von berufsrechtlich befugten Personen durchgeführt werden kann (HT-BBP), ersetzt werden:

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

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

4. FFDM-System – Jahrestest (JT):

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

Vorgangsweise und Aufwand nahezu ident zu Akzeptanztest.

5. Ultraschallgerät – Jahrestest (JT)

EUREF Ö Erweiterung
Siehe Kommentar in „Ultraschallgerät – Akzeptanztest – AT“.

<u>Harmonisierung EUREF-TQS und Ön-TQS</u>

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

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

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

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

- EPQC Version 4 aus 2006
- EPQC Supplement aus 2010.
  Die in diesen EPQC Dokumenten angeführten zusätzlichen Prüfverfahren bzw. Erweiterungen zu den in Tabelle C.1 angeführten EPQC Prüfverfahren, welche keine Entsprechung in der ÖN S 5240-7 haben, sind hier nicht angeführt.

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

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

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

Prozess bei negativen Analyseergebnissen bei TQS

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

Schema der Fehlerkategorien

Kategorie 1 – ok

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

Kategorie 2 – ok

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

Kategorie 3 – nicht ok

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

Kategorie 4 – nicht ok

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

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

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

Abkürzungen

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

ÖÄK – Zertifikat Mammadiagnostik

1. Ziel

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

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

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

2. Zielgruppe

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

3. Zertifikatsvoraussetzungen

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

a) Befundung von Mammographieaufnahmen von mindestens 2.000 Frauen pro Arzt/Ärztin innerhalb eines Jahres. Erst- und Zweitbefundung sind als gleichwertig anzusehen;
b) Teilnahme an einem multidisziplinären Kurs im Ausmaß von einem Tag (10 DFP- Punkte)
c) Teilnahme an einem Befunderkurs im Ausmaß von 22 Einheiten (22 DFP- Punkte), wobei davon 6 Einheiten der Mammasonographie zu widmen sind;
d) erfolgreiche Absolvierung einer Prüfung in Form einer Fallsammlung/Fallsammlungsprüfung

4. Lehrinhalte

a) Multidisziplinärer Kurs

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

Kursinhalte

- Epidemiologie des Mammakarzinoms
- Grundlagen der medizinischen Statistik
- Grundlagen und Organisation des Brustkrebsfrüherkennungs-Programms
  - Organisationsstruktur
  - Abläufe
  - Begriffe (Erläuterung der Klassifizierung,…)
  - Aufgabenverteilung
- Überblick Qualitätssicherungsmaßnahmen in allen Bereichen des Programms
- Grundlagen radiologischer Verfahren in der Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie, Ultraschall)
- Radiologische Verfahren in Assessment (MRT, Biopsien, Markierungen)

- Grundlagen der Behandlung gut- und bösartiger Brusterkrankungen
- Kommunikation in der Versorgungskette
- Psycho-onkologische Grundlagen
- Dokumentation in der gesamten Behandlungskette einschließlich Erläuterung der zu übermittelnden Datenfelder
- Evaluierung des Programms

Der multidisziplinäre Kurs steht auch anderen an der Versorgungskette beteiligen Berufs- gruppen (z.B. RT, MTF, Pathologen, Chirurgen, Gynäkologen, Onkologen, Medizinphysiker,…) offen. Über die Teilnahme am multidisziplinären Kurs wird eine Teilnahmebestäti- gung ausgestellt.

b) Befunderkurs

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

Kursinhalte

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

c) Prüfung

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

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

5. Zertifikatsgültigkeit

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

6. Aufrechterhaltung des Zertifikates

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

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

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

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

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

7. Einstiegsregelung

Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie bzw. medizinische Radiologie-Diagnostik, die erstmalig um ein Zertifikat ansuchen, sowie Personen, die ein Zertifikat hatten, dessen Gültigkeit abgelaufen ist, können nach Absolvierung der theoretischen Inhalte und erfolgreicher Prüfung ein bis zum 1. April des drittnächsten Kalenderjahr befristetes Zertifikat erhalten, währenddessen sie die notwendige Befundung von 2.000 Mammographien sukzessive binnen der ersten 24 Monate als Zweitbefunder eines erfahrenen Radiologen mit Mammographiezertifikat nachweisen müssen. Gewertet wird das erste volle Kalenderjahr. Sobald die Mindestfrequenz erreicht ist, kann ein endgültiges Zertifikat beantragt werden.

8. Zertifikatskommission

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

Der Kommission obliegt der Vollzug dieser Richtlinie, insbesondere

- Die Anerkennung von Kursen gemäß Punkt 3.b. und 3.c.
- Die Anerkennung von ausländischen Kursen, sowie die Anerkennung von Fortbildungsnachweisen gemäß Punkt 6.a.

- Die fachliche Durchführung der Prüfung gemäß Punkt 3.d., im Besonderen die Auswahl der Fälle und die Festlegung der Bestehensgrenze/Kriterien bzw. Reprobationsmöglichkeiten und –fristen sowie des Ausmaßes allfälliger Nachschulungen und die Zulassung von Zentren für Hospitationen

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

9. Übergangsbestimmungen

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

10. Antrag auf das ÖÄK-Zertifikat

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

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

Teil 3

Datenflussdokumentation Kurative Mammographie (KU-MAM)

Einleitung

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

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

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

- Im Bereich Befunddaten Erfassung und Übermittlung (Kapitel 4) ist eine Doppelbefundung (DF2) optional möglich.

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

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

Befunddaten Erfassung und Übermittlung kurativ

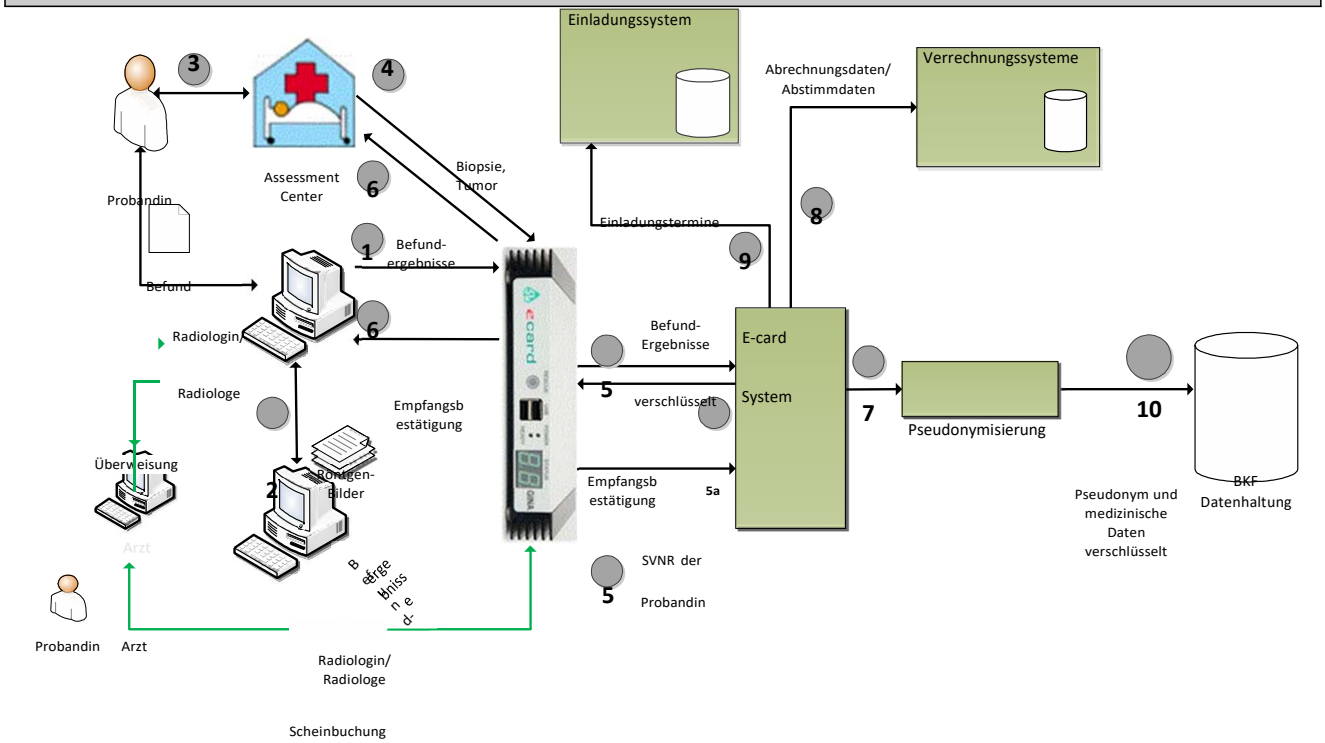

Abbildung 1 Datenfluss – Befunddaten Erfassung/Übermittlung kurativ

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

Die Datenübermittlungsschritte und Sicherung der Daten am Übertragungsweg entsprechen denen in Kapitel 4 beschriebenen.

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

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

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

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

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

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

(Erst-)Befunder:

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

Zweitbefunder (optional):

d. Zweitbefundblatt der Mammographie (mammo2) optional

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

Voraussetzung:

Die Patientin ist dem e-card System bekannt. Eine Einladung bzw. ein Token für das BKF- Programm ist im kurativen Fall nicht notwendig. Für eine Verrechnung mit dem entsprechenden Träger ist jedoch eine Bindung an eine Konsultation Voraussetzung.

Für nichtversicherte Personen ist eine Übermittlung der Befundblätter möglich, wenn die Person dem e-card System bekannt ist. In diesem Fall wird das Befundblatt nicht an eine Konsultation gebunden.

Datenherkunft:

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

Datentransformation:

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

Tabelle 1: a) Befundblatt Mammographie Erstbefunder „mammo1“

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST) V (BPKS)	Zahl
vpnord	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	String (Zahl)
standort_id	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)	Zahl
arzt_id	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	maximal 10-stellig nummerisch plus Bindestrich
mammo1_zeitstempel	Zeitstempel der Befundung der Mammographie durch den Erstbefunder	M/A*	M	V (DH)	Befund1.zeit Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
mammo1_dichte	Parenchymdichte	M	M	V (DH)	Befund1.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4
mammo1_ergebnis	Ergebnis: Mammographiebefundung des Erstbefunders (MG-Score)	M	M	V (DH)	Befund1.mammo Werte: 0: MG0 1: MG1 2: MG2 3: MG3 4: MG4 5: MG5 6: MG6

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

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

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
us_grund	Grund für US	M	M	V (DH)	Werte: 1 dichte Brust bei nicht supektem Befund durch Erstbefunder (D3-4 bei MG1-2) 2 suspekter Befund durch Erstbefunder (MG4-6) (Dichte der Brust unerheblich) 3 Herdbefund durch Erstbefunder 4 sonstiges durch Erstbefunder 5 dichte Brust bei nicht suspektem Befund (D3-4 bei MG1-2) durch Zweitbefunder 6 suspekter Befund durch Zweitbefunder (MG4-6) (Dichte der Brust unerheblich) 7 Herdbefund durch Zweitbefunder 8 sonstiges durch Zweitbefunder
us_zeitstempel	Zeitstempel der Sonographieleistung	M/A*	M	V (DH)	zeit „us“ Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
us_ergebnis	Ergebnis: US (US-Score)	M	M	V (DH)	Us Werte: 0: US0 1: US1 2: US2 3: US3 4: US4 5: US5 6: US6

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

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST) V (BPKS)	Zahl
id2_arzt	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	Rid maximal 10-stellig nummerisch plus Bindestrich
mammo2_ zeitstempel	Zeitstempel der Befundung der Mammographie durch den Zweitbefunder	M/A*	M	V (DH)	Befund2.zeit Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
mammo2_dichte	Parenchymdichte 2.Befund	M	M	V (DH)	Befund2.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4
mammo2_ergebnis	Ergebnis der Mammographiebefundung des Zweitbefunders (MG-Score)	M	M	V (DH)	Befund2.mammo Werte: 0: MG0 1: MG1 2: MG2 3: MG3 4: MG4 5: MG5 6: MG6

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

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
Vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST) V (BPKS)	Zahl
leistungs_SVT	leistungszuständiger SVT aus der Konsultation, wenn die Dokumentation an eine Konsultation gebunden wird.	A	P	V (DH)	2 stelliger Codewert (alphanummerisch)
patienten_id	Verschlüsselte Patienten ID von der Arztsoftware des VP erzeugt.	A	P	V (MED)	64 stellig alphanumerisch
gebjahr	Geburtsjahr der Patientin: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden	A	P	V (DH)	Zahl: Jahr
bundesland	Wohnbundesland: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden	A	P	V (DH)	Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W
politischer_bezirk	Politischer Bezirk: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden	A	P	V (DH)	
vpnord	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	String (Zahl)
standort_id	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)	Zahl
ue_bundesland	Bundesland der Untersuchungseinheit	A	P	V (DH)	Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
Datum	Datum Beginn der Leistungserbringung KU-MAM. Entspricht dem Datum Konsultationsbuchung im e-card System (Scheinabgabe)	A/M	M	V (DH)	radiologie.datum
zeitstepel_ übermittlung		A	A	V (DH)	Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
untersuchungsart	Kurativ oder Früherkennung	A	M	V (DH)	radiologie.Screening Werte: 0 Kurativ 1 Früherkennung
bildmedanat	Aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen wurden mammographische Zusatzaufnahmen durchgeführt	M	M	V (DH)	radiologie. bildMedAnat Werte: 1 ja 0 nein
inakzeptabel	Zumindest eine Aufnahme war radiologisch inakzeptabel	M	M	V (DH)	radiologie. inakzeptabel Werte: 1 ja 0 nein
wh_tech	Zumindest eine Aufnahme musste aus technischen Gründen wiederholt werden	M	M	V (DH)	radiologie.whTech Werte: 1 ja 0 nein
befund_zeitstempel	Zeitstempel des Erfassens der Endbefundung	M/A*	M	V (DH)	radiologie.zeit Werte: Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
befund_ergebnis	Endbefund Radiologie	M	M	V (DH)	radiologie.ergebnis Werte: 0:KUM0 1: KUM1 2: KUM2 3: KUM3 4: KUM4 5: KUM5 6: KUM6

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M … manuell A… automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P …Personenstammdaten m … medizinisch a…administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V…Verschlüsselt für Zielsystem PS…Pseudonymisiert x…keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez… Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
befund_dichte	Parenchymdichte laut Endbefund	M	M	V (DH)	radiologie.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4
groesse_l	KUM 4-5: Links: Größe der Läsion in mm	M	M	V (DH)	radiologie.groesseL Zahl: mm [1…200]
groesse_r	KUM 4-5: Rechts: Größe der Läsion in mm	M	M	V (DH)	radiologie.groesseL Zahl: mm [1…200]
info_datum	Datum wann der Befund "versandbereit-abholbereit" ist	M	M	V (DH)	Datum
datum_recall	Datum der nächsten Einladung. Wird dem Einladungsmanagement übermittelt.	A	A	X, V (DH)	Datum
	Grund für die Wiedereinbestellung der Patientin	M	A	V (DH)	0 .. Keine Wiedereinbestellung 1 .. US veranlasst (durch Zweitbefunder) 2 .. Röntgen Zusatzaufnahmen 3 .. Technische Mängel 4 .. Sonstiges

Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c) Endbefund

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

Es werden aus der Dokumentation der KU-MAM Wiedereinladungstermine an das Einladungssystem kommuniziert und diese für weitere Einladungen im Rahmen des BKFProgrammes berücksichtigt.

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

II. Datenfluss 4 und 5 (DF4, DF5):
Assessment

Nach einer KU-MAM kann es zu weiterführenden Untersuchungen im Rahmen eines Assessment kommen. Dies beinhaltet invasive und nicht-invasive Untersuchungen.

Ein Assessment kann in Folge zu einer weiteren Behandlung (z.B. Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie, …) in geeigneten Zentren führen. Pro Frau und kurativer Mammographie kann es mehrere Assessments geben (z.B. zuerst ein MRT, dann eine Biopsie).

III. Weitere Datenflüsse

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

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