

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
SELBSTÄNDIGEN

SVS-Gruppenpraxengesamtvertrag

Stand 01.01.2024

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 |
| III. Allgemeine Sonderleistungen | 8 |
| 10. Blutabnahme | 8 |
| 11. Injektionen | 9 |
| 12. Infiltrationen | 9 |
| 13. Infusionen | 9 |
| 14. Implantationen | 9 |
| 15. Impfung | 9 |
| 16. Punktion (diagnostisch) | 9 |
| 17. Punktion (therapeutisch) | 9 |
| 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 | 13 |
| 27. | Verbände | 14 |
| 28. | Gipsmodell für orthopädische Behelfe | 14 |
| 29. | Knochenbrüche | 14 |
| 30. | Frauenheilkunde | 14 |
| 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 | 17 |
| 34. | Untersuchungen und Behandlungen | 17 |
| IX. | Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie | 18 |
| 35. | Untersuchungen | 18 |
| 36. | Therapeutische Verrichtungen | 19 |
| X. | Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie | 19 |
| 37. | Untersuchungen | 19 |
| 38. | Therapeutische Verrichtungen | 20 |
| 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 | 21 |
| | Besondere Bestimmungen | 21 |
| 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 | 31 |
| 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 | 38 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| C. Physikalische Behandlung durch Fachärzte für Physikalische Medizin | 38 |
| Besondere Bestimmungen | 38 |
| Tagsatzpauschale | 38 |
| Teilmassage | 38 |
| Bewegungstherapie und medizinische Bewegungstherapie | 39 |
| Thermotherapie | 39 |
| Elektrotherapie | 39 |
| Ultraschalltherapie | 39 |
| Hydrophysikalische Therapie | 40 |
| Sonstige Therapie | 40 |
| D. Laboruntersuchungen | 40 |
| Besondere Bestimmungen | 40 |
| 1. Hämatologische Untersuchungen | 41 |
| 2. Blutgerinnung | 41 |
| 3. Stoffwechseluntersuchungen | 42 |
| 4. Enzyme | 43 |
| 5. Harn(Urin)untersuchungen | 43 |
| 6. Konkrementuntersuchungen | 43 |
| 7. Stuhluntersuchungen | 44 |
| 8. Sekretuntersuchungen | 44 |
| 9. Punktatuntersuchungen | 44 |
| 10. Blutgruppenserologie | 44 |
| 11. Immunologisch-serologische Untersuchungen | 45 |
| 12. Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen | 46 |
| 13. Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen..... | 48 |
| 14. Hormone | 48 |
| 15. Funktionsproben | 49 |
| 16. Histologie-Zytologie | 49 |
| 18. Entnahme von Untersuchungsmaterial | 49 |
| 51. Gynäkologische Zytologie | 50 |
| 52. Extragenitale Zytologie | 50 |
| 53. Mikrobiologie | 51 |
| 54. Histologie | 52 |
| E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie | 53 |
| Besondere Bestimmungen | 53 |
| Röntgendiagnostik | 55 |
| Organtarif | 55 |
| Formatetarif | 57 |
| Unkosten | 57 |

| | |
|--------------------------------------------------------|----|
| Röntgentherapie | 58 |
| 9. Tarifgruppe I | 58 |
| 10. Tarifgruppe II | 59 |
| 11. Tarifgruppe III | 59 |
| 12. Tarifgruppe IV | 60 |
| 13. Tarifgruppe V | 60 |
| 14. Tarifgruppe VI | 60 |
| 15. Tarifgruppe VII | 60 |
| 16. Tarifgruppe VIII | 60 |
| 17. Tarifgruppe IX | 60 |
| 18. Tarifgruppe X | 60 |
| 20. Buckybestrahlung | 61 |
| 21. Radiumtherapie | 61 |
| | |
| Anhang | 62 |
| 1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass | 62 |
| 2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen | 62 |
| Punktwerte für GSVG-Anspruchsberechtigte | 63 |
| Punktwerte für BSVG-Anspruchsberechtigte | 63 |

GRUPPENPRAXENGEAMTVERTRAG

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 Werbeteams 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 Gesellschafter 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 berechnete 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 zustän-

dige 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 der 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 Kurierversammlungen 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 Dienst-einteilung 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 Verschreibeweise 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 Arztespezialitäten die kostengünstigste Arztespezialität (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 Arztespezialität (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 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 Suchtgiftmisbrauch sind, sind auf der Arbeitsunfähigkeitsmeldung anzugeben. Gleiches gilt, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (zB Verkehrsunfall) besteht.
- (3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Die Vertragsgruppenpraxis hat bei der Ausstellung der Arbeitsun-

fähigkeitsmeldung 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 benutzen, 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 ärztliche Begründung hierfür 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 hierfür 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 Ausdrucken mit Vertretern der SVS Ausdrücke 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 hierfür 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 (Anlage 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 erfolgen. 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 hierfür 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 auszufertigen, 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 Rechnungslegung 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 Monats 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 Gruppenpraxen-einzelvertrages 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 Grup-

penpraxengesamtvertrages 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 Gruppenpraxengesamtvertrag.

(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

**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.

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 <i>Anmerkung:</i> Notwendigkeit 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 <i>Anmerkung:</i> 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 <i>Anmerkung:</i> gemeint sind WC-Räume | X gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.3.4 | | |
| 3.2.6 Allgemein zugängliche Nutzräume <i>Anmerkung:</i> z.B. Abstellplatz für Kinderwagen, insbesondere beim Kinderarzt | | nach Bedarf | |
| 3.2.10 Spezielle bauliche Ausführungen | | | |
| 3.2.10.1 Anordnung von Rollstuhlplätzen <i>Anmerkung:</i> 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 <i>Anmerkung:</i> 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 Vertrags-
gruppenpraxis:

.....

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

Abkürzungsschlüssel

| | | | |
|------|-----------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------|
| A = | Augenheilkunde und Optometrie | KNP = | Kinder- und Jugend- heilkunde (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie) |
| An = | Anaesthesiologie und Intensivmedizin | L = | Lungenkrankheiten |
| C = | Chirurgie (Unfallchirurgie) | N = | Neurologie und Psychiatrie |
| D = | Haut- und Geschlechts- krankheiten | NC = | Neurochirurgie |
| G = | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | O = | Orthopädie und orthopädische Chirurgie |
| H = | Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten | P = | Physikalische Medizin |
| I = | Innere Medizin | PSY = | Psychiater |
| K = | Kinder- und Jugendheilkunde | U = | Urologie |
| AM = | Arzt für Allgemeinmedizin | 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.
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 <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. B1 verrechenbar.</i> | 26 |
| A2 | Weitere Ordination | 18 |
| A3 | Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde | 18 |
| A4 | Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen | 18 |
| A5 | Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr) | 27 |
| | <i>Die Pos.-Nr. A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. A3 bis A5 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i> | |
| SC1 | Senioren-Check für Patienten, die das 70. Lebensjahr vollendet haben. <i>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.</i> | 32,8 |
| 2. | Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin) | |
| B1 | Erster Krankenbesuch <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. A1 verrechenbar.</i> | 65 |
| B2 | Weiterer Krankenbesuch | 55 |
| B3 | Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde <i>nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar</i> | 31 |
| B4 | Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i> | 31 |
| B5 | Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr) <i>Bei den Pos.-Nr. B3 und B4 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. B3 bis B5 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i> | 52 |
| 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 <i>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.</i> | 15 |
| 4. | Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin) | |
| 4a | Konsilium bei Tag | 30 |
| 4b | Konsilium bei Nacht <i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i> | 40 |
| 5. | Ordination (Facharzt) | |
| E11 | Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Urologie, Gynäkologie, HNO und Neurologie..... <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F11 verrechenbar</i> | 37 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| E12 | Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. E11 angeführt sind <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F12 verrechenbar</i> | 32 |
| E3 | Weitere Ordination | 16 |
| 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 |
| | <i>Die Pos.-Nr. E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. E4 bis E6 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i> | |
| 6. Krankenbesuch (Facharzt) | | |
| F11 | Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten | 65 |
| | <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E11 verrechenbar</i> | |
| F12 | Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. F11 angeführt sind | 65 |
| | <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E12 verrechenbar</i> | |
| F3 | Weiterer Krankenbesuch | 45,5 |
| F4 | Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde | 27 |
| | <i>nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar</i> | |
| F5 | Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen | 27 |
| | <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i> | |
| F6 | Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr) | 48 |
| | <i>bei den Pos.-Nrn. F4 und F5 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. F4 bis F6 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i> | |
| 6l | Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit. f | 3 |
| 6m | Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit. f | 5 |
| 7. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt) | | |
| | Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde: | |
| 7a | Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde: bei Tag | 30 |
| 7b | bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr) | 60 |
| 7c | ausführlicher Befundbericht | 15 |
| | <i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVS nicht verrechnet werden.</i> | |
| | <i>Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapieversuch; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i> | |
| | <i>Die Honorierung erfolgt nur, wenn die Vertragspartnernummer des Zuweisers im Feld „VPNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01) oder der Name des Arztes im Feld „ZUNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01), für den der Befund bestimmt ist, im Begründungsfeld des elektronischen Abrechnungssatzes angegeben wird.</i> | |
| 8. Zuschlag für Konsilium (Facharzt) | | |
| 8a | bei Tag | 50 |
| 8b | bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr) | 80 |
| | <i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i> | |
| 9. Wegegebühren | | |
| 9a | ein Doppelkilometer bei Tag | Euro 2,03 |
| 9b | ein Doppelkilometer bei Nacht | Euro 3,05 |

9.1 Koordinierung

- 1j *Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt* 23
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 12,20

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

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

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin sowie die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie berechtigt.
- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 33% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 5% der Behandlungsfälle pro Quartal und den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos.Nr. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals ist nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos.-Nr. 36a innerhalb eines Quartals ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose.

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

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

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der 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, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom psychosomatische Medizin verliehen wurde.
- b) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.
- c) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.
- d) Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.
- e) Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.
- f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgesprächs 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.

3. Substitutionsbehandlung

| Pos.-Nr. | Euro |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| SUB | 135,85 |
| Erst- bzw. Wiedereinstellung eines Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung AM, I, K, L, N, PSY <i>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.</i> | |
| | 83,60 |
| WSUB | 54,34 |
| Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung – Erstkontakt im Quartal AM, I, K, L, N, PSY <i>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.</i> | |
| W2SUB | 54,34 |
| Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung – Folge im Quartal AM, I, K, L, N, PSY <i>Die Position ist zusätzlich zu Position SUB und WSUB pro Patient und Quartal maximal zweimal verrechenbar.</i> | |

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

| Pos.-Nr. | Punkte |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 10. Blutabnahme | |
| 10a | 8 |
| Blutabnahme aus der Vene | |
| 10b | 12 |
| Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren | |
| 10c | 15 |
| Aderlaß..... <i>(verrechenbar bei Polycythemia vera oder sekundäre Polyglobulie)</i> | |
| 10d | 12 |
| Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene..... <i>nicht gemeinsam mit Pos. 10a abrechenbar</i> | |
| 10e | 16 |
| Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren | |
| <i>nicht gemeinsam mit Pos. 10b abrechenbar</i> | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 11. Injektionen | |
| 11a Subcutane, intracutane Injektion | 2 |
| <i>Pro Ordination bzw. Besuch können intracutane Injektionen nur als eine Injektion verrechnet werden (Quaddelbehandlung).</i> | |
| 11b 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 Nervenknötchen (z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien), pro Abrechnungszeitraum sind höchstens drei Injektionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung) | 60 |
| 11q Krampfadernverödung pro Injektion | 6 |
| <i>maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung</i> | |
| 11s Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidenknötchen pro Injektion .. | 6 |
| 11u Periarticuläre Gelenkssumspritzung (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 | 10 |
| <i>nur bei einer Infusionsdauer über 30 Minuten verrechenbar</i> | |
| 14. Implantationen | |
| 14a Kristall-Implantationen mittels Troikart | 20 |
| 14b Kristall-Implantationen mittels Incision und Naht | 35 |
| 15. Impfung | |
| 15b Therapeutische Impfung (Cutivaccine, Paspal o.ä.) | 5 |
| 15c Allergologische Impfung (Desensibilisierung) inkl. Beratungsgespräch | 10 |
| <i>1 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.</i> | |
| 15d Allergologische Impfung (Desensibilisierung) ohne Beratungsgespräch | 4 |
| <i>Maximal 3 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.</i> | |
| 16. Punktion (diagnostisch) | |
| 16a Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel bzw. Nervennadelbiopsie | 14 |
| (z.B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä., einschließlich Oberflächen-Anaesthesie) | |
| 16b Aus Gelenken | 30 |
| 16i Punktion der Prostata | 30 |
| <i>(maximal dreimal verrechenbar und nicht gemeinsam mit 37i)</i> | |
| 17. Punktion (therapeutisch) | |
| 17a Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszeß oder Serom | 20 |
| 17b Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung | 50 |
| 17c Aus der Brust- oder Bauchhöhle | 80 |
| 17e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion) | 60 |
| 17g Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle | 60 |
| 17h Aus dem Wasserbruch | 20 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 17i | Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung) | 40 |
| 17k | Aus der Harnblase | 45 |
| 18. Betäubung – Wiederbelebung | | |
| 18a | Kälteanaesthetie, Oberflächenanaesthetie | 2 |
| | <i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar; nicht verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde und Urologie</i> | |
| 18c | Infiltrationsanaesthetie | 10 |
| | <i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar</i> | |
| 18d | Leitungsanaesthetie | 18 |
| 18f | Lumbalanaesthetie | 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 | 60+RI |
| | <i>Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle pro Arzt und Monat limitiert. Nicht am selben Tag mit 19b oder 19j verrechenbar.</i> | |
| 19c | Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie) | 20+RI |
| 19d | Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen | 35+RI |
| 19e | flexible Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) | 55+RI |
| | <i>nicht am selben Tag mit 19k, 19l und 19p verrechenbar;</i> | |
| 19f | Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie) | 35+RI |
| | <i>nicht gleichzeitig mit 19s, 19sp, 19pp, 19rs, 19rsp, 19rspp und 19stb verrechenbar</i> | |
| 19g | Endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals (Endocervicoskopie) | 35+RI |
| 19h | Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie) | 35+RI |
| 19i | Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie) | 45+RI |
| | <i>nicht am selben Tag mit 19l und 19p verrechenbar</i> | |
| 19j | Endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes | 20+RI |
| 19k | flexible Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) | 80+RII |
| | <i>nicht am selben Tag mit 19e, 19l und 19p verrechenbar</i> | |
| 19l | Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (RIII nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück) | 70+RIII |
| | <i>nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19p verrechenbar</i> | |
| 19n | Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie) | 120+RIII |
| 19o | Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie) | 120+RIII |
| | <i>Nicht neben Pos. 19r, 19rs, 19rsp und 19rspp verrechenbar.</i> | |
| 19p | Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken (RIV nur bei Verwendung von Einmal-UK, 2 Stück) | 75+RIV |
| | <i>nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19l verrechenbar</i> | |
| 19q | Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie) | 110+RIII |
| 19r | Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums (Gastroskopie, Duodenoskopie) | 385,6 |
| | <i>nicht neben Pos. 19o, 19s, 19sp, 19pp, 19rs, 19rsp, und 19rspp verrechenbar.</i> | |
| 19s | Koloskopie exklusive Polypenabtragung..... | 457,8 |
| | <i>nicht neben Pos. 19r, 19sp, 19pp, 19rs, 19rsp, 19rspp und 19stb verrechenbar.</i> | |
| 19sp | Koloskopie inklusive Abtragung eines Polypen..... | 543 |
| | <i>nicht neben Pos. 19r, 19s, 19pp, 19rs, 19rsp, 19rspp und 19stb verrechenbar.</i> | |
| 19pp | Koloskopie inklusive Abtragung zweier oder mehrerer Polypen <i>nicht neben Pos. 19r, 19s, 19sp, 19rs, 19rsp, 19rspp und 19stb verrechenbar.</i> | 608,6 |

| | | |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 19rs | Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenum (Gastroskopie, Duodenumskopie) <i>und Koloskopie exklusive Polypenabtragung</i> <i>nicht neben Pos. 19o, 19r, 19s, 19sp, 19pp, 19rsp, 19rspp und 19stb verrechenbar</i> | 718,8 |
| 19rsp | Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenum (Gastroskopie, Duodenumskopie) <i>und Koloskopie inklusive Abtragung eines Polypen</i> <i>nicht neben Pos. 19o, 19r, 19s, 19sp, 19pp, 19rs, 19rspp und 19stb verrechenbar</i> | 810,6 |
| 19rspp | Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenum (Gastroskopie, Duodenumskopie) <i>und Koloskopie inklusive Abtragung zweier oder mehrerer Polypen</i> <i>nicht neben Pos. 19o, 19r, 19s, 19sp, 19pp, 19rs, 19rsp und 19stb verrechenbar</i> | 876,2 |
| 19stb | Koloskopie inklusive Stufenbiopsie <i>Entnahme von mehreren endoskopischen Biopsien aus verschiedenen Darmabschnitten, bei Durchfallerkrankungen, Verdacht auf entzündliche Darmerkrankungen (CED, mikroskopische Colitis, etc.), sowie zur Abklärung bei Reizdarmsymptomatik.</i> | 543 |

Nicht neben Pos. 19s, 19sp, 19pp, 19rs, 19rsp und 19rspp verrechenbar.

Anmerkung zu Positionen 19r bis inklusive 19stb: 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.

| | | |
|-----|----------------------------------------------------------------|----------|
| 19u | Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie) | 235+RIII |
|-----|----------------------------------------------------------------|----------|

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 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 | |
| | einwurzellig | 4 |
| | mehrwurzellig | 6 |
| Pos.-Nr. | | Punkte |
| 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) <i>1 x im Monat abrechenbar (in Ausnahmefällen auch öfter mit Begründung).</i> | 15 |
| 22f | Untersuchung des Farbsinnes auf pseudoisochromatischen Tafeln | 10 |
| 22g | Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie) N <i>wird in seltenen Ausnahmefällen die kinetische und statische Perimetrie durchgeführt, ist die Begründung anzuführen</i> | 20 |
| 22hx | Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille <i>(nicht am gleichen Tag mit 22hy verrechenbar)</i> | 8 |
| 22hy | Fundus ohne medizinisch erweiterter Pupille <i>(nicht am gleichen Tag mit 22hx verrechenbar)</i> | 5 |
| 22j | Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe <i>maximal 3x am Tag mit Begründung Tagesdruckkurve bei Glaukom bzw. Glaukomverdacht verrechenbar</i> | 15 |
| 22k | Untersuchung mit dem Exoptalmometer | 10 |
| 22l | Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe) | 10 |
| 22m | Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens N | 5 |
| 22n | Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut (verrechenbar einmal jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit) | 15 |
| 22o | Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest, Tränenaufreisszeit, Vitalfärbungen) | 5 |
| 22p | Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie <i>1 x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar, nicht gemeinsam mit 22g verrechenbar</i> | 45 |
| 22q | Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege <i>1 x pro Quartal verrechenbar</i> | 60 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 22r | Entfernung kleiner Geschwulste an den Lidern D. | 60 |
| 22s | Oberflächenanästhesie nach jeder Methode <i>Abrechenbar nur in Kombination mit den Positionen 22j, 22q, 22r, 22n, 23a, 24a, 24c sowie der Pos. 22l mit Begründung Blepharospasmus</i> | 2 |
| 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 <i>Einmal je Tag und Fall bei folgenden Indikationen verrechenbar:</i> | 126,7 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Netzhaut- oder Sehnervenerkrankung • Zur Abklärung unklarer Sehbeschwerden <i>Im niedergelassenen Bereich ist die laufende Betreuung von Patientinnen/Patienten, die inwiederkehrender IVOM-Behandlung stehen, derzeit keine Indikation.</i> | |
| 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; <i>Einmal je Auge und Tag bei folgenden Indikationen verrechenbar:</i> | 452,8 |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapselkapsel bei Pseudophakie 2. Engwinkelglaukom 3. Durchtrennung fibrotischer Glaskörperstränge | |

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

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 25. | Wundversorgung | |
| 25a | Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde AM, D, K, I, H, U, PL <i>einmal pro Region verrechenbar</i> | 10 |
| 25b | Abtragung einer großen Brandblase AM, D, K | 8 |
| 25c | Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung AM, D, K | 14 |
| 25d | Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl. chirurgische Versorgung nach jeder Methode AM, D, K, PL <i>Einmal pro Region verrechenbar</i> | 50 |
| 25e | Naht und Klammerentfernung AM, D, K <i>Einmal pro Region verrechenbar</i> | 5 |
| | <i>Für Wundbehandlungen bei Kindern unter 6 Jahren ist zu den Pos.-Nrn. 25a, 25b und 25c ein Zuschlag in Höhe von 50% verrechenbar.</i> | |
| 26. | Kleine operative Eingriffe | |
| 26a | Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Haematoms (pro Sitzung) 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 Daumnagels 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 <i>max. 5 Sitzungen pro Patient und Quartal.</i> <i>Ein Ausbildungsnachweis ist hierfür erforderlich.</i> | 40 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 27. | Verbände | |
| 27a | Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigem Zinkleimverband oder Elastoplastverband AM, D, I, K, H, PL | 17 |
| 27b | Zinkleimverband mit selbstaufgetragenen 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 | 90 |
| 27f | Gipsverband der oberen Extremitäten mit Schultergürtel, der unteren Extremitäten mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax | 150 |
| 27g | Abnahme eines kleinen Gipsverbandes AM | 8 |
| 27h | Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder) | 15 |
| 27i | Aufkeilung eines Gipsverbandes | 15 |
| 27k | Zuschlag für Gehbügel (nur bei nachträglicher Anbringung) | 10 |
| 27l | Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen bei statischen 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 |
| | <i>Zu den Positionen 27d, 27e, 27f und 27k ist das Material auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.</i> | |
| 27n | Verbandwechsel AM, D, K | 6 |
| | <i>Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters. Nicht bei Incision von Panaritien aller Art sowie den Pos. 25a, 25b, 25c, 25d und 27c.</i> | |
| 28. | Gipsmodell für orthopädische Behelfe | |
| 28a | Gipsmodell für Einlagen, je Seite | 29 |
| | <i>(Das Material ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.)</i> | |
| 28b | Herstellung von geführten Abdrücken für Maß- oder Modelleinlagen mittels Trittschaummodellen (inkl. Material), je Seite | 12 |
| | <i>(Die gleichzeitige Verrechnung mit Position 28a ist nicht möglich; Blaudruck nicht gesondert verrechenbar.)</i> | |
| 29. | Knochenbrüche (provisorische Versorgung – Notverband) | |
| 29a | Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen) AM, K | 15 |
| 29b | Alle übrigen Knochen 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 | 15 |
| | <i>(bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)</i> | |
| 30c | Kauterisation der Portio vaginalis oder der Cervix | 50 |
| 30e | Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objektträger und Fixierlösung K, U | 7 |
| 30f | Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle D, U | 4 |
| 30g | Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle D, U .. | 3 |
| | <i>(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)</i> | |
| 30h | Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat 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 | 4 |
| | <i>(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)</i> | |

| | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 30j | Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr <i>maximal in 5% der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar. Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, ...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.</i> | 19 |
| 30k | Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie <i>verrechenbar einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i> | 19 |
| 30l | Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in der Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz <i>verrechenbar in maximal 6% der Fälle pro Arzt und Quartal, nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptaussstellung</i> | 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 <i>Der Zeitaufwand, der nur auf Wunsch der Wöchnerin entsteht, ist mit dieser nach Vereinbarung zu verrechnen</i> | 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. | 100 |
| 31c | Manuelle Muttermunddilataion | 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 <i>Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.</i> | 16 |
| 32b | Tonschwellenaudiometrie K | 30 |
| 32c | Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter | 50 |
| 32e | Sprachaudiometrie | 40 |
| 32g | Otomikroskopische Untersuchung <i>(nur in maximal 50 % der Behandlungsfälle verrechenbar)</i> | 15 |
| 32h | Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung <i>in maximal 50 % der Fälle verrechenbar, maximal 2 mal pro Patient und Monat</i> | 25 |
| 32i | Otoakustische Emissionen <i>in maximal 9 % der Fälle verrechenbar</i> | 25 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 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 Anaesthetie 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 |
| | <i>In maximal 10% der Fälle pro Arzt und Monat verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Gerätenachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Ein Durchschlag des Befundes ist 3 Jahre aufzubewahren und der SVS auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisungen innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundleistung, möglich.</i> | |
| 34e | 24-Stunden Blutdruckmonitoring AM, K | 65 |

Indikationen der Verrechenbarkeit:

- a) *Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:
Bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtetes 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.

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

**VIIa. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der LUNGENHEILKUNDE**

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 34. | Untersuchungen und Behandlungen | |
| 34l | Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je AM, K, I <i>Pos.Nm. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar</i> | 7 |
| 34m | Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert) mit graphischer Darstellung AM, K, I <i>Pos.Nm. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar;</i> | 17 |
| 34n | Bronchospasmodolysetest (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 | 7 |
| | Anmerkung: Pos.Nr. 34n und Pos.Nr. 34o nicht additiv. | |
| 34q | Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe <i>maximal zweimal pro Tag verrechenbar alle Untersuchungen zusammen können in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal abgerechnet werden</i> | 60 |
| 34s | Bodyplethysmographie K <i>verrechenbar in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal</i> | 27 |
| 34z | Raucherberatung mit dem Ziel der Entwöhnung <i>Nicht am selben Tag mit Pos. TA verrechenbar; verrechenbar in maximal 20% der Fälle pro Arzt und Quartal</i> | 19 |
| 34aa | Ambulante Schlafapnoeuntersuchung, H, N <i>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.</i> | 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 | 7 |
| ZK2 | Zuschlag für die Behandlung von Kindern vom vollendeten 6. Lebensjahr bis zum vollendeten 10. Lebensjahr AM | 3 |
| 34h | Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria D <i>einmal pro Kalendervierteljahr verrechenbar</i> | 13 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 34k | Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsrückstandes bei cerebral geschädigten Kindern (kann auch von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie verrechnet werden) | 30 |
| 34t | Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf klinisch relevante neurologische Beeinträchtigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar</i> <i>nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i> | 42 |
| 34u | Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) <i>einmal im Monat verrechenbar</i> <i>nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i> | 22 |
| 34v | Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>einmal pro Fall und Quartal in maximal 10% der Fälle verrechenbar</i> <i>nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i> | 22 |
| 34w | Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>in maximal 8% der Fälle im Quartal verrechenbar</i> <i>nicht gemeinsam mit Pos. 34t, 34u und 34v verrechenbar</i> | 22 |
| 34ba | Behandlungszuschlag bei Enuresis, Enkopresis ab vollendeten 3.Lj., AM, U <i>1x pro Quartal/Patient</i> | 29 |
| 34bb | Beratung von Kindern und Jugendlichen mit morbidem Adipositas zwischen dem 6. und dem 18. Lebensjahr <i>in 10% der Fälle, nicht gleichzeitig mit Pos. TA verrechenbar</i> | 21,7 |

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 35. | Untersuchungen | |
| 35b | Ausführliche neuropsychiatrische Exploration – K(KNP) PSY <i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar. Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i> | 40 |
| 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 <i>Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben. Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.</i> <i>Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i> | 26 |
| 35f | Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation - K(KNP), PSY <i>Höchstens einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.</i> | 40 |
| 35g | Neuropsychometrische Skala (z.B. MMSE, EDSS, UPDRS, etc) – AM, PSY <i>maximal einmal pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i> | 20 |
| 35h | ENG (Elektroneurographie) | 68 |
| 35i | EMG (Elektromyographie) | 68 |
| 35j | ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie) <i>Die Positionen 35h bis 35j können in maximal 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i> | 108 |
| 35k | Eingehende Sensibilitätsprüfung, AM, N, PSY, O | 6,7 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 36. | Therapeutische Verrichtungen | |
| 36a | Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten 1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention. 2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder klinisch relevanter neurologischer Beeinträchtigung bei Kindern. <i>Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar. 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.</i> | 35 |
| 36b | Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) K <i>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.</i> | 98 |
| 36c | Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung 50 Minuten - K(KNP) <i>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.</i> | 98 |
| 36d | Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 Minuten <i>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.</i> | 98 |
| 36e | Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 Minuten <i>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.</i> | 49 |
| 36f | Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 Minuten (max. 10 Patienten), je Patient und Therapieeinheit <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36e ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i> | 11 |

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

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 37. | Untersuchungen | |
| 37a | Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Erstsitzung K, H, L <i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.</i> | 42 |
| 37b | Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung) K, H, L <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.</i> | 12 |

| | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 37c | Epicutan-Standardtest (derzeit 27 Proben) oder Sonderabtestung bis 25 Proben; Erstsitzung | 47 |
| | <i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheits- geschehen) verrechenbar.</i> | |
| 37d | Epicutan-Test, Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung zur Position 37c) <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar</i> | 12 |
| 37e | Epicutan-Sonderaustestung über 25 Proben inkl. allfälliger Nachtestung | 94 |
| | <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar</i> | |
| | <i>Weiters gilt für die Positionen 37a bis 37e:</i> | |
| | <i>a) Die Position 37c ist im selben Quartal nicht neben der Position 37e verrechenbar.</i> | |
| | <i>b) Das Honorar für die Positionen 37a bis 37e beinhalten Anamnese, Austestung, Auswertung und Abschlussgespräch; die Verrechnung der Position TA ist gleichzeitig nicht möglich</i> | |
| 37f | Zuschlag zu den Positionen 37a bis 37e für erhöhten Beratungsaufwand zur Allergieerkrankung K, H, L, | 22 |
| | <i>Das Beratungsgespräch hat länger als 12 Minuten zu dauern. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich. Verrechenbar in maximal 5% der Positionen 37a bis 37e.</i> | |
| 37g | Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie verrechenbar) | 15 |
| 37h | Dreigliederprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Be- urteilung des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar) | 10 |
| 37i | Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (exkl. Punktionsnadeln) | 150 |
| | <i>einmal pro Tag verrechenbar; die Kosten für die Punktionsnadel sind, sofern sie nicht als proordinatione zur Verfügung gestellt wird, gesondert verrechenbar</i> | |
| 37j | Tumornachsorge nach maligner Hauterkrankung | 37,1 |
| | <i>(Diese Position umfasst eine gezielte Anamnese, die Inspektion des gesamten Integuments sowie Palpation der Primärnarbe, In- transit-und Lymphabstromgebiete und Lymphknotenstation)</i> | |
| 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 Strikturedehnung der Harnröhre | 16 |
| 38f | Weitere Strikturedehnung | 8 |
| 38i | Einbringung von Medikamenten in die Harnröhre | 3 |
| | <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38q ist nicht möglich.</i> | |
| 38j | Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Doku- mentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D | 6 |
| | <i>höchstens verrechenbar in 50 % der Fälle pro Quartal, maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr; mehr als 6 Läsionen pro Patient und Jahr bei Anführung einer medizinischen Begründung (z.B. Tumorpatient)</i> | |
| 38k | Kühlsonde | 8 |
| 38l | Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen C, G, K | 15 |
| 38m | Kaustik, ausgenommen Warzen (siehe Pos.Nr. 26d u. 26e) C, G, K | 15 |
| | <i>nur einmal am Tag verrechenbar</i> | |
| 38n | Elektrolyse | 15 |
| 38o | Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose K | 8 |
| 38p | Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht | 40 |
| 38q | Urologische Schleimhautanästhesie | 4 |
| | <i>nur verrechenbar bei Pos. 19e, 19i, 19k, 19l, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 38x. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38i ist nicht möglich.</i> | |
| 38r | Anwendung von Kohlendioxid je Sitzung AM, K | 15 |
| 38t | Prostatamassage | 5 |
| 38w | Therapeutische Instillation der Harnblase | 60 |
| | <i>Die gleichzeitige Verrechnung endoskopischer Leistungen und der Pos. 38a bis 38c, 38i und 38q ist nicht möglich.</i> | |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|--------------------------------------------------------------|--------|
| 38x | Wechsel eines suprapubischen Katheters mit Fixation AM | 16 |
| 38y | Phototherapie, je Behandlung, | 11,1 |

Xa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

| Pos.-Nr. | | Euro |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 40. Diagnostik | | |
| 40a | Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung | 194,43 |
| | <i>Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar</i> | |
| 40b | Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik | 48,89 |
| 40c | Diagnostische Außenanamnese | 36,67 |
| 40d | Ausführliche diagnostische Außenanamnese | 48,89 |
| 40e | Neurologischer Status | 31,11 |
| 40f | Entwicklungsneurologischer Status..... | 72,22 |
| | <i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i> | |
| 40g | Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente | 72,22 |
| 40h | Somatischer Status | 12,22 |
| 40i | Somatogramm | 12,22 |
| | Bei jedem Kontakt | |
| 40j | Interaktionsdiagnostik (incl. Video) | 388,85 |
| | <i>1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten</i> | |
| 40k | Standardisierte Entwicklungsdiagnostik | 194,43 |
| | <i>2x/Diagnose/max. alle 2 Jahre; max. 10% der Patienten</i> | |
| 41. Behandlung | | |
| 41a | Verlaufsbehandlung – Regelbehandlung mit Dokument..... | 73,32 |
| 41b | Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung | 194,43 |
| | <i>bei max. 10% der Patienten</i> | |
| 41c | Psychoedukation bei Patienten (Eltern und Patient) | 36,67 |
| 42. Vernetzungsleistung | | |
| 42a | Koordination bei Patienten | 24,44 |
| 42b | Koordinationstreffen (Helferkonferenz) | 194,43 |
| | <i>1x pro Jahr; max. 20% der Patienten</i> | |
| 42c | Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan) | 48,89 |
| | <i>1x pro Jahr</i> | |
| 42d | Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose und Behandlungsplan | 12,22 |

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 herzustellenen Therapiemotivation des Patienten. | |
| 4. Verbale Intervention | |
| Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention | |
| <i>Maximal fünfmal pro Patient innerhalb von 18 Monaten verrechenbar, an einem oder mehreren Tagen. Neuerliche Verrechenbarkeit möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte. Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar. Abrechenbar nur für neue Fälle ab Inkrafttreten dieses Abschnittes der Honorarordnung.</i> | |
| 45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten | 34 |
| Mindestinhalt: | |
| 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) | |
| Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung | |
| 2. Verbale Intervention | |
| Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention | |
| <i>Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho-educativ, 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.</i> | |
| 45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten | 52,8 |
| Mindestinhalt: | |
| 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) | |
| Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung | |
| 2. Verbale Intervention | |
| Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention | |
| <i>Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho-educativ, 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.</i> | |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 45d | Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten Mindestinhalt: 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung 2. Verbale Intervention Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention <i>Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho- edukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunder- krankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten. Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i> | 100 |
| 45e | Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten Mindestinhalt: 1. Außenanamnese mit Bezugspersonen Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch. 2. Sozialpsychiatrische Intervention umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten. <i>Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der SVS auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar.</i> | 9,2 |
| 45f | Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durch- schnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit <i>Pro Patient und Tag maximal zweimal abrechenbar.</i> | 18,9 |
| 45g | Psychiatrische Skale: Diagnosespezifische oder gleichwertige Tests, die zu benennen sind Dauer im Allgemeinen 10 Minuten <i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i> | 18,3 |
| 45h | Demenzttest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhren- test, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten <i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Abrechenbar in maximal 12% der Fälle pro Quartal.</i> | 18,3 |
| 45i | Psychiatrische Skala: HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezi- fische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten <i>In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i> | 36,7 |
| 45j | Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) Dauer im Allgemeinen 70 Minuten <i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ausführliche Begründung erforderlich. Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i> | 135,8 |
| 45k | Koordinationstreffen (Helferkonferenz) <i>2x pro Jahr; maximal 10% der Patienten</i> | 165,1 |
| 45l | Hausbesuch <i>Verrechenbar bei folgenden Positionen: 35f, 45a, 45b, 45c, 45d und 45j. Am selben Tag mit 45e nur dann verrechenbar, wenn ein Patientenkontakt nicht möglich ist. Werden bei einem Hausbesuch im gleichen Haushalt oder in einem Alters(Pflege)heim mehrere SVS-Versicherte behandelt, kann die Position 45l nur für einen Versicherten verrechnet werden.</i> | 17 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|----------------------------------------------------------------------|--------|
| 45m | Ausstellung eines Kassenrezeptes | 9,2 |
| | <i>Nicht am selben Tag mit den Positionen 45a – 45l verrechenbar</i> | |

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 Glissonschiene | 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 Kurzwellen | 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 Schlamm- oder 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 70 % 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. <i>Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen.</i> | 53 |
| US 12 | First Line Sonographie – AM <i>Ärzte für Allgemeinmedizin haben einen Ausbildungsnachweis zu erbringen, der von der Ärztekammer geprüft und der SVS auf Verlangen zur Verfügung gestellt wird.</i> | 60 |

Small-parts-Diagnostik

| | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| SP 1 | Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse – R.I.C.K. | 48 |
| SP 2 | Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) – R.H. Die gleichzeitige Verrechnung der Pos.Nr. SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen | 70 |
| 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. | 22 |
| SP 7 | Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste – R.O.C..... | 41 |
| SP 9 | Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht – R.K.O. | 59 |
| SP 10 | Sonographie des Scrotalinhaltes – R.K.U.C. | 48 |

Doppler-Diagnostik

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

Farbduplex-Diagnostik

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

Echokardiographie

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

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN

- 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.
- Die Grundlage für die Erteilung der Zulassung bilden die einschlägigen Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer.
- Der Umfang der Zulassung ist im Einzelvertrag zu vermerken.
- Wenn ein Vertragsfacharzt für Radiologie im Orte niedergelassen ist, können röntgendiagnostische Leistungen nach diesem Tarif nur für Untersuchungen eigener Patienten verrechnet werden.
- 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.
- 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 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| r 4e | Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten) | 18 |
| r 4f | Zuschlag zur Pos. r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte | 13 |
| r 4g | Zuschlag zur Pos. r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte | 19 |

Aufnahmen:

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

XIV. Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben. Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 7 Abs 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Die Leistungen können von Ärzten der jeweils angeführten Fächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen internen Qualitätssicherung. Die interne Qualitätssicherung wird entsprechend den berufsrechtlichen Verpflichtungen durchgeführt. Die SVS kann den Nachweis jederzeit anfordern.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Sonderleistung gemäß Abschnitt A III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
6. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts Anderes vermerkt ist.
7. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (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..... <i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i> | 4,0 |
| 2.05 | Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) AM, I, K..... <i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i> | 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 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3.05 | Kreatinin AM, I..... | 1,0 |
| 3.07 | Gesamtbilirubin K..... | 1,0 |
| 3.08 | Direktes und indirektes Bilirubin K..... | 1,0 |
| 3.15 | Natrium I..... | 1,0 |
| 3.16 | Kalium AM, I..... | 1,0 |
| 4.07 | GOT (ASAT) K, I..... | 1,0 |
| 4.08 | GPT (ALAT) K, I..... | 1,0 |
| 4.09 | Gamma-GT I..... | 1,0 |
| 4.20 | Troponin T oder Troponin I AM, I, L..... | 7,2 |
| 5.01 | Chemischer Harnbefund mittels Streifen- tests inkl. spez. Gewicht und photo- metrische Auswertung AM, D, G, I, K, L, U..... | 1,0 |
| | <i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i> | |
| 5.02 | Streifen- test im Harn (visuelle Auswertung) AM, D, G, I, K, L, U..... | 1,0 |
| | <i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i> | |
| 5.03 | Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) AM, G, K, U..... | 3,0 |
| 7.02 | Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen) AM, I, K..... | 2,0 |
| 11.25 | CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger- test qual. AM, I, K, L..... | 2,5 |
| 12.01 | Nativpräparat D..... | 3,0 |
| 12.07 | Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate 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 Nachoperationen und hierfür 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.

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------------------|----|
| <input type="radio"/> 3a | Einfache Symblepharonoperation | A. |
| <input type="radio"/> 3b | Tarsusexstirpation bei Trachom | A. |
| <input type="radio"/> 3c | Exstirpation des Tränensackes | A. |
| <input type="radio"/> 3d | Exstirpation der Tränendrüse | A. |
| <input type="radio"/> 3e | Trichiasisoperation | A. |
| <input type="radio"/> 3f | Sklerotomie | A. |
| <input type="radio"/> 3h | Discission bei Katarakta secundaria | A. |
| <input type="radio"/> 3i | Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik | A. |
| <input type="radio"/> 3k | Transfixation der Iris | A. |
| <input type="radio"/> 3l | Iridotomie | A. |
| <input type="radio"/> 3n | Tenotomie | A. |

Gruppe IV

| | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------|
| <input type="radio"/> 4a | Schieloperation mit Vorlagerung und Tenotomie | A. |
| <input type="radio"/> 4b | Einfache Ptosisoperation | A.PL |
| <input type="radio"/> 4f | Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti | A. |
| <input type="radio"/> 4i | Abtragung des Irisprolapses mit Plastik | A. |

| Pos.-Nr. | | Fachgebiet |
|--------------------------|------------------------|------------|
| <input type="radio"/> 4k | Iridektomie | A. |
| <input type="radio"/> 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 |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 8a | Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke | C.O. |
| <input type="radio"/> 8b | Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein) | C.H.NC.O. |
| <input type="radio"/> 8c | Excision kleiner Wunden (Wundtoilette) | AM.A.D.G.I.K .H.O.U.PL |
| <input type="radio"/> 8d | Incision eines Panaritium subcutaneum | AM.D.K |
| <input type="radio"/> 8e | Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels | C.G.D |
| <input type="radio"/> 8f | Incision einer oberflächlichen Phlegmone | AM. D.G.K.U |
| <input type="radio"/> 8g | Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht | AM.D.G.K.H. O.U |
| <input type="radio"/> 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 |
| <input type="radio"/> 8i | Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose | C.K.U. |
| <input type="radio"/> 8k | Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung | C.D.G. |
| <input type="radio"/> 8l | Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation..... | D |
| <input type="radio"/> 8m | Percutane Bluttransfusion mit Konserve | |
| <input type="radio"/> 8n | Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe | C.D.O.PL |
| <input type="radio"/> 8o | Amnionieinpflanzung nach Filatow | C.G. |
| <input type="radio"/> 8p | Probeexcision mit Naht | AM.D.G.H.U |
| <input type="radio"/> 8q | Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels | D |

Gruppe II

| | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="radio"/> 9a | Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation | C.O. |
| <input type="radio"/> 9b | Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Bandrupturen an Knie- und Sprunggelenken | C.O. |
| <input type="radio"/> 9c | Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben) | AM.D.G.I. O |
| <input type="radio"/> 9d | Incision eines Panaritium tendineum oder osseum | C. |
| <input type="radio"/> 9e | Buelausche Heberdrainage | C.I.K.L. |
| <input type="radio"/> 9f | Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation | C.G.NC.U. |
| <input type="radio"/> 9g | Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper | AM |
| <input type="radio"/> 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, Hygom, Basaliom, Spinaliom | AM.D.H.O. PL |
| <input type="radio"/> 9i | Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose | C.D.U. |
| <input type="radio"/> 9k | Spaltung einer Fistula ani | C.G. |
| <input type="radio"/> 9l | Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig) | |
| <input type="radio"/> 9m | Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode | |
| <input type="radio"/> 9n | Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene | |

| Pos.-Nr. | | Fachgebiet |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 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 Krampfaderoperation 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 | 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 | Sehennaht (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 brachialis, 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 | C.D.O. |
| | (mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich) | |
| O 10s | Noduliooperation 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 | Sehennaht (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 Urin-infiltration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen | C.G.O.U. NC. |
| O 11g | Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke | C.O. |
| O 11h | Tracheotomie | An.C.H. K. NC. |
| O 11i | Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis | C.NC. |
| O 11r | Nodulixstirpation nach Whitehead | 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

| Pos.-Nr. | | Fachgebiet |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <input type="radio"/> 12a | Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes | C.H. |
| <input type="radio"/> 12c | Neurolyse mit Naht | C.NC.O. PL |
| <input type="radio"/> 12d | Sehnenplastik | C.O. |
| <input type="radio"/> 12g | Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx | C.H. C.O. |
| <input type="radio"/> 12h | Scalenotomie | C.O. |
| <input type="radio"/> 12u | Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik | C.D.H.O. PL |
| <input type="radio"/> 12v | Amputation oder Enukektion großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes | C.O. |
| <input type="radio"/> 12x | Osteosynthese kleiner Knochen | C.O. |
| <input type="radio"/> 12y | Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung | C.NC.O. |

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

| | | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|------|
| <input type="radio"/> 16a | Elektrotomie eines ausgedehnten flächenhaften Hauttumores | C.D. |
| <input type="radio"/> 16b | Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata | D. |

Gruppe II

| | | |
|---------------------------|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> 17a | Excision einer Sklerose | C.D.G.U. |
| <input type="radio"/> 17b | Exstirpation eines Epithelioms | A.C.D.G.H. |

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

| | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="radio"/> 18a | Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis | C.G. |
| <input type="radio"/> 18b | Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome | D.U |
| <input type="radio"/> 18c | Incision eines Bartholin'schen Abszesses, einfache vaginale Incision | C.D.G.U. |
| <input type="radio"/> 18d | Strichabrasio | G. |
| <input type="radio"/> 18e | Abtragung eines Cervicalpolypen | G. |
| <input type="radio"/> 18f | Abtragung vaginaler Granulationen | G. |
| <input type="radio"/> 19a | Äußere Wendung bei Querlage | G. |
| <input type="radio"/> 19b | Dammnaht I. Grades | G. |
| <input type="radio"/> 19c | Auffüllung der Placenta nach Gabastou | G. |

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Gruppe IV

| | | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <input type="radio"/> 25a | Kombinierte Wendung | G. |
| <input type="radio"/> 25b | Dammnaht III. Grades mit Sphinkternaht | G. |
| <input type="radio"/> 25c | Manuelle Placentalösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta..... | G. |
| <input type="radio"/> 25d | Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt..... | G. |
| <input type="radio"/> 25e | Hohe Zange | G. |

Gruppe VI

| | | |
|---------------------------|-----------------------------------------------|----|
| <input type="radio"/> 29a | Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation) | G. |
|---------------------------|-----------------------------------------------|----|

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

| | | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------|------|
| <input type="radio"/> 33a | Nasale Entfernung eines Choanenpolypen | H. |
| <input type="radio"/> 33b | Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe | H. |
| <input type="radio"/> 33c | Unterbindung der Vena jugularis | C.H. |
| <input type="radio"/> 33d | Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen | H. |
| <input type="radio"/> 33e | Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1,7fach) | H. |

| Pos.-Nr. | | Fachgebiet |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> 33f | Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff | C.H. |
| <input type="radio"/> 33i | Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung | H. |
| <input type="radio"/> 33j | Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger | H. |

Gruppe IV

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

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

Gruppe I

| Pos.-Nr. | | Fachgebiet |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <input type="radio"/> 38a | Pneumothorax-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle) | I.L. |
| <input type="radio"/> 38b | Pneumoperitoneum-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle) | I.L. |
| <input type="radio"/> 38c | Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Encephalographie) 11/2fach | An.C.H.I.N. |
| <input type="radio"/> 38d | Kontrastfüllung bei Bronchographie | An.H.L. |
| <input type="radio"/> 38e | Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 11/2fach | An.C.I.N. |
| <input type="radio"/> 38f | Nucleographie | |

Gruppe II

| | | |
|---------------------------|-----------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> 39a | Pneumothorax-Erstanlage | An.I.K.L. |
| <input type="radio"/> 39b | Pneumoperitoneum-Erstanlage | I.K.L. |
| <input type="radio"/> 39c | Liquorausblasung | C.I.K.L.N. |
| <input type="radio"/> 39d | Liquortransfusion | C.I.K.L.N. |

Gruppe IV

| | | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="radio"/> 41b | Winterschlaf (Hibernation), (als Hausbehandlung) einschließlich Betreuung | An.N. |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------|

ORTHOPÄDIE und ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

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

Gruppe I

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

| Gruppe II | | Fachgebiet |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Pos.-Nr. | | |
| O 43a | Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen) | C.O. |
| O 43c | Offene Tenotomie | C.O. |
| O 43d | Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke | C.O. |
| O 43e | Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper | C.O. |
| O 43f | Abmeißelung von Exostosen | C.O. |
| O 43g | Operation des Calcaneussporns | C.O. |
| O 43h | Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen) | C.O.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. O 44f oder O 44g zu verrechnen) | C.O. |
| O 44o | Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat) | C.O. |
| O 44p | Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation | C.O. |
| Gruppe IV | | |
| O 45a | Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen) | C.O. |
| 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

| Pos.-Nr. | | Fachgebiet |
|---------------------------|---------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> 48a | Endourethale Elektrocoagulation | D.U. |
| <input type="radio"/> 48b | Meatotomie | D.U. |

Gruppe II

| | | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------|
| <input type="radio"/> 49a | Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren | U. |
| <input type="radio"/> 49b | Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste | G.U. |
| <input type="radio"/> 49c | Urethrotomia interna | U. |
| <input type="radio"/> 49d | Operation eines einfachen Urethralprolapses | G.U. |
| <input type="radio"/> 49e | Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses | C.U. |
| <input type="radio"/> 49f | Retroperitoneale Luftfüllung | C.I.U. |

Gruppe III

| | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| <input type="radio"/> 50a | Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge | U. |
| <input type="radio"/> 50b | Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen | U. |
| <input type="radio"/> 50c | Urethrotomia externa | U. |
| <input type="radio"/> 50d | Operation eines ringförmigen Urethralprolapses | U. |
| <input type="radio"/> 50e | Probeexcision aus der Blase | U. |

Gruppe V

| | | |
|---------------------------|--------------------|----|
| <input type="radio"/> 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 | 34,51 |
| | einmal pro Patient und Tag verrechenbar | |

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.

Die Tagsatzpauschale umfasst folgende Leistungen:

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

Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische Trainingstherapie

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

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

Gruppe 3 – Thermotherapie

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

Gruppe 4 – Elektrotherapie

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

Gruppe 5 – Ultraschalltherapie

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

Gruppe 6 – Hydrophysikalische Therapie

PH1 Medizinalbad (zB CO² Bad, Moorschwebstoffbad) 15 MM, HM, MTF, PT

Gruppe 7 – Sonstige Therapie

P4652 Extensionsbehandlung mechanisch und/oder mit automatischen Geräten 15

P90L Glisson- oder Extensionsbett

P4720 Inhalationstherapie (ohne Medikament)

P90M Aerosolinhalation (ohne Medikament)

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

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

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT Physiotherapeut

ET Ergotherapeut

MTF Medizinisch-Technischer Fachdienst

MM Medizinischer Masseur

HM Heilmasseur

SpoWi Sportwissenschaftler

Psy Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe“

D. Laboruntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Für Fachärzte für nichtklinische Medizin (medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie) sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung (Patientenschein, Ersatzpatientenschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben.
2. Die im Tarif bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin (medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie) verrechnet werden und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen internen 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: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung..... | 200,0 |
| 1.14 Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) | 1,5 |
| 1.16 HLA-B 27..... | 20,0 |
| <i>nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar</i> | |
| 1.17 Leukozytendifferenzierung < 5 Typ..... | 20,0 |
| <i>Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.</i> | |
| 1.18 Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ | 80,0 |
| <i>bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung</i> | |
| 1.19 Leukozytendifferenzierung > 10 Typ..... | 150,0 |
| <i>bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung</i> | |

Gruppe 2: Blutgerinnung

| Pos.Nr. | Punkte |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 2.01 Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit Bestimmung | 10,0 |
| 2.03 Thrombozyten-Zählung..... | 3,5 |

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

Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen

| Pos.Nr. | Punkte |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3.01 Blutzucker-Bestimmung | 1,0 |
| 3.02 Fruktosamine | 4,0 |
| <i>nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar</i> | |
| 3.03 HbA1 oder HbA1c | 9,0 |
| <i>nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar</i> | |
| 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 |
| <i>nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar</i> | |
| 3.22 Kupfer..... | 5,0 |
| 3.23 Eisen | 2,0 |
| 3.24 Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung | 5,5 |
| <i>nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar</i> | |
| 3.25 Ferritin | 2,5 |
| 3.26 Albumin | 1,3 |
| 3.27 Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter..... | 25,0 |
| 3.28 Transferrin..... | 2,5 |
| <i>nicht neben Position 3.24 verrechenbar</i> | |
| 3.29 Ammoniak | 2,5 |
| <i>nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie</i> | |
| 3.30 Laktat | 2,5 |
| <i>nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)</i> | |

| Pos.Nr. | Punkte |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3.31 LP a..... | 9,3 |
| <i>nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend</i> | |

Gruppe 4: Enzyme

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

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

| Pos.Nr. | Punkte |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5.01 Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez.Gewicht und photometrische Auswertung | 1,0 |
| <i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i> | |
| 5.02 Streifentest im Harn (visuelle Auswertung)..... | 1,0 |
| <i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i> | |
| 5.03 Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01oder 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 | 20,0 |
| <i>bei Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz</i> | |

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

| Pos.Nr. | Punkte |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 8.01 Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung | 5,0 |
| <i>nicht neben Pos. 8.02 verrechenbar</i> | |
| 8.02 Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung | 8,0 |
| <i>nicht neben Pos. 8.01 verrechenbar</i> | |
| 8.05 Spermogramm: 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 | 5,0 |
| <i>nicht neben Pos. 9.02 verrechenbar</i> | |
| 9.02 Sediment nativ und Färbepreparat | 5,0 |
| <i>nicht neben Pos. 9.01 verrechenbar</i> | |
| 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: ABO-System und Rhesusfaktor | 15,0 |
| <i>nur mit Begründung, z. B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar</i> | |
| 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 | 11,0 |
| <i>nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar</i> | |
| 10.07 Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration) | 13,0 |
| <i>nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar</i> | |
| 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 Problemkonstellationen | 12,4 |

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchungen

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

| Pos.Nr. | | Punkte |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 11.46 | TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK)..... <i>nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar</i> | 11,5 |
| 11.47 | C3-Komplement | 10,0 |
| 11.48 | C4-Komplement | 10,0 |
| 11.49 | ANA-Subsets..... <i>nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar</i> | 9,0 |
| 11.50 | Leberspezifische Antikörper (z.B. SLK, LKM) je..... <i>max. 3 AK</i> | 11,3 |
| 11.51 | c-ANCA oder p-ANCA..... <i>max. 2 AK pro Erkrankungsfall</i> | 12,0 |
| 11.52 | Gliadin-AK..... <i>nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar</i> | 10,0 |
| 11.53 | Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper..... <i>bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar</i> | 10,0 |
| 11.54 | 1,25-Dihydroxy-Vitamin-D3..... <i>nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel</i> | 14,0 |
| 11.55 | Vitamin B12..... <i>nur zur Anämieabklärung</i> | 11,0 |
| 11.56 | Folsäure..... <i>nur zur Anämieabklärung</i> | 11,0 |
| 11.57 | Apolipoproteine..... <i>nicht neben Pos 3.13 und 3.14 und max. 2x verrechenbar</i> | 5,7 |
| 11.58 | C1 Esterase Inhibitor..... | 6,9 |
| 11.59 | Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Autoantikörpers (z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je..... <i>max 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar</i> | 7,9 |

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

| Pos.Nr. | | Punkte |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 12.01 | Nativpräparat..... | 3,0 |
| 12.02 | Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc | 5,0 |
| 12.03 | Färbepreparat 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 Färbepreparate..... | 9,0 |
| 12.06 | Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate | 9,0 |
| 12.07 | Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate | 9,0 |
| 12.08 | Kultur auf Mykoplasmen..... | 11,0 |
| 12.10 | Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je..... <i>höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar</i> | 7,0 |
| 12.11 | Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate..... | 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..... <i>nur bei positivem HIV-Test verrechenbar</i> | 35,0 |
| 12.23 | Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar) | 8,0 |
| 12.24 | Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je..... <i>nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar</i> | 13,5 |
| 12.25 | Toxoplasmose IIFT..... | 15,0 |

| Pos.Nr. | Punkte |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 12.27 Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA) | 15,0 |
| <i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar</i> | |
| 12.28 Zystizerkosen KBR | 8,0 |
| 12.29 Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate | 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 |
| 12.74 Zystizerkosen IFT | 10,0 |
| 12.75 Helicobacter pylori AK-Nachweis C. | 15,0 |
| <i>nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar</i> | |
| 12.76 Borrelien IgG oder IgM AK | 12,0 |
| 12.77 Borrelien-Westernblot IgG oder IgM | 15,0 |
| <i>bei positiven Borrelien</i> | |
| 12.78 HCV-RNS quantitativ | 100,0 |
| <i>nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insgesamt max. 4 mal, im weiteren Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR anforder- und verrechenbar</i> | |
| 12.79 HCV-PCR qualitativ | 35,0 |
| <i>grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1 mal pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit HCV-RNS verrechenbar</i> | |
| 12.80 HPV-Typisierung | 41,0 |
| <i>bei PAP III und status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernunruhe) anforder- und verrechenbar</i> | |
| 12.81 Cytomegalie-PCR | 70,0 |
| <i>nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantationsdiagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Antikörper (unter Vorlage von Vorbefunden)</i> | |
| 12.82 Helicobacter pylori AG im Stuhl | 30,0 |
| <i>nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therapiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist</i> | |
| 12.83 Bordetella pertussis PCR | 28,0 |
| 12.84 Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota | 5,0 |
| <i>nur bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar</i> | |

| Pos.Nr. | | Punkte |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 12.85 | HIV PCR quantitativ <i>nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal</i> | 80,0 |
| 12.86 | Stuhlkultur..... <i>max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | 17,0 |
| 12.87 | Clostridientoxin <i>Nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar</i> | 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..... <i>nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04 verrechenbar</i> | 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) <i>höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und pro Quartal verrechenbar; Lithium - siehe Gruppe 3</i> | 10,0 |
| 13.02 | Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin | 10,0 |
| 13.06 | Theophyllin | 10,0 |
| 13.07 | Drogennachweis, quantitativ im Harn, je <i>Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar</i> | 6,0 |
| 13.08 | Antibiotika, Zytostatika | 13,0 |
| 13.09 | Schwermetalle..... <i>bei dringendem Vergiftungsverdacht</i> | 20,0 |

Gruppe 14: Hormone

| Pos.Nr. | | Punkte |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 14.01 | Gesamt-T4 oder freies T4..... <i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i> | 6,0 |
| 14.02 | Gesamt-T3 oder freies T3 | 6,0 |
| | <i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i> | |
| 14.03 | TSH | 5,4 |
| | <i>TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15)</i> | |
| 14.04 | Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG) | 10,0 |
| 14.05 | Aldosteron | 20,0 |
| 14.06 | Cortisol | 10,0 |
| 14.07 | Follikelstimulierendes Hormon (FSH) | 7,0 |
| 14.08 | Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je | 25,0 |
| | <i>höchstens zwei verrechenbar</i> | |
| 14.09 | Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandel- säure, Methanephine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je | 18,0 |
| | <i>höchstens zwei verrechenbar</i> | |
| 14.12 | Luteinisierendes Hormon (LH) | 7,0 |
| 14.14 | Östradiol..... | 8,0 |
| 14.16 | Parathormon..... | 19,5 |
| 14.19 | Progesteron..... | 8,0 |

| Pos.Nr. | | Punkte |
|---------|-------------------------------------------------------------|--------|
| 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 |
| | <i>nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar</i> | |
| 14.29 | Insulin | 12,6 |
| | <i>zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II</i> | |
| 14.30 | Osteocalcin..... | 10,7 |
| 14.31 | Gastrin | 12,6 |
| 14.32 | Crosslabs | 10,7 |
| 14.33 | pro-BNP..... | 15,2 |
| | <i>1 x pro Fall und Jahr abrechenbar</i> | |

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, Serienschritte 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 |
| | <i>zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9</i> | |
| 16.03*) | Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate G | 7,0 |
| 16.04 | Gefrierschnitt | 5,0 |

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

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

| Pos.Nr. | | Punkte |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 18.01 | Blutentnahme aus der Vene..... | 2,5 |
| 18.02 | Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr | 5,0 |
| 18.03 | Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt..... | 5,0 |
| | <i>1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar</i> | |
| Pos.Nr. | | Punkte |
| 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) <i>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</i> | 7,67 |
| 51.02 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze) <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 53.06 und 53.14 verrechenbar</i> | 2,39 |
| 51.03 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 53.06, 53.07, 53.14 und 53.15 verrechenbar</i> | 3,39 |
| 51.04 Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger) | 6,37 |
| 55.03 HPV-DNA (Bestimmung von „Low-risk-Typen“ und „High-risk-Typen“ humaner Papillomaviren), nur zur Abklärung unklarer Abstriche bzw. bei Patientinnen mit besonderem Risiko..... <i>in 1% der honorierten Pos.Nrn. 51.01 und VZYT1 verrechenbar</i> | 44,91 |

Gruppe 52: Extragenitale Zytologie

| Pos.Nr. | Euro |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 52.01 Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) <i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.02 verrechenbar</i> | 10,30 |
| 52.02 Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) <i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.01 verrechenbar</i> | 13,39 |
| 52.03 Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 <i>maximal 1x pro Zuweisung nur mit Begründung verrechenbar</i> | 5,15 |
| 52.04 Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 <i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.05 verrechenbar</i> | 6,18 |
| 52.05 Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 <i>maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.04 verrechenbar</i> | 10,30 |
| 52.07 Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02 <i>maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar</i> | 22,09 |

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 Färbepreparate, makroskop. Beschreibung..... | 13,32 |
| <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos.Nr. 53.22 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar</i> | |
| 53.02 Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung | 7,07 |
| <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | |
| 53.03 Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung..... | 7,07 |
| <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | |
| 53.04 Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung | 6,14 |
| <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | |
| 53.06 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze) | 2,39 |
| <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.02 und 53.14 verrechenbar</i> | |
| 53.07 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen | 3,39 |
| <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.03, 53.06, 53.14 und 53.15 verrechenbar</i> | |
| 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 | 10,06 |
| 53.09 Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat (zB Gram u.Ä) | 3,39 |
| <i>nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar</i> | |
| 53.10 Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis..... | 2,39 |
| <i>nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar</i> | |
| 53.11 Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät | 2,83 |
| 53.14 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials | 1,92 |
| <i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nrn. 53.06 und 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH) siehe Pos.Nrn. 53.09 und 53.10</i> | |
| 53.15 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien) | 2,88 |
| <i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nr. 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos.Nrn. 53.09, 53.10, maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | |
| 53.16 Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate (zB Harnkultur) | 9,23 |
| <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 53.25 (zB Uricult) verrechenbar</i> | |
| 53.17 Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate | 11,55 |
| <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | |
| 53.19 Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate | 11,55 |
| <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | |
| 53.20 Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate | 13,51 |
| <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | |
| 53.21 Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate | 13,58 |
| <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | |

| Pos.Nr. | Euro |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 53.22 Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate je Kultur <i>maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos.Nrn. 53.01, 53.16 bis 53.21 und 53.23 bis 53.24 verrechenbar)</i> | 8,25 |
| 53.23 Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepreparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | 15,46 |
| 53.24 Kultur auf Mykobakterien (zB Tbc), einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i> | 24,30 |
| 53.25 Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objekt- träger (zB Uricult) <i>nicht neben Pos.Nr. 53.16 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos.Nr. 53.22 zu verrechnen</i> | 3,61 |
| 53.26 Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemo- therapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers <i>bei Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen</i> | 10,68 |

Gruppe 54: Histologie

| Pos.Nr. | Euro |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 54.01 Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operations- präparaten), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden <i>maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates(der Präparate) (unab- hängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar</i> | 27,35 |
| 54.02 Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden <i>maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates(der Präparate) (unab- hängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar</i> | 27,35 |
| 54.05 Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung) | 3,09 |
| 54.06 Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 <i>nicht neben Pos.Nr. 54.07 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i> | 7,21 |
| 54.07 Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 <i>nicht neben Pos.Nr. 54.06 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i> | 13,39 |
| 54.09 Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 <i>maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechen- bar</i> | 45,32 |
| 54.10 Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verar- beitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block | 8,65 |

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 Tarifikatalog 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 beigelegt 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 Rezidivverdacht

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

j. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess

Anmerkung: DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach 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

- I. 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 | 29,3 |

(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)

Wirbelsäule, knöcherner Thorax

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

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|--------|
| R301 | Clavicula, pro Seite | 37,7 |
| R302 | Scapula, pro Seite | 76,9 |
| R303 | Oberarm, pro Seite | 71,6 |
| R304 | Unterarm, pro Seite | 71,6 |
| R305 | Hand, pro Seite | 76,9 |
| R306 | Navicularserie, pro Seite | |
| | <i>(gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)</i> | 29,3 |

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

Halsorgane, Herz und Lunge

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

Magen – Darmtrakt

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|----------------------------------------|--------|
| R501 | Oesophagus | 121,7 |
| R502 | Magen-Duodenum in Doppelkontrast | 228,5 |
| R503 | Dünndarmpassage | 78,4 |
| R504 | 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 <i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R603 und R604)</i> | 33,0 |
| 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 <i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)</i> | 49,6 |
| 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 |

| Pos.-Nr. | | Punkte |
|----------|-----------------------------------|--------|
| 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 | Fremdkörperlokalisierung (Fistelfüllung) | 103,6 |
| R808 | Fremdkörperlokalisierung (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen..... | 195,9 |
| R809 | Osteoporosemessung (DEXA oder pQCT) | 94,4 |
| R810 | Core-Biopsie | 632,5 |
| R811 | Vacuumasistierte 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 |
| R 4f | Format 30x40 | 32,9 |
| R 4g | Format 35x35 | 35,9 |
| R 4h | Zahnfilm | 6,5 |
| R 4i | Format 35x43 | 39,0 |
| R 4j | Format 30x90 | 62,8 |
| R 4k | Format 20x40 | 29,3 |

5. Mehrphasenaufnahmen

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

RÖNTGENTHERAPIE

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

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

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

Beispielsweise gilt als Stelle:

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

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

Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS, BWS, LWS).

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

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

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

| Pos.-Nr. | | Zahl der Sitzungen pro Stelle | Max.-Zahl der Serien pro Jahr |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 9. Tarifgruppe I: 80 Punkte | | | |
| R 9a | Akne | 2-6 | 4 |
| R 9b | Blepharoconjunctivitis | 2-6 | 4 |
| R 9c | Congelatio der Hände oder der Füße | 2-6 | 4 |
| R 9d | Ekzem, chronisch und mykotisch | 2-6 | 4 |
| | Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem, Otitis externa) | 2-6 | 4 |
| R 9e | 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 |
| R 9u | Poliomyelitis | 2-6 | 4 |
| R 9v | Pruritus | 2-6 | 4 |
| R 9w | Psoriasis mit Thymus | 2-6 | 4 |
| R 9x | Scrophuloderma | 2-6 | 4 |
| R 9y | Thymushyperplasie | 2-6 | 4 |
| R 9z | Kleinstdosenbestrahlung | 2-6 | 4 |

| Pos.-Nr. | | Zahl der Sitzungen pro Stelle | Max.-Zahl der Serien pro Jahr |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 10. Tarifgruppe II: 130 Punkte | | | |
| R 10a | Agranulocytose | 6 | 3 |
| R 10b | Aktinomykose der Haut | 3-4 | 5 |
| R 10c | Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke ... | 4-6 | 3 |
| R 10e | Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneus-sporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung) | 4-6 | 3 |
| R 10f | Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom | 6-8 | 3 |
| R 10g | Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen) ... Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung) | 1 | 1 |
| R 10h | Mastitis acuta | 6*) | 2 |
| R 10i | Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung) | 3-6 | 3 |
| R 10k | Morbus Werlhof | 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 |
| 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 | Wirbelhäangiome | 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 Punktwert 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 Punktwerts 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

Sondereinbarungen 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

| | |
|----------------------|---------------|
| ERGO inkl. EKG | Punkte 138 |
|----------------------|---------------|

Neben dieser Honorarposition sind keine gesonderten elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.

Punktwerte für GSVG- und BSVG-Anspruchsberechtigte

| Abschnitte der | Punktwerte ab |
|-----------------------------------------|------------------------|
| Honorarordnung | 01.01.2024 |
| A. I (ohne 1j) | € 0,7624 |
| A. I 1j | € 0,7624 |
| A. II TA | € 0,7624 |
| A. III bis X (ohne 34a bis 34g und 34i) | € 0,7624 |
| A. VIII (34a bis 34g und 34i) | € 0,5692 |
| | |
| A. Xb | € 1,6339 |
| A. XI | € 0,5692 |
| A. XII Sonographische Untersuchungen | € 0,5692 |
| Ergometrische Untersuchung | € 0,5304 |
| A. XIII | € 0,5088 |
| A. XIV | € 1,7768 ¹⁾ |
| B. Operationen | € 0,7378 |
| D. Labor | € 1,2372 |
| E. (R1a-R2e) | € 0,6588 |
| E. (R3a-R5b) | € 0,5255 |
| E. (ohne R1a-R5b) | € 0,5778 |

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

- a) Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.05, 4.20, 5.03, 7.02, 12.93 und 15.01 von Allgemeinmedizinern in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert 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 Laborpunktwert 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 Laborpunktwert 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 Laborpunktwert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
- e) Wird die Pos.Nr. 1.01 von Angehörigen des Fachgebietes Urologie in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert 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 Laborpunktwert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
- g) Werden die Pos.Nrn. 12.01, 12.07 oder 12.12 in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert nach Abschnitt D. zur Anwendung.