

Ausbildungs- und Gerätenachweise sind für folgende Leistungen notwendig:

Name, Ordinationsadresse:

Sonographien
Ergometrien
Echokardiographien
Gastroskopien Coloskopien



ABDOMEN UND RETROPERITONEUM

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	US 1 (R, C, I, K)	US 1 (R, C, I, K)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich *Gerätenachweis:
☐	US 2 (R, C, I, K)	US 2 (R, C, I, K)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie des Pankreas	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich *Gerätenachweis:
☐	US 3 (R, C, I, K)	US 3 (R, C, I, K)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich *Gerätenachweis:
☐	US 4 (R, C, I, K, UC)	US 4 (R, C, I, K, UC)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie der Milz	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich *Gerätenachweis:
☐	US 5 (R, C, I, K, U)	US 5 (R, C, I, K, U)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchaorta)	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich *Gerätenachweis:
☐	MS 1 MS 2, MS 3 (R, G)	MS 1 MS 2, MS 3 (R, G)	595 (G)	Sonographie bei Schwangerschaft	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	US 7 (G)	US 7 (G)	353 (G)	Gynäkologischer Ultraschall	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	US 8 (C, I, K)	US 8 (C, I, K, U)		Sonographie des Unterbauches	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	US 10 (G, R)	US 10 (G, R, U)		Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	US 11 (U, R)	US 11 (U, R)	456 (U)	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐		US 12 (AM)		First Line Sonographie	Bestätigung: *Teilnahmebestätigung des Notfallsonographie Basiskurs I und II (gemäß Fortbildungsnachweis)
☐			940 (R)	Sonographie eines Organes	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐			941 (R)	Sonographie von zwei Organen	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐			942 (R)	Sonographie von drei und mehreren Organen	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:

SMALL-PARTS-DIAGNOSTIK

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	SP 1 (R, C, I, K)	SP 1 (R, C, I, K)	594 (I) 846 (R)	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <i>Bei I-ADD Endokrinologie u. Diabetologie keine Bestätigung notwendig.</i> *Gerätenachweis:
☐	SP 2 (R, H)	SP 2 (R, H)	436 (H) 840 (R)	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	SP 3 (H)	SP 3 (H)	435 (H)	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	SP 5 (R)	SP 5 (R)	841 (R)	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite)	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	SP 6 (R, C)	SP 6 (R, C)	842 (R)	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	SP 7 (R, O, UC)	SP 7 (R, O, UC)	246 (O) 843 (R)	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste. Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	KS 1 KS 2 (R, K, O)	KS 1 KS 2 (R, K, O)	994 (K) 999 (K)	Sonographie der kindlichen Hüften im Rahmen des Mutter-Kind-Paß-Untersuchungsprogrammes.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	SP 9 (R, K, O)	SP 9 (R, K, O)	205 (O, K) 844 (R)	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	SP9a (O, R)			Sonographie der kindlichen Hüfte vom 2. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei Coxitis fugax	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	SP 10 (R, K, U, C)	SP 10 (R, K, U, C)	845 (R)	Sonographie des Scrotalinhaltes.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:

DOPPLER-DIAGNOSTIK

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	DS 1 (C(G), D, I)	DS 1 (C(G), D, I)		Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	DS 2 (C, D, I)	DS 2 (C, D, I)	312 (D)	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz. Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	DS 3 (I, N, C(G))	DS 3 (I, N, C(G))		Bidirektionale dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems, sowie der peroritalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation. Pos. DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:

☐	DS 4 (R, I, N)	DS 4 (R, I, N)	593 (N)	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)	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	DS 5 (N)	DS 5 (N)		Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:

FARBDUPLEX-DIAGNOSTIK

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	FD 1 (R, I, N, C(G))	FD 1 (R, I, N, C(G))	847 (N)	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems Die Positionen DS 3 und DS 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	FD 2 (R, C(G), I, K)	FD 2 (R, C(G), I, K)	848 (R)	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluß im B-Bild	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:

FARBDUPLEX-DIAGNOSTIK

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	FD 3 (R, C, I)	FD 3 (R, C, I)	849 (R)	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	FD 4 (D, I, C(G), R)	FD 4 (D, I, C(G), R)	851 (R)	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:
☐	FD 5 (D, I, C(G), R)	FD 5 (D, I, C(G), R)	850 (R)	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen. Auch bei Messung aller Extremitäten ist die Position nur einmal verrechenbar.	Bestätigung: * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat *Gerätenachweis:

ECHOKARDIOGRAPHIE

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	EK 1 (I)	EK 1 (I) (Kinderkardiologe)	507 (I)	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	Bestätigung: * ÖÄK-Zertifikat Echokardiographie * Prüfung in Echokardiographie * Additivfach Kardiologie *Gerätenachweis:

☐	EK 2 (I)	EK 2 (I) (Kinderkardiologe)	583 (I)	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler - I.S 1.000,-- Verrechenbar in folgender Indikation: Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien; Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes; Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.	Bestätigung: * ÖÄK-Zertifikat Echokardiographie * Prüfung in Echokardiographie * Additativfach Kardiologie *Gerätenachweis:
--------------------------	--------------------	--	-------------------	--	--

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	34g (I)	ERGO inkl. EKG (I)	506 (I)	ERGOMETRIEN	Gerätenachweis: Ausstattung - Sichtergometer, Defibrillator, Reanimationsset

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
☐	19x (I, C)	19rs, 19rsp, 19rspp (I, C)	201(C, I)	GASTROSKOPIEN	*Bestätigung: über durchgeführte Gastroskopien (Rasterzeugnis) <i>Bei I-ADD Gastroenterologie u. Hepatologie sowie Chir-ADD Allgemein-u. Viszeralchirurgie keine Bestätigung notwendig.</i> *Gerätenachweis:
☐	19y, 19z (I, C)	19s, 19sp, 19pp (I, C)	202, 206 (C, I)	COLOSKOPIEN mit u. ohne Polypektomie (Kurative Behandlung)	*Bestätigung: über durchgeführte Coloskopien (Rasterzeugnis) <i>Bei I-ADD Gastroenterologie u. Hepatologie sowie Chir-ADD Allgemein- u. Viszeralchirurgie keine Bestätigung notwendig.</i> *Gerätenachweis:
☐		19stb		KOLOSKOPIE INKLUSIVE STUFENBIOPSIE	*Bestätigung: über durchgeführte Coloskopien (Rasterzeugnis) <i>Bei I-ADD Gastroenterologie u. Hepatologie sowie Chir-ADD Allgemein- u. Viszeralchirurgie keine Bestätigung notwendig.</i> *Gerätenachweis:

☐	34Y (I)	34d (I)	580 (I)	LANGZEIT-EKG	*Gerätenachweis:
--------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---------------------	-------------------------

Legende:

AM= Allgemeinmedizin

C= Chirurgie

I= Innere Medizin

O= Orthopädie

N= Neurologie

C(G)= Gefäßchirurgie

D= Dermatologie

R= Radiologie

UC= Unfallchirurgie

G= Frauenheilkunde

U= Urologie

H= Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

K= Kinder- und Jugendheilkunde

G= Frauenheilkunde

Das Ansuchen ist an die Ärztekammer für Steiermark, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz zu senden!

E-mail: nглаerzte@aekestmk.or.at

Fax.: (0316) 8044-135

Erledigungsvermerk der Ärztekammer für Steiermark:

Anhang zur Anlage ÖÄK-Zertifikat Sonographie

Technik/Region	Zahlen
Abdomen	500
Arterien	100
Bewegungsapparat <i>jeweils 25 - 50 für Schulter, Ellbogen, Hand, Hüfte, Knie, Fuß, Nerven und Muskeln</i>	300
Bulbus + Anhängsel (Muskeln, Gefäße)	100
Echokardiographie	300
Hirnversorgende Arterien	100
Mammae	200
Notfallsonographie <i>120 für Notfallsonographie und 80 für Echokardiographie</i>	200
Orbita	30
Pädiatrische Echokardiographie	500
Pädiatrische Sonographie	500
Pleura und Lunge	200
Schilddrüse	150
Smallpartsonographie des Kopfes und Halses ohne Schilddrüse	200
TEE / fokussierte Echokardiographie*	150/85
transcraniell	200
Untersuchung der Hüfte beim Säugling	200
Urogenitale Sonographie (u.a. Nieren)	300
Venen	100
Weiblicher Unterbauch	500
* TEE = transösophageale Echokardiographie (mit einer Sonde durch die Speiseröhre auf das nahe liegende Herz schauen) fokussierte Echokardiographie = transthorakale Echokardiographie (von außen schauen)	