

HONORARORDNUNG

FÜR EINZELVERTRAGSÄRZTE UND VERTRAGSGRUPPENPRAXEN

FÜR ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE
(ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)

im Bundesland Steiermark, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Steiermark und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 01.07.1993 bzw. Gruppenpraxis-Gesamtvertrages vom 01.10.2004 idjgF angeführten Krankenversicherungsträger.

Stand: 01.01.2021

INHALTSVERZEICHNIS / HONORARORDNUNG

	Seite
A. <u>ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE</u>	2 - 21
I. <u>Grundsätze über die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen</u>	2 - 3
II. <u>Tarifanpassung - Indexierung der Vertragshonorare</u>	4 - 6
1. Gegenstand	4
2. Berechnungsmethode des Grundfaktors	4, 5
3. Ermittlung des Tarifanpassungsfaktors / Indexierung	5, 6
III. <u>Regelung der Vertretung</u>	7 - 10
1. Krankheit – Kuraufenthalt	7 - 9
2. Urlaub	9
3. Fortbildung	9, 10
4. Schwangerschaft	10
5. Befohlene Waffenübungen	10
6. Gemeinsame Bestimmungen	10
IV. <u>Behandlungsscheine</u>	11
1. Identifikationsteil	11
2. Diagnosen	11
3. Formulare	11
V. <u>Überweisungsscheine</u>	12 - 13
1. Die Durchführung einer Zuweisung	12
2. Bedingungen für die Ausstellung von Überweisungsscheinen	12, 13
VI. <u>Ersatzbehandlungsschein</u>	14
VII. <u>Rechnungslegung, Honorarabrechnung und Honoraranweisung</u>	15 - 17
VIII. <u>Erschwerniszulage für Landärzte</u>	18
IX. <u>Abgestufte Honorierung bei Sonderleistungen und Ordinationen</u>	19 - 21
1. Sonderleistungen	19, 20
2. Ordinationen	20
X. <u>Zweitordination</u>	21

	Seite
<u>B. HONORIERUNG DER ALLGEM. LEISTUNGEN UND SONDERLEISTUNGEN</u>	1 - 124
 <u>ABSCHNITT I</u>	 1 - 7
Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte, Ordinationen und Visiten, Wegegebühren und Bereitschaftsdienst	1, 2
Erläuterungen	3 - 7
 <u>ABSCHNITT II</u>	 8 - 52
Leistungen aus den Fachgebieten/Allgemeine Einzelleistungen	8 - 35
Leistungen aus Fachgebieten - Erläuterungen	36 - 52
 <u>ABSCHNITT II/A</u>	 53, 54
Psychotherapie	53
Psychotherapie - Erläuterungen	54
 <u>ABSCHNITT III</u>	 55, 56
Tarife für physikalische Medizin	55
Physiotherapie - Erläuterungen	56
 <u>ABSCHNITT IV</u>	 57 - 59
Röntgentarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	57, 58
Röntgentarife für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgem. Fachärzte - Erläuterungen	59
 <u>ABSCHNITT V/A</u>	 60 - 63
Medizinisch-chemische Laboruntersuchungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	
 <u>ABSCHNITT V/B</u>	 64 - 68
Medizinisch-chemische Laboruntersuchungen der Fachärzte für Innere Medizin	
 <u>ABSCHNITT V/C</u>	 69 - 79
Medizinisch-chemische Laboruntersuchungen der Fachärzte für medizinisch-chemische Labormedizin	
 <u>ABSCHNITT V/A - C</u>	 80 - 88
Medizinisch-chemische Laboruntersuchungen - Erläuterungen	

	Seite
<u>ABSCHNITT VI</u>	89 - 110
Honorierung der Fachärzte für Radiologie	89 - 98
Honorierung der Fachärzte für Radiologie - Erläuterungen	99 - 101
Sonderbestimmungen und Erläuterungen	102 - 110
<u>ABSCHNITT VII</u>	111 - 115
Mutter-Kind-Pass - Sonderleistungspositionen	111, 112
Mutter-Kind-Pass - Sonderleistungspositionen - Erläuterungen	113, 114
Mutter-Kind-Pass - Laborleistungen	115
<u>ABSCHNITT VIII</u>	116 - 118
Honorierung der Fachärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	116
Honorierung der Fachärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie – Erläuterungen	117 - 118
<u>ABSCHNITT IX</u>	119 - 124
Vorsorgeuntersuchung	119
Vorsorgeuntersuchung - Erläuterungen	120 - 124

A.

ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

I.

GRUNDSÄTZE ÜBER DIE HONORIERUNG

1. Die Bestimmungen dieser Honorarordnung gelten für Einzelvertragsärzte und für Vertragsgruppenpraxen gleichermaßen, sofern nicht aufgrund der Besonderheit für Vertragsgruppenpraxen eigene Regelungen getroffen werden. Nimmt die Honorarordnung lediglich auf Allgemeinmediziner, Fachärzte oder Vertragsärzte Bezug, so sind die entsprechenden Gruppenpraxen darunter gleichermaßen mitzuverstehen.
2. Die Anspruchsberechtigten haben ihre Anspruchsberechtigung gemäß § 15 des Gesamtvertrages durch Vorlage eines Behandlungsscheines nachzuweisen. Der Behandlungsschein gilt grundsätzlich für ein Kalendervierteljahr. Als Behandlungsscheine gelten die zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbarten Formulare (Anhang zum Gesamtvertrag).
3. Die Honorierung der Allgemeinmediziner und Fachärzte erfolgt nach Einzelleistungen aufgrund der in dieser Honorarordnung angeführten Tarife nach Maßgabe der in der Honorarordnung enthaltenen besonderen Bestimmungen und Erläuterungen.
4. Die Honorierung der Erstordination pro Patient und Quartal enthält einen Grundbetrag, der alle jene ärztlichen Leistungen abgilt, die in der Honorarordnung nicht als Einzelleistungen enthalten sind.
5. Die Honorierung der Fachärzte für Radiologie erfolgt ausschließlich nach Einzelleistungen. Das Nähere enthält die Honorarregelung für Radiologen.
6. Die Honorierung der Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik erfolgt ausschließlich nach Einzelleistungen. Das Nähere enthält die Honorarregelung für Laborfachärzte.
7. Für Leistungen, deren Verrechnung einer ausdrücklichen Genehmigung der Krankenversicherungsträger bzw. einer Sondervereinbarung bedarf oder an den Nachweis der entsprechenden Ausbildung und/oder des verwendeten Gerätes (Rechnungskopie) gebunden ist, gilt Folgendes:

Die Verrechnung kann frühestens jeweils mit Beginn jenes Quartals einsetzen, in welchem die Übermittlung der entsprechenden Unterlagen nachweislich erfolgt, sofern diese spätestens am 20. des zweiten Monats dieses Quartals beim Geschäftsausschuss der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger einlangen.

Die Verrechnung kann erfolgen, wenn nicht von der Ärztekammer oder vom Geschäftsausschuss der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger innerhalb von 14 Tagen nach Einlangen der entsprechenden Unterlagen eine Ablehnung erfolgt.

II.

TARIFANPASSUNG - INDEXIERUNG
DER VERTRAGSHONORARE

1. Gegenstand

Für die jährliche Tarifierpassung-Indexierung der Vertragshonorare wird der jährliche Grundfaktor wie folgt festgelegt.

2. Berechnungsmethode des Grundfaktors

Die Berechnung des Grundfaktors erfolgt auf Grundlage der Berechnungsmethode, wie sie in der Vereinbarung vom 29. Juli 1991, abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Namen und namens der Ärztekammern für Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg und Tirol einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im eigenen Namen und namens der § 2 Krankenversicherungsträger in den Bundesländern Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg und Tirol andererseits, vereinbart wurde.

2.1. Der jährliche Grundfaktor wird vom Hauptverband mit der Formel

$$F = \frac{B1}{B2}$$

errechnet.

Hierbei bedeutet:

- a) "F" jenen Grundfaktor, mit dem die abgerechnete Honorarsumme eines Jahres zu vervielfältigen ist, um die Honorarsumme des darauffolgenden Jahres zu berechnen. Der Grundfaktor ist auf vier Dezimalstellen zu errechnen.

- b) "B1" die durchschnittliche Beitragsgrundlage aufgrund der Lohnstufeneinreihung aller Versicherten des dem Anwendungsjahr des Grundfaktors vorangegangenen Kalenderjahres.
 - c) "B2" die durchschnittliche Beitragsgrundlage aufgrund der Lohnstufeneinreihung aller Versicherten des dem Anwendungsjahr des Grundfaktors zweitvorangegangenen Kalenderjahres.
 - d) Bei der Berechnung der Beitragsgrundlagen "B1" und "B2" ist als Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung die des zweitvorangegangenen Kalenderjahres heranzuziehen.
 - e) Die Lohnstufeneinreihung der Versicherten ist aufgrund des Datenmaterials der Versicherungsdatei des Hauptverbandes vorzunehmen.
- 2.2. Wird die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung erhöht, dann ist die neue Höchstbeitragsgrundlage erst von jenem Zeitpunkt an den Berechnungen zu Grunde zu legen, an dem für das vorangegangene und zweitvorangegangene Kalenderjahr die statistischen Unterlagen aufgrund der neuen Höchstbeitragsgrundlage vorliegen.
- 2.3. Der Grundfaktor ist vom Hauptverband zu errechnen und den Kassen bekannt zu geben. Die Kassen werden den Grundfaktor den Ärztekammern bis spätestens 1. Juli des Anwendungsjahres des Grundfaktors bekannt geben.
- 2.4. Der Hauptverband wird den Kassen und der Österreichischen Ärztekammer alle für die Berechnung des Grundfaktors erforderlichen Auskünfte erteilen und auf deren Wunsch Einsicht in die für die Berechnung des Grundfaktors notwendigen Unterlagen gewähren.

3. Ermittlung des Tarifanpassungsfaktors/ Indexierung

- 3.1. *Der Grundfaktor reduziert sich um höchstens 40 % nach Maßgabe folgender Einflussgrößen:*
- Prozentuelle Steigerung der Beitragseinnahmen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse vom zweitvorangegangenen auf das vorangegangene Kalenderjahr.
 - Prozentuelle Steigerung der Vertragshonorarsummen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (Honorarsumme inkl. Treueprämie, ohne Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) des zweitvorangegangenen auf das vorangegangene Kalenderjahr.

Die Vertragshonorarsummen der beiden Kalenderjahre sind für die Berechnung um folgende Aufwendungen zu reduzieren:

- für besetzte neue Planstellen,
- für neu aufgenommene Leistungen.

Die Beitragseinnahmensummen der beiden Kalenderjahre der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse sind für die Berechnung um folgende Faktoren zu korrigieren:

- um gesetzliche Beitragserhöhungen,
- um außerordentliche Anhebungen der Höchstbeitragsgrundlage (die Auswirkungen der routinellen jährlichen Anhebungen der Höchstbeitragsgrundlage werden noch durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse überprüft).

3.2. *Der Tarifierungsfaktor für das betreffende Jahr wird wie folgt ermittelt:*

- Liegt die prozentuelle Beitragseinnahmensteigerung über der prozentuellen Vertragssummensteigerung und ist die Differenz zwischen der prozentuellen Beitragseinnahmensteigerung und der Vertragssummensteigerung höher als/oder gleich wie der Grundfaktor, steht der Grundfaktor zu.
- Ist die Differenz zwischen den Prozentsätzen der Beitragseinnahmensteigerung und der Vertragshonorarsummensteigerung höher als 60 % des Grundfaktors, aber kleiner als der Grundfaktor, so steht der konkrete Differenzprozentsatz als Tarifierungsfaktor zu.
- Ist die Differenz zwischen den Prozentsätzen kleiner als der Grundfaktor oder ist die prozentuelle Steigerung der Vertragshonorarsumme höher als die prozentuelle Steigerung der Beitragseinnahmen, stehen jedenfalls 60 % des Grundfaktors als Tarifierungsfaktor zu.

3.2.1. Der Tarifierungsfaktor ist auf vier Dezimalstellen zu errechnen. Die neuen Honorare sind auf ganze Cent auf- bzw. abzurunden.

3.2.2. Der Tarifierungsfaktor kommt nur dann zur Anwendung, wenn nicht zwischen den Gesamtvertragsparteien ein anders lautender Prozentsatz (höher oder niedriger) vereinbart wird.

III.

REGELUNG FÜR DIE VERTRETUNG DES VERTRAGSARZTES IM FALLE VON
KRANKHEIT, KURAUFEHALT, URLAUB, FORTBILDUNG, SCHWANGERSCHAFT
UND BEFOHLENE WAFFENÜBUNGEN

1. Krankheit - Kuraufenthalt

1.1. Im Falle der Erkrankung eines Vertragsarztes, die eine zeitweilige Berufsunfähigkeit verursacht, ist dieser verpflichtet, die Meldung der Erkrankung der Ärztekammer für Steiermark, Graz, Kaiserfeldgasse 29, und der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger, Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, unter gleichzeitiger Bekanntgabe des bzw. der Vertreter(s) sofort zu erstatten. Die Meldung hat schriftlich zu erfolgen. Ebenso muss die Meldung über die Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit an die vorgeannten Stellen und an den bzw. die vertretenden Arzt (Ärzte) unverzüglich erfolgen.

1.2. Als Vertretung wegen Erkrankung zählen Kuraufenthalte dann, wenn sie mindestens 21 zusammenhängende Kalendertage (bei Montegrotto und Abano 14 Kalendertage) ohne An- und Abreisetag umfassen. Für die Honorierung des Vertreters hat der Vertragsarzt nach Absolvierung der Kur eine Aufenthaltsbestätigung der Kurverwaltung an die Ärztekammer und an die Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle einzusenden.

1.3. Für die Dauer seiner Erkrankung steht dem Vertragsarzt das Recht zu, den bzw. bis zu drei der nächstgelegenen Vertragsarzt (-ärzte) mit seiner Vertretung zu betrauen.

Ausnahmen sind bei besonderer Begründung möglich. Als nächstgelegener Vertragsarzt gilt in Graz und in den Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern jeder Vertragsarzt, der innerhalb eines Umkreises von einem Kilometer von der Ordination des vertretenen Vertragsarztes oder im gleichen Gemeindebezirk niedergelassen ist. Für Vertretungen, die länger als drei Monate dauern, gilt § 9 Abs. 2 des Gesamtvertrages.

1.4. Der bzw. die Vertreter gilt (gelten) als genehmigt, wenn binnen acht Tagen nach Eingang der Meldung weder von den Krankenversicherungsträgern noch von der Ärztekammer ein Einspruch erhoben wird.

1.5. Die Krankmeldeunterlagen der Krankenversicherungsträger sind dem bzw. den Vertreter(n) zu übergeben. An die Ordinationstüre des erkrankten Vertragsarztes ist ein Aushang, der von der Ärztekammer zur Verfügung gestellt wird und aus dem die Anschrift und Sprechstunden des bzw. der vertretenden Arztes (Ärzte) entnommen werden können, sichtbar anzubringen.

- 1.6. a) Der zum Vertreter bestellte Vertragsarzt ist berechtigt, für den Patienten, der seinen Krankenkassenscheck bereits bei dem erkrankten Vertragsarzt abgegeben hat, einen Vertretungsschein auszustellen. Zur Kennzeichnung, dass eine Krankheitsvertretung vorliegt, ist die am Vertretungsschein befindliche Rubrik mit der Bezeichnung "K" zu durchkreuzen. Der Vertretungsschein, den sich der Vertreter selbst ausstellt, ist bei Beginn der Behandlung vom Kassenpatienten unterschreiben zu lassen.
- b) Für die Honorierung der in Vertretung behandelten Patienten sind dieselben Bestimmungen anzuwenden wie bei eigenen Patienten. Bei der Verrechnung der Wegegebühren ist grundsätzlich die Entfernung von der Wohnung des Patienten zur Ordinationsstätte des nächstgelegenen Vertragsarztes (Vertreter) maßgebend.
- 1.7. In Orten mit nur einem Vertragsarzt sollen nach Tunlichkeit während der Vertretung in der Ordination des vertretenen Vertragsarztes Sprechstunden unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse abgehalten werden. Bei einer solchen Vertretung gelten hinsichtlich der Honorierung die gleichen Regelungen wie vorstehend vereinbart.
- 1.8. Es bleibt jedem Vertragsarzt unbenommen, sich trotz dieser Regelung in seiner Ordination durch einen von ihm bestellten Arzt im Sinne des § 9 des Gesamtvertrages vertreten zu lassen. In diesen Fällen wird jedoch keine Vergütung an den Vertreter von den Krankenversicherungsträgern geleistet.
- 1.9. Für die Vertragsfachärzte gilt sinngemäß obige Regelung unter der Voraussetzung, dass am gleichen Ort Fachärzte der gleichen Sparte niedergelassen sind.
- 1.10. Vertretungsregelung für Vertragsgruppenpraxen

Die vorstehenden Vertretungsregelungen gelten grundsätzlich auch für Gruppenpraxen mit folgenden Abweichungen:

Im Falle der Erkrankung eines Gesellschafters, dessen Fach in der Vertragsgruppenpraxis mit mehr als zwei Ärzten vertreten ist, sind die Gesellschafter des gleichen Faches zur wechselseitigen Vertretung in der Gruppenpraxis verpflichtet, eine gesonderte Meldung ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Ist eine wechselseitige Vertretung aus berücksichtigungswürdigen Gründen nicht möglich oder ist das Fach des verhinderten Gesellschafters in der Gruppenpraxis maximal zweifach vertreten, kann auch ein Arzt, der nicht Gesellschafter ist, zur Vertretung in den Räumlichkeiten der Gruppenpraxis herangezogen werden. In diesem Fall ist eine Meldung im Sinne des Punktes 1.1. zu erstatten.

Sollte eine Vertragsgruppenpraxis nicht offen gehalten werden können (Elementarereignis, Krankheit mehrerer Gesellschafter, etc.), kann die Vertragsgruppenpraxis den (die) bzw. bis zu drei der nächstgelegenen Vertragsarzt (-ärzte) bzw. Vertragsgruppenpraxis(-praxen) mit ihrer Vertretung betrauen.

2. Urlaub

- 2.1. Für die Vertretung des Vertragsarztes während des Urlaubes gelten grundsätzlich die gleichen Bestimmungen, wie sie in den Punkten 1.3., 1.4., 1.5., 1.6., 1.7., 1.8., 1.9. und 1.10. für die Vertretung im Erkrankungsfall festgelegt sind mit den nachfolgenden Ergänzungen.
- 2.2. Der beabsichtigte Urlaub ist spätestens zwei Wochen vor Urlaubsantritt unter gleichzeitiger Bekanntgabe des Vertreters bzw. der Vertreter schriftlich der Ärztekammer für Steiermark und der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger zu melden. Ebenso ist jede Änderung der gemeldeten Urlaubsdauer unverzüglich den beiden genannten Stellen schriftlich bekannt zu geben.
- 2.3. Die Krankenversicherungsträger übernehmen eine Vergütung für die Urlaubsvertretung bis zu einem Höchstausmaß von 36 Kalendertagen im Kalenderjahr. Der Urlaub soll nach Möglichkeit geschlossen absolviert werden, jedoch ist eine Teilung in zwei Urlaubsabschnitte, von welchem der kürzere nicht weniger als sechs Tage betragen darf, zulässig. Die beiden Urlaubsabschnitte oder der geschlossen absolvierte Urlaub sollen womöglich nicht über das Quartalsende genommen werden. Nicht verbrauchte Urlaubstage eines Kalenderjahres können nicht für das folgende Kalenderjahr reserviert werden.
- 2.4. Die in Punkt 1.6. enthaltenen Bestimmungen für die Krankheitsvertretung sind in analoger Weise für die Urlaubsvertretung anzuwenden. An Stelle der Kurzbezeichnung für Krankheit "K" tritt in den Fällen der Urlaubsvertretung die Kurzbezeichnung "U".
- 2.5. Vertragsgruppenpraxen können, wenn dies aus betriebsorganisatorischen Gründen notwendig ist, die Gruppenpraxis für die Urlaubsdauer schließen. In diesem Fall gelten die vorstehenden Bestimmungen sinngemäß.

3. Fortbildung

- 3.1. Der Vertragsarzt ist berechtigt, jährlich einen Zusatzurlaub von 14 Werktagen für den Besuch beruflicher Fortbildungsveranstaltungen zu beanspruchen.
- 3.2. Die Honorierung der mit dem Symbol "F" gekennzeichneten Vertretungsscheine erfolgt in der gleichen Weise wie jene für die Krankheitsvertretung.

- 3.3. Anspruch auf die Honorierung besteht nur dann, wenn für den Fortbildungsurlaub mindestens zwei zusammenhängende Werktage verwendet werden.
- 3.4. Die Kursteilnahme ist der Ärztekammer für Steiermark nachzuweisen, die hierfür eine Bestätigung der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle zumittelt.

4. Schwangerschaft

Im Fall der Vertretung bei Schwangerschaft wird für die für Dienstnehmer nach dem MSchG geltenden gesetzlichen Fristen die für die Krankheitsvertretung geltende Regelung angewandt.

5. Befohlene Waffenübungen

Im Falle der Vertretung bei befohlenen Waffenübungen ist die Regelung für die Urlaubsvertretung analog anzuwenden. Die dafür in Anspruch genommenen Tage werden jedoch nicht in das Urlaubskontingent eingerechnet.

6. Gemeinsame Bestimmungen

- 6.1. Anspruch auf Honorierung der Vertretungsscheine besteht nur dann, wenn die Vertretungsmeldungen vertragsgemäß erstattet wurden, die Vertretungsscheine gemäß den Sonderbestimmungen vollständig ausgefüllt und unterschrieben sind.
- 6.2. Ein Vertretungsschein ist auch dann auszustellen, wenn ein als Vertreter gemeldeter Vertragsarzt von einem Patienten an einem Wochenende zu Beginn oder am Ende der offiziell gemeldeten Vertretungszeit aufgesucht wird, gleichgültig, ob er zum Bereitschaftsdienst eingeteilt ist oder nicht.
- 6.3. Die Bestimmungen des § 9 (Stellvertretung) des Gesamtvertrages gelten nach wie vor unter Berücksichtigung der vorangeführten Ergänzungen.
- 6.4. Die Ausstellung von Vertretungsscheinen für Vertretungen innerhalb der Gruppenpraxis ist nicht möglich.

IV.

BEHANDLUNGSSCHEINE1. Identifikationsteil

Auf den selbst auszufertigenden Drucksorten sind die nachfolgend angeführten Daten einzutragen bzw. zu kontrollieren, ob diese Daten auf den von anderen Personen auszustellenden Drucksorten (z.B. Krankenkassenscheck) eingetragen sind.

- a) Vor- und Familienname des Versicherten,
- b) vollständige Versicherungsnummer (10stellig) und
- c) bei Angehörigen Vorname (bei Namensungleichheit auch Familienname)
und Geburtsdatum des Angehörigen.

2. Diagnosen

Um Missverständnisse bei der Verrechnung von Sonderleistungen bzw. bei der Verordnung von Heilmitteln zu vermeiden, ist auf dem Behandlungsschein (bzw. auf der Diskette) im Diagnoseteil jede neu hinzukommende Diagnose anzuführen, wobei die erste Diagnose mit Datum einzutragen ist.

3. Formulare

Die Regelung der Formulare, einschließlich der Unterschrift der Patienten, erfolgt im Anhang zum Gesamtvertrag.

V.
ÜBERWEISUNGSSCHEINE

Hinsichtlich der Ausstellung von Überweisungsscheinen und deren Honorierung, soweit es sich nicht um schriftliche Zuweisungen von Vertragsärzten an Vertragsfachärzte gemäß § 13 Abs. 1 des Gesamtvertrages handelt, wird bestimmt:

1. Die Durchführung einer Zuweisung ist zulässig, jedoch besteht kein Anspruch auf Ordinationshonorierung

1.1. *Zuweisung zur Durchführung von Physiotherapie, Röntgendiagnostik und Laboruntersuchungen*

Zur Vornahme von Behandlungen (Physiotherapie) oder Untersuchungen (Röntgen bei Erster Hilfe, Labor), die der erstbehandelnde Vertrags(fach)arzt mangels entsprechender Einrichtung nicht durchführen kann, oder wenn physikalische Behandlungen am dauernden Wohnort des Erkrankten erfolgen sollen, können Zuweisungsscheine an Allgemeinmediziner ausgestellt werden.

Die getätigten Physiotherapie-, Röntgen- und Laborleistungen werden in der Höhe des jeweils geltenden Honorartarifes vergütet.

1.2. *Konsilium in der Wohnung des Erkrankten*

Für ein Konsilium in der Wohnung des Erkrankten kann ein Zuweisungsschein ausgestellt werden. Der Konsiliarpartner ist anzugeben.

Für die Verrechnung ist die Position 012 oder 013 auf der Rückseite des Überweisungsscheines einzutragen.

2. Unter den nachstehend angeführten Bedingungen können Überweisungsscheine ausgestellt werden, die in der Honorierung den Krankenkassenschecks gleichgestellt sind.

2.1. *Überweisungsscheine wegen Ortswechsel des Anspruchsberechtigten*

Als Ortswechsel zählt:

- a) Dauernde Verlegung des Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten von einem Ort in einen anderen Ort.
- b) Vorübergehende Veränderung des Aufenthaltsortes während des Krankenstandes (die Vornahme eines Ortswechsels während eines Krankenstandes darf nur mit Bewilligung der Kasse erfolgen) oder zum Zwecke der Aufnahme in den Krankenstand bzw. zur Nachbehandlung durch den zweitbehandelnden Vertragsarzt.

- c) In den Gemeinden Graz und Leoben, bei örtlicher Verschiedenheit der Arbeitsstätte und Wohnung des Anspruchsberechtigten, wenn die Entfernung zwischen dem erstbehandelnden Vertragsarzt und dem gewechselten Erkrankungs(Behandlungs)ort (Arbeitsstätte oder Wohnung) mehr als drei Kilometer beträgt. Bei Inanspruchnahme eines zweiten Vertragsarztes, wenn der erstbehandelnde Arzt, der sich in der Nähe der Arbeitsstätte befindet, von der Wohnung des Patienten mehr als drei Kilometer entfernt und der Patient bettlägerig oder gehunfähig ist. (Ausnahmen bewilligt die Kasse.)

In den Fällen a) bis c) sind folgende Eintragungen auf dem Überweisungsschein vorzunehmen:

Zu a) Der Vermerk "Ortswechsel" ist anzuhaken bzw. anzugeben mit Hinzufügen der neuen Anschrift des Anspruchsberechtigten.

Zu b) Der Vermerk "Ortswechsel" ist anzuhaken bzw. anzugeben mit dem Zusatz "Krankenstand", "Krankenstandsaufnahme" oder "Nachbehandlung".

Zu c) Der Vermerk "Ortswechsel" ist anzuhaken bzw. anzugeben mit näherer Begründung.

2.2. *Überweisungsscheine wegen Urlaubes eines Anspruchsberechtigten*

Für Anspruchsberechtigte, die in Behandlung bei einem Vertrags(fach)arzt stehen, können für die notwendige, planmäßige Fortführung einer begonnenen Behandlung im Urlaubsort in Österreich Überweisungsscheine ausgestellt werden. Diese Scheine sind mit dem Vermerk "Urlaubsschein, notwendige Weiterbehandlung" vom überweisenden Vertrags(fach)arzt zu versehen.

2.3. *Überweisung innerhalb einer fachungleichen Vertragsgruppenpraxis*

Auch innerhalb einer fachungleichen Vertragsgruppenpraxis finden Überweisungen statt, so dass die Berechnung der Limitierungen und Degressionen möglich ist.

VI.

ERSATZBEHANDLUNGSSCHEIN

Die Ausstellung des Ersatzbehandlungsscheines (§ 15 Abs. 4 des Gesamtvertrages) kann vom Vertragsarzt nach Ablauf von 14 Tagen, gerechnet vom Tage der unabweislichen ersten ärztlichen Behandlung (Erste Hilfe), spätestens jedoch zwei Wochen nach Ende des Kalendervierteljahres, in dem die unabweisliche Behandlung erfolgte, beim zuständigen Versicherungsträger beantragt werden.

Voraussetzung ist, dass der Anspruchsberechtigte den in § 15 des Gesamtvertrages vorgesehenen Erlag nicht geleistet hat und trotz Aufforderung innerhalb der 14-tägigen Frist keinen Behandlungsschein nachbrachte. Der Vordruck für den Ersatzbehandlungsschein ist in allen Teilen auszufüllen und hat zu enthalten:

- * Name des Patienten,
- * Geburtsdaten,
- * Wohnanschrift,
- * Dienstgeber,
- * Krankenversicherungsträger,
- * Versichertenkategorie,
- * erster Behandlungstag und die Diagnose,

aus der die Unabweisbarkeit der Inanspruchnahme erkenntlich ist. Bei den anspruchsberechtigten Angehörigen sind auch die Daten des Versicherten, von dem sich der Anspruch ableitet, im Ersatzbehandlungsschein einzutragen. Der Vordruck des Ersatzbehandlungsscheines ist vom Vertragsarzt zu unterschreiben und dem Versicherungsträger zur Bestätigung einzureichen. Die Versicherungsträger behalten sich ausdrücklich die genaue Überprüfung des Ersatzbehandlungsscheines vor.

Der Ersatzbehandlungsschein ist vom Versicherungsträger in jedem Fall an den Vertragsarzt innerhalb von 14 Tagen zurückzustellen, auch wenn dessen Anerkennung versagt wird; Gründe der Ablehnung werden dem Vertragsarzt bekannt gegeben.

VII.

RECHNUNGSLEGUNG, HONORARABRECHNUNG UND HONORARANWEISUNG

1. Die Abrechnungsunterlagen sind von den Vertrags(fach)ärzten bis spätestens 7. des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats bei der Ärztekammer einzureichen. Die Ärztekammer übermittelt die Abrechnungsunterlagen, spätestens bis zum 15. des Monats, an die Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle.

Wird der Termin für die Vorlage der Abrechnungsunterlagen vom Vertrags(fach)arzt nicht eingehalten, sodass diese nicht am 15. des Einreichungsmonats bei der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle vorliegen, besteht kein Anspruch auf Durchführung der Abrechnung in der laufenden Abrechnungsperiode. Im Falle einer unbegründet verspäteten Einreichung der Rechnungsunterlagen über ein Quartal hinaus werden 5 %, über zwei Quartale 10 %, vom Gesamthonorar zugunsten der Wohlfahrtsfondseinrichtungen der Ärztekammer für Steiermark einbehalten.

2. Die Abrechnungsunterlagen bestehen aus den Behandlungsscheinen, den sonstigen Belegen und der Zusammenstellung. Die Zusammenstellung ist vom Vertrags(fach)arzt dreifach auszufertigen. Das Original erhält die Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle, während je eine Kopie bei der Ärztekammer und beim Vertrags(fach)arzt verbleibt.

Die Behandlungsscheine sind nach Krankenversicherungsträgern getrennt und innerhalb dieser alphabetisch zu ordnen. Für jede Kasse sind die Behandlungsscheine von "1" beginnend fortlaufend zu nummerieren.

Die für die Honorarabrechnung notwendigen Vordrucke werden den Vertrags(fach)ärzten über Anforderung zur Verfügung gestellt; die Vordrucke sind in entsprechender Weise auszufüllen.

Für die Rechnungslegung gilt, dass von den abrechnenden Vertrags(fach)ärzten die Unterschrift auf den Behandlungsscheinen entfallen kann, wenn auf dem Formular VP2 - Aufstellung der Behandlungsscheine (Datenbegleitliste) - der Vertrags(fach)arzt mit der Unterschrift und Stampiglie die Richtigkeit der Abrechnung bestätigt.

3. Für die Rechnungslegung mit maschinell lesbaren Datenträgern gilt das Übereinkommen vom 01.01.1992 (Anlage 1).
4. Ergeben sich aus der Überprüfung der Abrechnung Differenzen, so sind diese zunächst zwischen dem Vertrags(fach)arzt und der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle einvernehmlich zu regeln.

Kommt eine Bereinigung auf diesem Wege nicht zustande, so ist der Sachverhalt dem Schlichtungsausschuss vorzulegen.

5. Unter der Voraussetzung, dass der Vertrags(fach)arzt die Abrechnung zum festgesetzten Einreichungstermin übermittelt, wird für die laufende Vertragstätigkeit eine monatliche Honorarvorauszahlung gewährt. Die monatliche Vorauszahlung wird eingestellt, wenn der Vertrags(fach)arzt seine Abrechnungsunterlagen nicht bis zum festgesetzten Einreichungstermin vorgelegt hat und keine Terminverlängerung bewilligt wurde.
6. Für die Berechnung der monatlichen Honorarvorauszahlung wird die letzte von der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle fertig gestellte Honorarabrechnung, mit Ausnahme der des jeweiligen ersten Kalendervierteljahres, als Grundlage genommen. Als monatliche Vorauszahlung ist ein Drittel von 70 % des Gesamthonorars zu leisten. Die monatliche Honorarvorauszahlung wird am 3. des Monats, für den die Zahlung bestimmt ist, abgefertigt. Der errechnete Betrag wird kaufmännisch auf den nächst höheren bzw. nächst niedrigeren durch € 50,-- teilbaren Betrag auf- bzw. abgerundet. Die Anweisung des Resthonorars auf die Quartalsabrechnung wird jeweils am 1. des vierten Monats, der auf das Kalendervierteljahr folgt, für das die Abrechnung durchgeführt wurde, vorgenommen. Im Jänner erfolgt die Anweisung am 2. des Monats.

gültig ab 01.10.2021:

- 6a. Abweichend zu Pkt. 6. erhalten neue Vertragsärzte mit Beginn des Einzelvertragsverhältnisses als monatliche Vorauszahlung (Akontierung) ein Drittel von 50 % des jeweiligen Fachgruppendurchschnitts des zuletzt abgerechneten Kalendervierteljahres, mit Ausnahme des jeweiligen ersten Kalendervierteljahres. Die Zahlungsfristen bzw. –modalitäten gelten wie unter Punkt 6. dargestellt auch für die Anweisung der Honorarvorauszahlungen bei neuen Vertragsärzten. Im Falle einer Übergabepaxis gemäß § 4a des Gesamtvertrages erfolgt die Honorarvorauszahlung gemäß Pkt. 6, wobei die letzte fertiggestellte Honorarabrechnung des Planstellenvorgängers heranzuziehen ist, mit Ausnahme des jeweiligen ersten Kalendervierteljahres.
7. Regelung bei Erkrankung des Vertragsarztes
 - 7.1. Muss ein Vertragsarzt (sämtliche Gesellschafter einer Gruppenpraxis) wegen einer Erkrankung seine (ihre) ärztliche Tätigkeit vorübergehend einstellen, so wird die auf die Krankmeldung folgende monatliche Vorauszahlung auf die Hälfte der vertraglichen Höhe herabgesetzt, höchstens jedoch mit € 1.000,-- (für längstens sechs Monate) geleistet. (Bei Vertragsgruppenpraxen multipliziert sich der Betrag von € 1.000,-- mit der Anzahl der Gesellschafter.) Die monatliche Vorauszahlung ist in der vertraglichen Höhe aufzunehmen, wenn der Vertragsarzt bis zur Fälligkeit der übernächsten Vorauszahlung seine Tätigkeit wieder ausübt.

- 7.2. Geht die Dauer der Erkrankung über die Fälligkeit der zweiten Vorauszahlung - gerechnet vom Tage der Erkrankung - hinaus, dann wird die Vorauszahlung für insgesamt höchstens sechs Monate, im Betrag, der sich aus Abs. 1 ergibt, weiterbezahlt. In diesem Falle wird die zweite Vorauszahlung nur unter der Voraussetzung gewährt, dass der Vertrags(fach)arzt sich zur Rückzahlung der gewährten Honorarvorschüsse verpflichtet, soweit diese nicht durch Honoraransprüche des Vertrags(fach)arztes gedeckt sind. Die Rückzahlungspflicht besteht für den Vertrags(fach)arzt auch dann, wenn er den Vertrag kündigt oder ohne Kündigungsfrist aus dem Vertrag ausscheidet. Vor der Gewährung der zweiten Vorauszahlung hat der Vertrags(fach)arzt eine Verpflichtungserklärung (Anlage 2) vorzulegen. Ungedeckte Honorarvorschüsse, die sich nach Aufrechnung gegen etwaige Honoraransprüche des Vertragsarztes nach seinem Ausscheiden ergeben, sind von ihm binnen sechs Monaten - gerechnet vom Tag der Auszahlung des letzten Vorschusses - rückzuerstatten.

Bei Uneinbringlichkeit eines offen gebliebenen Restbetrages wird die Abdeckung im Einvernehmen der Vertragsparteien im Rahmen der Honorarverhandlungen geregelt.

- 7.3. Für die Neuberechnung der monatlichen Vorauszahlung nach Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit dient die erste von der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle fertiggestellte Honorarabrechnung.
- 7.4. Die zugunsten der Ärztekammer für Steiermark durchgeführten Honorareinbehalte sind längstens bis zum 18. des auf die Zahlung des Resthonorares folgenden Monats an die Ärztekammer abzuführen. Auf die Honorareinbehalte ist gleichzeitig mit der Anweisung der Resthonorare an die Vertragsärzte eine Akontierung in der Höhe von 30 % des Einbehaltes zu leisten.
8. Aufgrund der unterschiedlichen Limitierungs- und Degressionsregelungen pro Fachgruppe wird bei Vertragsgruppenpraxen eine gesonderte Abrechnung nach Fächern durchgeführt.

VIII.

ERSCHWERNISZULAGE FÜR LANDÄRZTE

Für bestimmte Landärzte (Allgemeinmediziner) mit den in der Anlage 3 angeführten Berufssitzen wird eine Erschwerniszulage gewährt.

Diese Zulage besteht aus:

1. einem Zuschlag von 25 % oder 50 % zur Gesamthonorarsumme, abzüglich der Honorare für die Ordinationen, den Bereitschaftsdienst und die Physiotherapie und
2. einer Sonderzulage für bestimmte Planstellen für die Differenz zwischen der Anzahl der tatsächlich in Rechnung gestellten Behandlungsfälle und 500 Behandlungsfällen, jedoch höchstens für 100 Behandlungsfälle pro Quartal.

Pro Behandlungsfall, der sich aus dieser Differenzberechnung ergibt, wird der durchschnittliche Aufwand an Ordinationshonorar bezahlt. Nach den aktuellen Berechnungsparametern beträgt dieser 1993 € 19,68.

Die Sonderzulage ist an die Voraussetzung gebunden, dass der Vertragsarzt mindestens 300 Behandlungsscheine pro Quartal aus eigener Vertragstätigkeit zur Verrechnung vorlegt und die Gewährung dieser Sonderzulage für die betreffende Planstelle ausdrücklich zwischen den Vertragsparteien vereinbart ist. Für die Auswahl der mit einer solchen Sonderzulage auszustattenden Planstelle sind die verkehrsgeographische Lage, die Entfernung zum nächstgelegenen Vertragsarzt und die Anzahl der in diesem abgeschiedenen Gebiet wohnenden Versicherten und deren Angehörige maßgebend.

3. Die Mutter-Kind-Pass-Honorare und die Vorsorgeuntersuchungs-Honorare sind nicht in die Berechnungsgrundlage für die Erschwerniszulage einzubeziehen.

IX.

ABGESTUFTE HONORIERUNG BEI SONDERLEISTUNGEN UND ORDINATIONEN1. Sonderleistungen

1.1. Die nachfolgend angeführten Leistungen bzw. Leistungsgruppen werden nach Maßgabe der in Pkt. 3 enthaltenen Tabelle abgestuft honoriert:

- Leistungen aus Fachgebieten, mit Ausnahme derer, die einer zahlenmäßigen Beschränkung unterliegen (Abschnitt B, II)
- Laborleistungen der allgemeinen Fachärzte (Abschnitt B, V/A)
- physiotherapeutische Leistungen (Abschnitt B, III)
- Röntgenleistungen der Allgemeinmediziner und allgemeinen Fachärzte (Abschnitt B, IV)

1.2. Die Feststellung der Honorarsumme der in Pkt. 1 angeführten Leistungen erfolgt grundsätzlich mit den im Tarifverzeichnis angeführten Honoraransätzen. Bis zu der Summe, die sich aus Multiplikation der Behandlungsfälle des Arztes (des Gesellschafters bzw. der Gesellschafter eines Faches in der Gruppenpraxis) mit dem in der Tabelle in Pkt. 3. ausgewiesenen Betrag errechnet, werden die Leistungen mit dem Honoraransatz lt. Tarifverzeichnis honoriert (Stufe 1).

Darüberhinausgehende Leistungen werden bis zu 20 % der für die Stufe 1 errechneten Summe mit 2/3 des Honoraransatzes lt. Tarifverzeichnis honoriert. Alle darüber hinausgehenden Leistungen werden mit 1/3 des Honoraransatzes lt. Tarifverzeichnis honoriert.

1.3. Die angeführten Beträge gelten pro Behandlungsfall und Quartal:

FACHGEBIET	Stufe 1 Vollhonor.
ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN	€ 8,6112
FÄ FÜR AUGENHEILKUNDE	€ 24,0408
FÄ FÜR CHIRURGIE	€ 47,3298
FÄ FÜR DERMATOLOGIE	€ 32,8651
FÄ FÜR GYNÄKOLOGIE	€ 17,0809
FÄ FÜR HNO	€ 31,6585
FÄ FÜR INNERE MEDIZIN	€ 19,0405
FÄ FÜR KINDERHEILKUNDE	€ 12,6236
FÄ FÜR LUNGENHEILKUNDE	€ 68,7447
FÄ FÜR NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE	€ 37,5755
FÄ FÜR ORTHOPÄDIE	€ 60,6605
FÄ FÜR UROLOGIE	€ 47,3225

2. Ordinationen

(verrechenbar bei ärztlichen Leistungen)

2.1. Erstordination

Die Erstordination ist pro Behandlungsschein einmal pro Quartal verrechenbar.

Sind in einer Vertragsgruppenpraxis Ärzte verschiedener Fachgruppen tätig, so kann pro tätig werden der Fachgruppe jeweils einmal im Quartal eine Erstordination pro Behandlungsschein verrechnet werden.

2.2. Weitere Ordination Stufe 1

Jede weitere Ordination während eines Quartals wird gesondert in der Höhe der Stufe 1 bezahlt.

X.
ZWEITORDINATION

Zum Zwecke der Sicherstellung einer ausgewogenen vertragsärztlichen Versorgung (Stellenplan) und zum Zwecke der Sicherstellung des Sachleistungsprinzips wird vereinbart, dass die beabsichtigte Eröffnung einer Zweitordination im Stadtgebiet Graz vom Vertragsarzt, der Ärztekammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben ist. Wird seitens des Versicherungsträgers oder der Ärztekammer innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht kein Einspruch erhoben, so gilt der Einzelvertrag auch für die Tätigkeit am zweiten Berufssitz.

Wird vom Versicherungsträger oder der Ärztekammer binnen zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht Einspruch erhoben, hat der Vertragsarzt zu entscheiden, ob er den zweiten Berufssitz trotzdem begründet, und dies innerhalb eines Monats der beeinspruchenden Stelle bekannt zu geben.

Wird der zweite Berufssitz trotz Einspruches begründet, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses. Das Einzelvertragsverhältnis endet mit dem Ablauf des nächsten Quartales, das der Gründung des zweiten Berufssitzes folgt.

Eine Zweitordination für eine Vertragsgruppenpraxis ist nicht möglich.

Diese Regelung ist in die vom Vorstand der Ärztekammer für Steiermark und dem Geschäftsausschuss der steirischen § 2-Krankenversicherungsträger beschlossenen Einzelverträge ausdrücklich aufzunehmen.

Die Begründung einer Zweitordination durch den Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis am Standort der Vertragsgruppenpraxis ist unzulässig.

B.
HONORIERUNG DER ALLGEMEINEN LEISTUNGEN UND SONDERLEISTUNGEN

ABSCHNITT I

ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINE FACHÄRZTE

ORDINATIONEN UND VISITEN, WEGEGEBÜHREN UND BEREITSCHAFTSDIENST

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€

I a Ordinationen und Visiten:

015	Ordination:	
	Erstordination	20,96
	beinhaltet Grundbetrag von	9,31
	u n d	
	weitere Ordination Stufe 1	7,27
001	Nachtordination außerhalb der Ordinationszeit (Uhrzeit der Inanspruchnahme ist anzugeben; siehe Erläuterungen Pkt. 1.3.6.)	27,28
002	Dringende Ordination außerhalb der Sprechstunde (Uhrzeit der Inanspruchnahme ist anzugeben)	10,89
003	Tagbesuch an Werktagen	35,73
004	Tagbesuch an Sonn- oder Feiertagen	43,72
005	Besuchszuschlag (verrechenbar bei gleichzeitigem Besuch mehrerer Anspruchsberechtigter; siehe Pkt. 1.3.4. der Erläuterungen zu Abschnitt I)	12,83
006	Dringender Besuch während der Ordinationszeit (Uhrzeit der Besuchsausführung ist anzugeben)	47,75
007	Besuch bei Nacht (Uhrzeit der Berufung ist anzugeben)	68,25

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
012	Konsilium in der Wohnung des Erkrankten bei Tag (der Konsiliarpartner ist anzugeben)	52,03
013	Konsilium in der Wohnung des Erkrankten bei Nacht (der Konsiliarpartner ist anzugeben)	59,11
014	Zuschlag bei aufwändiger Visite in Alten- und Pflegeheimen sowie bei häuslich betreuten Pflegebedürftigen nach Spitalsaufenthalt oder bei zusätzlichen akuten Erkrankungen, wie z.B. Pneumonie, akute cardiale Dekompensation, Insult – Reinsult und diabetische Stoffwechselentgleisung (nicht verrechenbar bei normalen Kontrollvisiten; verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin; siehe Pkt. 1.3.9. der Erläuterungen zu Abschnitt I)	21,42

I b Wegegebühren:

194	Einzelkilometer bei Tag	0,87
195	Einzelkilometer bei Nacht	1,27
196	Gehviertelstunde	4,07
	Fixes Wegegeld für Graz	4,42
	Leoben	4,42
	Kapfenberg	4,42

1 c Bereitschaftsdienst:

Bereitschaftsdienst am Land für je 12 Stunden	123,14
Ärztendienst Graz für je 12 Stunden	436,88

ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINE FACHÄRZTEORDINATIONEN UND VISITEN, WEGEGEBÜHREN UND BEREITSCHAFTSDIENST
ERLÄUTERUNGEN1. Ordinationen und Visiten (I a)1.1. Eintragung am Behandlungsschein

Jede Ordinationsleistung (Erstordination und alle weiteren Ordinationen) ist am Behandlungsschein einzutragen.

1.2. Serienbehandlung

1.2.1. Die Regelung zur Serienbehandlung erfasst folgende Leistungen: Physiotherapie, i.m.-Injektionen.

Eine Serienbehandlung liegt nur dann vor, wenn während eines Quartales mehr als fünf gleiche Leistungen bei gleicher Diagnose und in Folge erbracht werden.

1.2.2. Bei einer Serienbehandlung wird eine Ordination bei der ersten und bei der letzten Leistung honoriert.

Werden zwischen einer Serie Ordinationen durchgeführt, können diese in Rechnung gestellt werden, wenn auf der Rückseite des Behandlungsscheines auch eine kurze Begründung angegeben ist. Eine neue Diagnose (mit Datumsangabe) auf der Vorderseite gilt als Begründung.

1.2.3. i.v.-Injektion, Infusionen:

Hier wird auch bei Serienbehandlung bei jeder Injektion bzw. Infusion eine Ordination bezahlt.

1.3. Visiten - Ordinationen/Verrechnungsmodalitäten

1.3.1. Jede Visite wird mit dem lt. Tarifverzeichnis zugeordneten Honorar bezahlt. Erfolgen in einem Quartal bei einem Patienten nur Besuchs-, aber keine Ordinationsleistungen, so wird beim ersten Besuch zusätzlich zum Visitenhonorar der Grundbetrag bezahlt, ohne dass dieser gesondert einzutragen ist.

- 1.3.2. An einem Wochenende, an dem der Vertragsarzt Bereitschaftsdienst versieht, kann weder die Pos. 002 noch die Pos. 006 verrechnet werden.
- 1.3.3. Mehr als eine Ordination an einem Tag und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination muss vom Vertragsarzt begründet werden. Diese Regelung ist auch auf Hausbesuche anzuwenden.
- 1.3.4. Wenn bei einem Hausbesuch mehrere bettlägerig erkrankte Versicherte bzw. anspruchsberechtigte Angehörige (gemeinsamer Haushalt, Altersheim, Erholungsheim oder dgl.) gleichzeitig behandelt werden, kann der Hausbesuch nur für einen Versicherten oder Angehörigen verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten ist der Besuchszuschlag für Mehrfachbesuche (Pos. 005) sowie das Ordinationshonorar zu verrechnen.
- 1.3.5. Vertragsärzte, die im Bereitschaftsdienst stehen, können für Tagbesuche ab Dienstbeginn das Besuchshonorar Pos. 004 verrechnen.
- 1.3.6. Bei Verrechnung von Nachtbesuchen und Nachtordinationen ist die Uhrzeit der Berufung bzw. Inanspruchnahme in der Ordination anzuführen. Als Nachtzeit gilt die Zeit von 20.00 Uhr bis 07.00 Uhr. Die Position 001 ist nur verrechenbar
- vor Beginn der vereinbarten Ordinationszeit, wenn aus medizinischen Gründen mit der Behandlung bis zum Ordinationsbeginn nicht zugewartet werden kann.
 - nach der vereinbarten Ordinationszeit, wenn mit der Behandlung aus medizinischen Gründen bis zum nächsten Ordinationsbeginn nicht zugewartet werden kann.
- 1.3.7. Eine dringende Ordination kann nur für den Fall einer unabweislichen Erstversorgung nach beendeter Ordinationstätigkeit verrechnet werden (Pos. 002 mit Angabe der Uhrzeit).
- 1.3.8. Mit der Honorierung eines Nachtbesuches kann nicht gleichzeitig ein Honorar für einen Besuch an Werk-, Sonn- oder Feiertagen verrechnet werden.

- 1.3.9. Für die Leistung Pos. 014 stehen für das Jahr 2021 € 702.533,67 zur Verfügung. Sollte dieser Betrag unterschritten werden, so wird die Differenz zum Gesamtbetrag an jene Vertragsärzte ausbezahlt, die diese Leistung verrechnet haben und zwar auf Basis der tatsächlich verrechneten Frequenzen. Sollte dieser Betrag überschritten werden, wird der Tarif bei diesen Vertragsärzten entsprechend gekürzt.

2. Wegegebühren (I b)

- 2.1. Die Wegegebühren werden in Einzelkilometern bzw. Gehviertelstunden abgerechnet. Pro Kilometer wird der für Pos. 194 bzw. 195 jeweils gültige Ansatz vergütet.

Für die Feststellung, ob Tag- oder Nachtwegegebühren zu berechnen sind, ist bei allen Besuchen die Verrechnung des Besuches als Tag- oder Nachtbesuch maßgebend.

Für allgemein mit Kraftfahrzeugen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbare Wege in Gegenden mit Gebirgscharakter wird für eine Gehviertelstunde der für Pos. 196 jeweils gültige Ansatz vergütet.

- 2.2. Der Anspruch auf Wegegebühren besteht, wenn die zurückgelegte Entfernung mehr als einen Kilometer beträgt.

Für Hausbesuche im Umkreis von einem Kilometer, gerechnet vom Ordinationssitz des Vertragsarztes, besteht kein Anspruch auf Wegegebühren. Als Entfernung gilt die Wegstrecke von der Ordination des Vertragsarztes zur Wohnung des Erkrankten bzw. zwischen den Wohnungen von zwei Erkrankten, wobei Reststrecken unter 500 Metern nicht berücksichtigt, über 500 Meter auf den vollen Kilometer aufgerundet werden.

Die Honorierung von Wegegebühren erfolgt nur, wenn gemeinsam mit der Verrechnung der Visite und der Wegegebühren die jeweilige Visitenadresse angeführt ist.

- 2.3. Am gleichen Tag können bei Besuchen im selben Ort Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind in der Abrechnung zu begründen. Bei Krankenbesuchen in mehreren Orten am gleichen Tag sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich bei einer Besuchsreihe mit Vermeidung jeden Umweges und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Abweichungen von dieser Wegstrecke sind in der Abrechnung unter Angabe eines Grundes zu vermerken (z.B. dringende Berufung zum Krankenbesuch, Bereitschaftsdienst). Die Wegegebühren sind pro zu besuchenden Versicherten zu verrechnen. Restkilometer auf dem Rückweg zur Ordination sind für den zuletzt besuchten Versicherten zu verrechnen.

- 2.4. Zu Hausbesuchen darf nur der nächstgelegene Vertragsarzt in Anspruch genommen werden. Es werden daher grundsätzlich nur die Wegegebühren vergütet, die dem nächstgelegenen Vertragsarzt zustehen. Nimmt der Patient nicht den nächstgelegenen Vertragsarzt in Anspruch, so ist der berufene Vertragsarzt berechtigt, die Mehrkosten an Wegegebühren dem Anspruchsberechtigten

unmittelbar zu verrechnen (§ 12 Abs. 5 des Gesamtvertrages). Wenn in dringenden Fällen der nächstgelegene Vertragsarzt nicht erreichbar ist, kann der nächsterreichbare berufene Vertragsarzt die vollen Wegegebühren in Rechnung stellen. In diesem Falle entfällt die Verrechnung der Mehrkosten mit dem Anspruchsberechtigten.

- 2.5. Für die Städte Graz, Leoben und Kapfenberg gilt für die Verrechnung von Wegegebühren folgende Sonderregelung:

- a) Für Graz, Leoben und Kapfenberg erfolgt die Wegegeldentschädigung in Form eines fixen Betrages für jeden nachstehend angeführten Hausbesuch:

Tagbesuch (Pos. 003), dringender Besuch während der Ordinationszeit (Pos. 006), Konsilium in der Wohnung des Erkrankten bei Tag (Pos. 012).

Anspruch auf das fixe Wegegeld hat jeder Vertrags(fach)arzt, der in Graz, Leoben oder Kapfenberg seine Ordinationsstätte besitzt.

Das fixe Wegegeld wird in Höhe des jeweils gültigen Ansatzes im Tarifverzeichnis vergütet.

Zur Vergütung des fixen Wegegeldes können keine Kilometergebühren verrechnet werden, auch dann nicht, wenn der Besuch über den Umkreiskilometer hinausgeht.

- b) Für Nachtbesuche werden in den Städten Graz, Leoben und Kapfenberg die Kilometergebühren in Kilometern abgerechnet. Pro Kilometer wird der für Pos. 195 jeweils gültige Ansatz vergütet, sofern die Wohnung des Patienten mindestens einen Kilometer von der Ordinationsstätte des berufenen Vertragsarztes entfernt ist.

Unter den gleichen Voraussetzungen werden auch für Tagbesuche an Sonn- und Feiertagen Kilometergebühren bezahlt, wobei pro Kilometer der für Pos. 194 jeweils gültige Ansatz vergütet wird.

3. Bereitschaftsdienst (I c)

- 3.1. Vertragsärzte, die zum Sonn- und Feiertagsdienst eingeteilt sind, erhalten ein Bereitschaftsdienstpauschale.

- 3.2. Der Sonntags-Bereitschaftsdienst beginnt am Samstag um 07.00 Uhr und endet am Montag um 07.00 Uhr. Der Feiertags-Bereitschaftsdienst beginnt um 19.00 Uhr des dem Feiertag vorangehenden Tages und endet um 07.00 Uhr des dem Feiertag folgenden Tages.

Der Bereitschaftsdienst zu Ostern und Pfingsten beginnt jeweils am Samstag um 07.00 Uhr und endet am darauffolgenden Dienstag um 07.00 Uhr; zu Weihnachten beginnt der Bereitschaftsdienst jeweils am 24.12. um 07.00 Uhr (sofern der 24.12. kein Sonntag ist) und endet um 07.00 Uhr des dem Stefanitag folgenden Werktages. Zu Silvester beginnt der Bereitschaftsdienst jeweils am 31.12. um 07.00 Uhr, sofern er ein Werktag ist.

- 3.3. Die Vergütung für den Bereitschaftsdienst von Samstag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr sowie das Pauschale für den Feiertagsdienst wird in Höhe des jeweils gültigen Ansatzes im Tarifverzeichnis geleistet.
- 3.4. Für Ärzte, die aus verkehrsgeographischen Gründen keinem Dienstsprengel angeschlossen werden können, wird das Bereitschaftsdienstpauschale jeweils für die Hälfte der Sonn- und Feiertagsdienste eines Quartales vergütet, vorausgesetzt, dass diese Dienste tatsächlich stattfinden. Sonderregelungen für Ausnahmefälle behalten sich die Vertragsparteien vor.
- 3.5. Außer dem Bereitschaftsdienstpauschale gebührt dem Vertragsarzt für die ärztliche Inanspruchnahme das Honorar nach den jeweils gültigen Honorartarifen.
- 3.6. **Ärztenotdienst Graz**
Diesbezüglich gelten die Vereinbarung über den funkärztlichen Bereitschaftsdienst in Graz vom 22.10.1979 und das Abkommen über den funkärztlichen Bereitschaftsdienst in Graz vom 16.10.1979 in der jeweils geltenden Fassung.
Für die Dauer dieser Vereinbarungen erfolgt die Vergütung nach den im Tarifverzeichnis angeführten Ansätzen.
- 3.7. Die Abrechnung des Bereitschaftsdienstes am Land erfolgt aufgrund einer von der Ärztekammer für Steiermark der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle unter Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhaltes spätestens bis zum 5. des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats zur Verfügung gestellten Datei. Aufbau und Beschreibung der Datei sowie die Form der Übermittlung sind zwischen den Gesamtvertragsparteien zu vereinbaren.

LEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN
ALLGEMEINE EINZELLEISTUNGEN

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
	Fachspezifische Zuschlagsposition für Ärzte für Allgemeinmedizin (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	3,47
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (verrechenbar nur für allgem. Fachärzte; siehe Pkt. 2.1. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	7,33
	<u>Blutentnahmen</u>	
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,99
102	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern unter 6 Jahren (nur für Einsendungen)	2,95
103	Blutentnahme aus der Vene (Punktion der Vene am Krankenbett, nur für Einsendungen)	3,75
104	Aderlass mit Skalpell oder Nadel	4,95
105	Aderlass mit Freilegung der Vene	10,47
	<u>Injektionen</u>	
106	i.v.-Injektion	2,29
107	i.v.-Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	2,82
108	i.m.-Injektion	2,02
109	Alkoholinjektion	10,47
110	Retrobulbäre Injektion	3,83
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal) 1. Injektion	6,31
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je	4,17

ABSCHNITT II

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
117	Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal) 1. Injektion	6,31
118	Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. bis 5. Injektion je	4,17
114	Intraarticuläre Injektion (verrechenbar nur für FÄ für Orthopädie, Unfallchirurgie, Chirurgie und Innere Medizin; siehe Pkt. 2.7. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	18,16
115	Subcutane Injektion zur Hyposensibilisierung inkl. der medizinischen Überwachung des Patienten	2,53
	<u>Infusionen</u>	
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	6,52
121	Subcutane oder intravenöse Infusion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	13,10
	<u>Punktionen</u>	
125	Punktion des Schleimbeutels, Hydrocele, kalt. Abszess	12,26
126	Gelenkpunktion (ausgenommen Injektionsbehandlung)	17,12
127	Therapeutische Punktion der großen Körperhöhlen mit Troikart	14,01
128	Sternalpunktion (verrechenbar nur für FÄ für Innere Medizin)	12,65
129	Lumbalpunktion oder Suboccipitalpunktion (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie, Dermatologie, Kinder- und Jugendheilkunde und Neurologie)	14,01

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Infiltrationen

130	Paravertebrale Blockade durch Injektion an Nervenganglien oder an Nervenstämmen (verrechenbar nur für FÄ für Orthopädie und Neurologie max. 10 x pro Patient und Quartal, von Ärzten für Allgemeinmedizin sowie den übrigen Fachärzten 6 x pro Patient und Quartal ohne Begründung und max. weitere 4 x pro Patient und Quartal mit besonderer Begründung)	10,89
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	2,02
132	Infiltration an tiefergelegenen paravertebralen Strukturen wie ligamentäre, muskuläre Insertionen sowie Wirbelgelenke; pro Patient 2 x pro Tag und Teilsegment der Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) verrechenbar	5,53

Betäubungen

135	Leitungsanästhesie	4,95
136	Infiltrationsanästhesie	3,37
	Die Positionen 135 oder 136 dürfen nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem "+" versehen ist.	
137	Inhalations- oder Blutbahnnarkose	12,65

Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

140	Magenspülung bei Vergiftung	10,47
141	Rektale Untersuchung	2,37

Zeitaufwand bei lebensbedrohlichen Gesundheitszuständen

145	Anwesenheit bei lebensbedrohlichen Zuständen bis zu 1 Stunde (siehe Pkt. 2.10. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	21,73
-----	---	-------

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

146	Anwesenheit bei lebensbedrohlichen Zuständen bis zu 1 1/2 Stunden (siehe Pkt. 2.10. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	32,58
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebe- standteil (ärztliches Gespräch) (verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin, für FÄ für Innere Medizin und Kinder- und Jugend- heilkunde in 18 %, für die übrigen Fachärzte; ausgenommen FÄ für Radiologie, Labormedizin und physikalische Medizin in 11 % der Behandlungsfälle; siehe Pkt. 3 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	14,86
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 6 % der Behandlungs- fälle pro Quartal für Ärzte für Allgemeinmedizin und FÄ für Psychiatrie und insgesamt in höchstens 3 % der Behandlungs- fälle pro Quartal für die übrigen allgemeinen Fachärzte; siehe Pkt. 2.17. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	14,27

Schnelltests

116	CRP (C-reaktives Protein - Schnelltest) verrechenbar von: Ärzten für Allgemeinmedizin in 5 % (1. und 4. Quartal) bzw. 2 % der Behandlungsfälle (2. und 3. Quartal) FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in 20 % der Behandlungsfälle; nicht gemeinsam mit Pos. 055 (Blutsenkung) und Pos. 056 (Mikrosenkung) verrechenbar	6,27
510	D-Dimer-Schnelltest verrechenbar von FÄ für Innere Medizin, Lungenheilkunde und Haut- und Geschlechtskrankheiten in 2% der Behandlungsfälle; nur zur Ausschlussdiagnostik einer Thrombose bei niedriger klinischer Thrombosewahrscheinlichkeit (Wells Score). Nicht verrechenbar bei Verdacht auf postoperative VTE, tumorassoziierte VTE, schwangerschaftsassozierte VTE	23,85

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Verrichtungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde

Fachspezifische Zuschlagsposition für
 Fachärzte für Augenheilkunde
 (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II) 2,67

Untersuchungen

150	Bestimmung des Astigmatismus (Javal)	6,06
151	Untersuchung mit der Spaltlampe (Biomikroskop)	4,85
152	Ophtalmoskopie, Untersuchung des Augen- hintergrundes mit dem Augenspiegel (Fundus)	3,54
153	Tonometrie	2,53
154	Skiaskopie (wenn diese mit Pupillenerwei- terung zur genauen, objektiven Refraktions- bestimmung durchgeführt werden muss)	9,07
155	Perimetrie-Skotometrie nach allen Methoden (nicht verrechenbar von FÄ für Neurologie)	16,12
156 +	Probeexcision mit Naht	10,47
157	Prüfung des Augenmuskelgleichgewichtes (Heterophoriebestimmung, Doppelbilder, Schielwinkelmessung) (nicht verrechenbar für FÄ für Neurologie)	4,03
158	Gonioskopie, Kontaktglasuntersuchung bei Glaukom- u. Netzhauterkrankungen	11,83
159	Orthoptik (Untersuchung und Behandlung des Binocularsehens)	9,57
160	Applanationstonometrie inkl. Spaltl.	8,56

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
161	Tränenfilmdiagnostik (Schirmertest) (verrechenbar nur für FÄ für Augenheilkunde)	3,01
162	Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie (verrechenbar nur für FÄ für Augenheilkunde in 15 % der Behandlungsfälle; siehe Pkt. 2.12. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	26,25
	<u>Therapeutische Verrichtungen</u>	
170	Entfernung einfacher Hornhautfremdkörper	9,57
171	Entfernung tiefer gelegener Hornhautfremdkörper	25,23
172	Entfernung eines Tränensackabszesses	4,76
173 +	Epilation von Cilien (elektrolytisch od. diathermisch)	5,53
174 +	Entfernung von Geschwülsten der Lider (Chalazion usw.) ausschließlich Epila- tion und Probeexcision	50,45
175 +	Lidoperation (inkl. Nahtmaterial)	50,45
176 +	Operation eines Pterygiums oder Opera- tion an der Bulbusbindehaut	70,60
177	Operation an der Hornhaut einschließlich Verschörfung des ulcus serpens	35,29
178 +	Operation an den Tränenwegen (Tränendrüse, Tränenröhrchen, Tränensack)	40,56
179	Spülung und Sondierung der Tränenwege (erstmalig)	15,10
180	Spülung und Sondierung der Tränenwege (weitere)	7,86
181	Lasercoagulation (verrechenbar nur für FÄ für Augenheilkunde und Optometrie) Staffelregelung pro Quartal: bis einschließlich der 12. Behandlung von der 13. bis zur 16. Behandlung von der 17. bis zur 19. Behandlung ab der 20. Behandlung (siehe Pkt. 2.18. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	245,92 216,19 187,85 158,10

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Verrichtungen aus dem Gebiete der Chirurgie und Orthopädie

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Chirurgie	12,83
	für Fachärzte für Orthopädie (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	0,93
200	Rektoskopie (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie, Innere Medizin und Urologie)	25,29
201	Gastroskopie (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin)	77,86
202	Coloskopie (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin; siehe Pkt. 7.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	206,48
203	Ergänzende Untersuchung unter Berücksichtigung des orthopädischen Grundleidens (verrechenbar nur für FÄ für Orthopädie)	16,12
204	Chirodiagnostik und Chirotherapie (verrechenbar nur für FÄ für Orthopädie; maximal drei Sitzungen pro Patient und Quartal; siehe Pkt. 2.11. der Erläuterungen zu Abschnitt II) je Sitzung	19,18
205	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht (verrechenbar nur für FÄ für Orthopädie in 10 % und FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in 12 % der Behandlungsfälle eines Quartales; siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	28,23
206	Polypektomie (jeweils bis zu 2 Polypen) (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin)	39,85
207	VU-Coloskopie (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin)	206,48
208	Polypektomie im Rahmen einer VU-Coloskopie (jeweils bis zu 2 Polypen) (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin)	39,85
<u>Wundversorgungen</u>		
210 +	Operative Wundversorgung bis 5 Nähte	24,15

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
211 +	Operative Wundversorgung 6 bis 10 Nähte	32,04
212 +	Operative Wundversorgung über 10 Nähte einschließlich fixierenden Verbandes	51,00
213 +	Gedekte Tenotomie	22,74
214 +	Sehennaht, offene Tenotomie	35,76
	<u>Operative Eingriffe</u>	
220 +	Nagelentfernung	11,54
221 +	Radikaloperation des eingewachsenen Großzehennagels	30,43
222 +	Implantation von Hormonkristallen	13,44
223 +	Phimosenoperation	19,14
224 +	Probeexcision mit Naht	14,36
225 +	Verschorfung einer Analfissur, eines Nod.haemorr.einschl.Sphinct.Dehnung, Spaltung einer Analfistel; operative Entfernung eines Hämorrhoidal-knotens, Gummibandligatur	26,25
226 +	Exstirpation kleiner Neubildungen oder tiefer in der Unterhaut gelegener Fremdkörper (Warzen ausgeschlossen)	23,52
227 +	Exstirpation größerer Neubildungen, tiefer Fremdkörper oder Sequester	25,23
228	Excision von Fibroepitheliomen mit Anästhesie pro Sitzung	12,70
229 +	Operation des Dupuytren oder der Epicondylitis (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	63,31
230 +	Operation des Sehnenscheidenganglions oder des Gelenkganglions (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	36,30
231 +	Operation der Sehnenscheidenstenose (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	34,75

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
232 +	Eröffnen und Verband von Abszessen, Panaritien, Phlegmonen und Karbunkeln	27,16
233 +	Radikaloperation eines Karbunkels (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie)	49,91
234 +	Operation der Handphlegmone (Periproktitis und Mastitis) (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie)	42,26
235 +	Operation des Panaritium osseum oder tendineum einschließlich fixierenden Verbandes (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie)	44,25
236 +	Finger- oder Zehenamputation	34,75
237 +	Hammerzehenoperation (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	48,69
238 +	Hallux valgus oder rigidus (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	56,37
239 +	Exostosenabmeißelung (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	34,75
240 +	Osteotomie kleiner Knochen (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	34,75
241	Zahnextraktion, pro Zahn	2,57
242	Anästhesie pro Sitzung (Zahnextraktion)	3,75
243	Exstirpation größerer Neubildungen mit Dehnungsplastik oder Verschiebelappenplastik - Thier'sche Plastik oder Reverdin (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie)	87,35
246	Diagnostisches Sonographiepauschale des Bewegungsapparates (Untersuchungsfelder: insbesondere Weichteile der Schulter, Achillessehne und Bakerzyste; verrechenbar nur für FÄ für Orthopädie in 25 % der Behandlungsfälle eines Quartales) 2x pro Tag und Patient, je	28,43

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Versorgung von Frakturen und Luxationen

250	Versorgung einer Finger- oder Zehenfraktur	19,99
251	Versorgung eines Mittelhandknochenbruches	15,44
252	Versorgung einer Schlüsselbeinfraktur	17,60
253	Einrichtung und Verband von Luxationen und Distorsionen größerer Gelenke (Ellenbogengelenk ausgenommen)	19,99
254	Versorgung einer Ellenbogenluxation einschließlich Gipsverband	34,75
255	Versorgung eines Unterarmgrünholzbruches	24,54
256	Versorgung eines Mittelfußknochenbruches	34,75
257	Versorgung einer typischen Radiusfraktur, Reposition und Gips (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	44,14
258	Erste Reposition und Gipsverband der Luxatio coxae	86,54

Verbände

265	Anlegen einer Fingerschiene (Böhlerschiene), Erstversorgung	5,25
266	Anlegen eines Zinkleimverbandes (nur selbst aufgetragener Zinkleim, Fabriksbinden ausgenommen)	13,91
267	Unterarmgips	29,27
268	Gipskrawatte	27,88
269	Oberarmgips	43,73
270	Kompletter Quengelverband und dazugehörige Einrichtung	42,47
271	Brustarmgips	34,75

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
272	Unterschenkelgehgips	69,95
273	Oberschenkelgehgips	69,95
274	Beingipshülse	43,73
275	Beckengipsschale	44,54
276	Gipsmieder	59,30
277	Beckengips, einseitig	59,30
278	Beckengips, doppelseitig	77,19
279	Anlegen fertiger Zinkleim- oder sonstiger selbstklebender Fabriksbinden, ausgenommen elastische Binden	7,85
280	Schaumgummiverband, pro Extremität und Quartal	11,52
281	Abnahme geschlossener Gipsverbände	4,65
282	Anlage bzw. Wechsel eines Wundverbandes ausgenommen Pflasterverbände	12,83
<u>Orthopädisch-technische Verrichtungen</u>		
290	Gipsabdrücke, Modelleinlagen für Plattfüße	18,88
291	Redressement und Verband des Platt-, Klump- bzw. Hakenfußes	39,72
292	Spreizbehandlung von Hüftdysplasien (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie, Orthopädie und Kinder- und Jugendheilkunde) pro Fall	52,38

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

**Verrichtungen aus dem Gebiete der
Dermatologie**

Fachspezifische Zuschlagsposition
für Fachärzte für Dermatologie
(siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)

3,15

Untersuchungen

300 Dunkelfelduntersuchung
(verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie) 10,80

301 Exploration der Allergien
(verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie) 9,95

302 Pilzbefund einschließlich Kultur
(verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie) 17,20

312 Arterielle und/oder venöse Untersuchung nach Doppler
(verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie in
30 % der Gesamtfälle)
pro Sitzung 10,24

Therapeutische Verrichtungen

320 Antiluetische Kur (Pe + Bi) bis zu höchstens
21 Injektionen pro Kur, je Injektion 1,57

321 Entfernung von spitzen Condylomen
(verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie,
Chirurgie und Gynäkologie) 4,17

322 Kaustik der Haut
(verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie)
pro Sitzung 8,73

323 Okklusivverband
(verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie) 2,16

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

328	Phototherapie (SUP) bei Psoriasis, Neurodermitis, Parapsoriasis, Akne, Pruritis, Vitiligo, Lichen ruber planus, Pityriasis lichenoides, Hautlymphome (verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie) 1.-16. Therapie	8,08
329	Phototherapie (SUP) bei Psoriasis, Neurodermitis, Parapsoriasis, Akne, Pruritis, Vitiligo, Lichen ruber planus, Pityriasis, lichenoides Hautlymphome (verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie) ab der 17. Therapie	5,53
330	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mittels Dermatoskop inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe, pro suspekter Läsion (verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie in 20 % der Behandlungsfälle pro Quartal, max. drei Läsionen pro Patient und Jahr)	3,77

**Verrichtungen aus dem Gebiete der
Lungenkrankheiten**

Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Lungenheilkunde (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	1,99
---	------

Untersuchungen

303	Epicutan- und Intracutantest 5 - 7 Stoffe	10,47
304	Epicutan- und Intracutantest 8 - 14 Stoffe	18,96
305	Epicutan- und Intracutantest 15 - 30 Stoffe	35,76
306	Röntgendurchleuchtung der Lunge (verrechenbar nur für FÄ für Lungenheilkunde)	17,40

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

307	Kleine Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) und Atemgrenzwert vor einem Bronchodilatator (voll verrechenbar für FÄ für Lungenheilkunde; für Ärzte für Allgemeinmedizin in 5 %, für FÄ für Innere Medizin in 25 % und für FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in 10 % der Behandlungsfälle, nicht gemeinsam mit der Pos. 333 und 334 verrechenbar; siehe Pkt. 2.16. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	16,94
308	Kompletter intracutaner Tuberkulintest	8,08
315	Blutgasanalyse, (verrechenbar nur für FÄ für Lungenheilkunde in 15 % der Behandlungsfälle)	17,47
<u>Therapeutische Verrichtungen</u>		
324	Erstanlage eines Pneumothorax (verrechenbar nur für FÄ für Lungenheilkunde)	24,50
325	Nachfüllen eines Pneumothorax, einseitig	11,97
326	Nachfüllen eines Pneumothorax	18,05
327	Pneumoperitoneum - Nachfüllung, einschließlich Röntgenkontrolle (verrechenbar nur für FÄ für Lungenheilkunde und Innere Medizin)	16,76
331	Kleine Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) und Atemgrenzwert nach einem Bronchodilatator – zweite Untersuchung bei einem Patienten pro Tag (verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin oder FÄ für Kinder- u. Jugendheilkunde in 25 % der verrechneten Pos. 307, FÄ für Lungenheilkunde in 25 % der Behandlungsfälle, nicht gemeinsam mit der Pos. 333 und 334 verrechenbar; siehe Pkt. 2.16. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	16,94
333	Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) vor einem Bronchodilatator einschließlich Resistancemessung (voll verrechenbar für FÄ für Lungenheilkunde; für FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in 10 % und für FÄ für Innere Medizin in 25 % der Behandlungsfälle, nicht gemeinsam mit der Pos. 307 und 331 verrechenbar; siehe Pkt. 2.19. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	18,68

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

334	Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhe-Spirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) nach einem Bronchodilatator einschließlich Resistancemessung – zweite Untersuchung bei einem Patienten pro Tag (verrechenbar nur für FÄ für Lungenheilkunde in 25 % der Behandlungsfälle, für FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde und für FÄ für Innere Medizin in 25 % der verrechneten Pos. 333, nicht gemeinsam mit der Pos. 307 und 331 verrechenbar; siehe Pkt. 2.19. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	18,68
335	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung (verrechenbar nur für FÄ für Lungenheilkunde; in 8 % der Behandlungsfälle; siehe Pkt. 2.20. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	54,00
336	Bodyplethysmographie (verrechenbar nur für FÄ für Lungenheilkunde in 26 % der Behandlungsfälle, nicht am gleichen Tag mit der Pos. 307, 331, 333 und 334 verrechenbar; siehe Pkt. 2.21. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	20,18

**Verrichtungen aus dem Gebiete der
Neurologie und Psychiatrie**

Untersuchungen

296	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugsperson im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD VESKA Nr. 290 bis 319) / neurologisch Kranken (ICD VESKA Nr. 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3); verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie einmal pro Patient und Quartal; - für FÄ für Psychiatrie in 20 % der Behandlungsfälle; - für FÄ für Neurologie in 10 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 2.22. und 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	26,50
297	Psychiatrische Skala, HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie und FÄ für Psychiatrie und Neurologie in 10 % der Behandlungsfälle; - für FÄ für Psychiatrie in 20% der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 2.23. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	34,57

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

309	Sensibilitätsprüfung; nur mit Begründung gemeinsam im Quartal mit Pos. 314 verrechenbar; verrechenbar nur für FÄ für Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie in höchstens 80 % der Behandlungsfälle	10,10
311	Fachspezifische (neurologische) Statuskontrolle; verrechenbar nur für FÄ für Neurologie in 50 % der Behandlungsfälle; nicht gemeinsam mit Pos. 314 verrechenbar (siehe Pkt. 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	15,79
313	EEG-Untersuchung; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie mit Sondergenehmigung in 25% der Behandlungsfälle; - für FÄ für Neurologie mit Sondergenehmigung in 22 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	54,25
314	Kompletter neurologischer Status inkl. eventuell notwendiger Geruchs- und Geschmacksprüfung, Sensibilitätsprüfung und Dokumentation; nur mit Begründung gemeinsam mit der Pos. 309 verrechenbar; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie 1x pro Patient und Halbjahr; - für FÄ für Psychiatrie in 25 % der Behandlungsfälle; - für FÄ für Neurologie in 80 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	33,76
316	Eingehender psychischer Status bei seelischer Erkrankung; nicht gemeinsam mit Pos. 337, 338 und 339 verrechenbar; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie und FÄ für Psychiatrie und Neurologie in 51 % der Behandlungsfälle, höchstens 1 x pro Behandlungsfall und Quartal (darüber hinaus nur mit besonderer Begründung); - für FÄ für Psychiatrie in 108 % der Behandlungsfälle; - für FÄ für Neurologie in 32 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 2.13. und 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	25,71

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

317	Verbale Intervention (syndrombezogene Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes) bei psychiatrischen Krankheiten; nicht gemeinsam mit Pos. 337, 338 und 339 verrechenbar; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie und FÄ für Psychiatrie und Neurologie in 65 % der Behandlungsfälle; - für FÄ für Psychiatrie in 100% der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 2.14. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	17,12
318	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), bei Exazerbation von psychiatrischen Erkrankungen; ausführliche Begründung erforderlich; nicht gemeinsam mit Pos. 337, 338 und 339 verrechenbar; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie und FÄ für Psychiatrie und Neurologie in 2% der Behandlungsfälle; - für FÄ für Psychiatrie in 4% der Behandlungsfälle	72,79
319	Betreuung einer Psychose; verrechenbar nur - für FÄ für Psychiatrie und Neurologie und FÄ für Neurologie und Psychiatrie einmal im Quartal pro Patient; - für FÄ für Psychiatrie in 33% der Behandlungsfälle	37,72
525	Elektromyographie; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie bzw. für FÄ für Psychiatrie und Neurologie in 25 % der Behandlungsfälle höchstens 1x pro Behandlungsfall und Quartal; - für FÄ für Neurologie in 12 % der Behandlungsfälle höchstens 1x pro Behandlungsfall und Quartal (siehe Pkt. 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	28,83
526	Elektroneurographie; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie in 25 % der Behandlungsfälle, höchstens 1x pro Behandlungsfall und Quartal; - für FÄ für Neurologie in 25 % der Behandlungsfälle höchstens 1x pro Behandlungsfall und Quartal (siehe Pkt. 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	28,83

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

527	Minimental-Test zur Einleitung und Überprüfung der Therapie mit Antidementiva; verrechenbar von FÄ für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und FÄ für Neurologie in 12 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	15,53
593	Bidirektionale dopplersonographische Untersuchung der intra- und extrakraniellen Arterien; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie bzw. FÄ Psychiatrie und Neurologie in 25 % der Behandlungsfälle; - für FÄ für Neurologie in 17 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 8.4. und 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	37,31
847	Farbduplexsonographie der Carotis und des Vertebralis- Arteriensystems; verrechenbar nur - für FÄ für Neurologie und Psychiatrie bzw. FÄ für Psychiatrie und Neurologie in 25 % der Behandlungsfälle; - für FÄ für Neurologie in 17 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 13 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	46,08

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

Verrichtungen aus dem Gebiete der
Gynäkologie und Geburtshilfe

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Gynäkologie (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	6,46
	<u>Gynäkologie</u>	
340	Kolposkopie (verrechenbar nur für FÄ für Gynäkologie)	9,57
341	Anpassen, Einlegen, Wechsel des Pessars	2,16
342	Abstrich-Abnahme zur zytologischen Untersuchung (nur für Einsendungen)	3,80
343	Entfernung von Cervicalpolypen	6,96
344 + 22,20	Probeexcision in der Frauenheilkunde	22,20
345	Elektrokoagulation der Portio und Cervix	16,12
346	Skarifikation der Portio	16,76
347 +	Spaltung eines Bartholinischen Abszesses	18,96
348	Probecurettage (Strichabrasio)	29,43
349	Vollcurettage der Gebärmutter unter Vollnarkose	50,59
350	Beendigung eines Abortus, digital und instrumentell	50,59
351	Ringbiopsie bzw. Konisation	54,74
352	Hysterosalpingographie bzw. Pertubation	74,62
353	Gynäkologischer Ultraschall (verrechenbar nur für FÄ für Gynäkologie in 32 % der Behandlungsfälle; siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	29,83
354	CTG - Cardiotokographie (verrechenbar nur für FÄ für Gynäkologie; siehe Pkt. 10 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	25,23

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Geburtshilfe

360	Anwesenheit bei der Geburt, ohne Kunsthilfe, auf Verlangen der Hebamme, bis zu einer Stunde	21,14
361	Anwesenheit bei der Geburt, ohne Kunsthilfe, auf Verlangen der Hebamme, bis zu eineinhalb Stunden	31,61
362	Anwesenheit bei der Geburt, ohne Kunsthilfe, auf Verlangen der Hebamme, über eineinhalb Stunden	42,26
363	Wiederbelebung beim scheinbaren Neugeborenen	12,65
364 +	Episiotomie mit Naht oder Naht eines Scheiden- dammrisses 1. und 2. Grades	54,74
365 +	Naht eines frischen Mutterhalsrisses bzw. eines Cervixrisses oder eines cervixnahen Scheidenrisses	54,74
366 +	Naht eines Dammrisses 3. Grades	112,97
367	Innere oder kombinierte Wendung	52,16
368	Manualhilfe bei Beckenendlagen und Extraktion	37,73
369	Beckenausgangszange	44,25
371	Zerstückelung der Frucht samt Geburtsbeendigung	112,97
372	Beendigung einer Geburt mit pathologischer Kindeslage samt den dazugehörigen Eingriffen	112,97
373	Manuelle Entfernung der Placenta oder Nachtastung bei unvollständiger Placenta	56,90

Verrichtungen aus dem Gebiete der
HNO-Krankheiten

	Fachspezifische Zuschlagsposition für FÄ für HNO-Krankheiten (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	1,57
--	--	------

Untersuchungen

396	Vordere Nasentamponade verrechenbar von FÄ für HNO-Krankheiten	6,53
-----	---	------

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		

397	Überschwellige Audiometrie (SISI, Fowler, etc.) (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten) je Test	10,10
398	Medikamenteninstillation bei chronischer Laryngitis (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten)	2,53
399	Reinigung einer OP-Radikalhöhle (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten)	5,53

gültig bis 31.12.2021:

400 +	Endoskopie; beinhaltet Oesophagoskopie, Bronchoskopie, Epipharyngoskopie mit Epipharyngoskop und Endoskopie der Nasennebenhöhlen	34,29
-------	---	-------

gültig ab 01.01.2022:

400 +	Endoskopie; beinhaltet Oesophagoskopie, Bronchoskopie, Epipharyngoskopie mit Epipharyngoskop und Endoskopie der Nasennebenhöhlen (siehe Pkt. 2.26. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	37,49
401	Audiometrie (siehe Pkt. 2.25. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	16,35
402	Cochlearis- oder Vestibularprüfung je	10,10
403	Geruchs- und Geschmacksprüfung (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten)	7,48
404	Sprachaudiometrie (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten)	25,30
405 +	Probeexcision im HNO-Gebiet ausschließlich Kehlkopf	8,51
406	Probeexcision aus dem Kehlkopf	31,61

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

gültig bis 31.12.2021:

407 +	Endoskopie des Larynx und der Trachea (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten)	25,61
-------	--	-------

gültig ab 01.01.2022:

407 +	Endoskopie des Larynx und der Trachea (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten) (siehe Pkt. 2.26. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	28,00
-------	--	-------

408	Pädaudiologische Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten)	19,33
-----	--	-------

409	Otomikroskopie (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten in 62 % der Behandlungsfälle)	10,89
-----	--	-------

Therapeutische Verrichtungen

410	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen oder Ohren einschließlich Cerumen (je Ohr)	2,75
-----	---	------

411	Attikspülung	3,75
-----	--------------	------

412	Tubenkatheter je Seite	2,16
-----	------------------------	------

413	Kaustik am Kehlkopf	18,18
-----	---------------------	-------

414	Entfernung von Gehörgangsgeschwülsten oder Ohrenpolypen	8,51
-----	---	------

415	Entfernung einer Kehlkopfgeschwulst	37,93
-----	-------------------------------------	-------

416	Entfernung von Nasenpolypen, ein- oder doppelseitig	14,27
-----	---	-------

417 +	Locus Kiesselbach, je Seite	7,59
-------	-----------------------------	------

418 +	Punktion mit oder ohne Spülung der Kieferhöhle, je Seite, erstmalig	13,26
-------	---	-------

419 +	Punktion mit oder ohne Spülung der Kieferhöhle, je Seite, jede weitere	9,34
-------	--	------

422	Paracentese einseitig oder Punktion der Paukenhöhle	10,47
-----	---	-------

ABSCHNITT II

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
423	Paracentese beidseitig	14,82
424	Isolierte Abtragung eines Septumdornes	13,41
425 +	Submuköse Septumresektion	35,76
426 +	Siebbeinradikaloperation, einseitig	35,76
427 +	Siebbeinradikaloperation, beidseitig	61,58
428 +	Adenotomie	26,46
429 +	Mukotomie	13,41
430 +	Tracheotomie	59,84
431	Spaltung eines Peritonsillarabszesses	8,51
432 +	Tonsillektomie (einseitige Tonsillektomie wird nur zur Hälfte honoriert)	50,59
433	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen oder Ohren einschließlich Cerumen (je Ohr) bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten, FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde und Ärzte für Allgemeinmedizin)	5,42
434	Tympanometrie (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten)	12,12
435	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten in 10 % der Behandlungsfälle; siehe Pkt. 6.3. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	14,09
436	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) (verrechenbar für FÄ für HNO-Krankheiten in 10 % der Behandlungsfälle; siehe Pkt. 6.3. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	39,17

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

Verrichtungen aus dem Gebiete der
Urologie

Fachspezifische Zuschlagsposition
für Fachärzte für Urologie
(siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)

3,20

Untersuchungen

450	Urethroskopie	17,55
451	Cystoskopie mit oder ohne Nierenfunktionsprüfung, erstmalig	31,49
452	Cystoskopie mit oder ohne Nierenfunktionsprüfung, jede weitere	21,79
453	Probeexcision aus der Blase	16,12
454	Biopsie der Prostata (für die 1. und 2. Biopsie)	30,27
455	Uroflowmetrie (verrechenbar nur für FÄ für Urologie)	8,89
456	Urologische Ultraschalluntersuchung einschließlich transrektaler Ultraschall (verrechenbar nur für FÄ für Urologie in 70 % der Behandlungsfälle pro Quartal – maximal 2 Felder pro Patient und Tag; siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II) pro Feld	29,78
457	Instillation von Zytostatika in die Blase (nur bei Neoplasma; verrechenbar nur für FÄ für Urologie)	4,03
459	Biopsie der Prostata (ab der 3. Biopsie)	10,10

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Therapeutische Verrichtungen

460	Blasenspülung bei Mann und Frau	2,16
461	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird (verrechenbar für FÄ für Urologie auch bei Restharnbestimmung mittels Ultraschall, sofern diese Leistung nicht bereits mit der Pos. 456 abgegolten ist)	5,02
462	Ureterenkatheterismus einschließlich Cystoskopie, ein- oder doppelseitig erstmalig	28,32
463	Ureterenkatheterismus einschließlich Cystoskopie, ein- oder doppelseitig jede weitere	21,54
464	Behandlung einer Urethra-Strikture, pro Fall und Quartal	6,31
465	Koagulation der Urethralcarunkel	8,51
466	Endovesikale Koagulation, erstmalig	63,22
467	Endovesikale Koagulation, jede weitere	47,43
468 +	Blasenpunktion	8,51
469	Lithotripsie	90,69
470	Extraktion mit der Zeiss'schen Schlinge	50,35
471	Schlitzung eines Ostiums	16,76
473	Entfernung der inneren Schienung (verrechenbar nur für FÄ für Urologie)	66,77
474	Urethrotomie interna (endourethrale Schlitzung zur Beseitigung einer Harnröhrenverengung) (verrechenbar nur für FÄ für Urologie)	43,00

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

**Verrichtungen aus dem Gebiete der
Kinder- und Jugendheilkunde**

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	12,25
490	Behandlung der Enuresis für Kinder ab dem 3. Lebensjahr	7,91
491	Detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühge- borenen, dyspeptischen, dystrophischen sowie bei Ekzemkindern bei Ernährungs- und Stoffwechsel- störungen und bei allergischen Erkrankungen. Eine Durchschrift des Ernährungsplanes ist der Abrechnung beizuschließen.	11,85
492	Lösung von Konglutinationen (verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin, FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde, Chirurgie, Dermatologie und Urologie)	6,19
493	Denver-Development-Test bei Kindern bis zum voll- endeten 6. Lebensjahr (verrechenbar nur für FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde)	13,32
494	Behandlung des Nabelgranuloms (1- bis 5malige Touchierung des nässend granulierenden Nabel- stumpfes mit eventuellem Puderverband; verrechenbar nur für FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde und Ärzte für Allgemeinmedizin)	5,30
495	Beratung bei kindlichen psychosomatischen Beschwerden (verrechenbar nur für FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde; siehe Pkt. 11 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	21,96
496	Motoskopische Untersuchung zur Erhebung des körper- lichen und geistigen Entwicklungsstandes bei Kindern (verrechenbar nur für FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde)	19,27

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

Verrichtungen aus dem Gebiete der
Innere Medizin

508	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe Mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6), (siehe Pkt. 4 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	15,43
506	Ergometrie (verrechenbar nur für FÄ für Innere Medizin in 20 % der Behandlungsfälle; siehe Erläuterungen Pkt. 5 zu Abschnitt II)	55,21
507	Echokardiographie (verrechenbar nur für FÄ für Innere Medizin in 27 % der Behandlungsfälle; siehe Erläuterungen Pkt. 6 und 9 zu Abschnitt II)	48,46
519	24-Stunden Blutdruckmonitoring (verrechenbar nur für FÄ für Innere Medizin in 7 % der Behandlungsfälle pro Quartal und für Ärzte für Allgemeinmedizin in 1 % der Behandlungsfälle pro Quartal; siehe Pkt. 2.24. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	37,82
580	24-Stunden-EKG (verrechenbar nur für FÄ für Innere Medizin in 20 % der Behandlungsfälle; siehe Pkt. 12 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	49,56
583	Doppler-Echokardiographie Inkl. eventuell erforderlicher Vitiumdiagnostik mit gepulstem und/oder CW-Doppler inkl. eventuell erforderlichem Color- Doppler Imaging (inkl. Befunderstellung und Bild- dokumentation = Print und Messdaten) (verrechenbar nur für Fachärzte für Innere Medizin in 22 % der Behandlungsfälle; siehe Pkt. 6 und 9 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	32,06

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

SONOGRAPHIE

(siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II)

FÄ für Innere Medizin, FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde, FÄ für Chirurgie:

		<u>Honorar</u>	<u>Unkosten</u>	<u>Insgesamt</u>
		€	€	€
590	Sonographie eines Organes	13,04	19,06	32,10
591	Sonographie von zwei Organen	20,58	23,80	44,38
592	Sonographie von drei und mehr Organen	27,05	27,41	54,46

Pos. 590 - 592 von FÄ für Innere Medizin und von FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in höchstens 20 %, von FÄ für Chirurgie in 10 % der Behandlungsfälle verrechenbar.

594	Sonographie der Schilddrüse (verrechenbar nur für FÄ für Innere Medizin in 13 % der Behandlungsfälle; siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II)		16,08	
-----	--	--	-------	--

Gynäkologie:

		<u>Honorar</u>	<u>Unkosten</u>	<u>Insgesamt</u>
		€	€	€
595	Sonographie bei Schwangerschaft	13,04	19,06	32,10

Nur von FÄ für Gynäkologie in höchstens 15 % der Behandlungsfälle verrechenbar.

LEISTUNGEN AUS FACHGEBIETEN
ERLÄUTERUNGEN

1. Allgemeine Erläuterungen

- 1.1. Soweit Positionen des Tarifverzeichnisses dem Facharzt vorbehalten sind, dürfen sie vom Arzt für Allgemeinmedizin nicht verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der Krankenversicherungsträger. Soweit Positionen des Tarifverzeichnisses bestimmten Fachärzten vorbehalten sind, dürfen sie nur von Fachärzten des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der Krankenversicherungsträger.
- 1.2. Die getätigten Leistungen sind unter Verwendung des im Tarifverzeichnis angeführten Zeichenschlüssels (Tarifposition) in den Verrechnungsteil des Behandlungsscheines einzutragen. Die in Rechnung gestellte Tarifposition muss den Zusammenhang mit der am Krankenkassenscheck (Überweisung) angeführten Diagnose erkennen lassen. In Zweifelsfällen oder bei unvollständiger Eintragung der Leistungen werden die Verrechnungsunterlagen dem Vertragsarzt zur Verfügung gestellt bzw. werden die Leistungen nach den jeweils niedrigeren Tarifpositionen honoriert.
- 1.3. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen sind die vom Versicherungsträger bewilligten Anträge dem Behandlungsschein anzuschließen. Für diese Anträge sind die vom Versicherungsträger aufgelegten Vordrucke (Formblatt VP 31) zu verwenden.
- 1.4. Wird die Honorierung einer im Leistungsverzeichnis angeführten Verrichtung mit einer bestimmten Anzahl pro Kalendervierteljahr begrenzt, so sind die darüberhinausgehenden Verrichtungen mit dem Grundbetrag abgegolten.
- 1.5. Leistungen, die bestimmten Fächern vorbehalten sind, sind lediglich für Gesellschafter in einer Gruppenpraxis mit diesem Fach verrechenbar! Dies gilt auch für Verrechnungsbeschränkungen, Ausbildungsnachweise, Gerätenachweise, etc.

2. Sonderbestimmungen

- 2.1. Der ausführliche schriftliche Befundbericht (Pos. 100) hat Anamnese, Status, Diagnose und Therapievoranschlag samt allfälliger Gutachten zu beinhalten und ist dem Hausarzt bzw. dem zuweisenden Arzt direkt zuzusenden; die schriftliche Bekanntgabe eines Labor- bzw. Röntgenbefundes gilt nicht als verrechenbarer Befundbericht. Die Durchschrift des Befundberichtes ist zwei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kasse vorzulegen. Der Befundbericht ist je Fachgruppe in folgenden, unten angeführten Prozentsätzen der Behandlungsfälle pro Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt verrechenbar. Ist der prozentuelle Anteil der Überweisungsscheine des einzelnen Vertragsarztes bzw. der einzelnen Vertragsärztin an seinen/ihren Gesamtbehandlungsfällen größer als der für die jeweilige Fachgruppe unten angeführte Prozentsatz, so kann von diesem Arzt bzw. dieser Ärztin eine Verrechnung bis zur Anzahl der vorliegenden Überweisungsscheine erfolgen. Insgesamt sind die verrechenbaren Befundberichte jedoch mit dem unten angeführten Prozentsatz je Fachgruppe und Quartal begrenzt.

	Prozentsatz
Augenheilkunde:	15 %
Chirurgie:	39 %
Dermatologie:	32 %
Gynäkologie:	22 %
Innere Medizin:	36 %
Kinder- und Jugendheilkunde:	3 %
HNO:	48 %
Lungenheilkunde:	63 %
Neurologie/Psychiatrie:	51 %
Orthopädie:	49 %
Urologie:	46 %

- 2.2. Die fachspezifische Zuschlagsposition wird automatisch einmal pro Quartal und Behandlungsfall verrechnet und muss nicht gesondert am Behandlungsschein angeführt werden. Diese Leistung ist bei Gruppenpraxen mit verschiedenen Fachgruppen jeweils pro betroffener Fachgruppe verrechenbar.
- 2.3. Zur Ordinationshonorierung bei Serienbehandlungen - siehe Erläuterungen, Abschnitt I, Pkt. 1.2.

- 2.4. Für Leistungen, die mit einem Plus "+" versehen sind, kann eine Leitungs- (Pos. 135) oder eine Infiltrationsanästhesie (Pos. 136) zusätzlich verrechnet werden.
Mit dem Tarifbetrag der Pos. 228 sind die Kosten der Anästhesie (Pos. 135 bis 137) abgegolten.
- 2.5. Für Leistungen aus den Fachgebieten (ausgenommen Pos. 100, 106 und 108) während der Nacht (20.00 Uhr bis 07.00 Uhr), an Sonntagen (07.00 Uhr bis 20.00 Uhr), an Wochenenden im Bereitschaftsdienst (Samstag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr) bzw. an Feiertagen (07.00 Uhr bis 20.00 Uhr) wird ein Zuschlag von 20 % des in Rechnung gestellten Tarifsatzes vergütet. Diese Regelung gilt nicht für Ärzte, die an Samstagen und Sonntagen vereinbarte Sprechstunden abhalten.
Der Zuschlag wird in der Regel automatisiert ohne gesonderte Kennzeichnung hinzugerechnet, mit Ausnahme jener Leistungen aus Fachgebieten, die im Bereitschaftsdienst am Tage in der Ordination des Arztes erbracht werden. Hier ist eine Kennzeichnung der Position aus dem Bereich Leistungen aus Fachgebieten mit einem "Z" erforderlich.
- 2.6. Die Pos. 101 bis 103 (Blutentnahmen aus der Vene) können nur im Zusammenhang mit einer Bluteinsendung an ein Laboratorium verrechnet werden. Für Blutuntersuchungen in der eigenen Ordination entfällt eine Honorierung der Blutentnahme.
Bei Bluteinsendungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes sind diese Überweisungsscheine mit "MKP" im Diagnoseteil zu kennzeichnen.
- 2.7. Pos. 114 – Intraarticuläre Injektion
- in kleine Gelenke: auch bei Injektion in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung ist Pos. 114 nur einmal verrechenbar.
 - in große Gelenke: d. s. Schulter-, Hand-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- und oberes Sprunggelenk, einmal pro Gelenk.
- 2.8. Bei Wundversorgungen sind in den Tarifbeträgen die Unkostensätze für Nähseide, Catgut, usw. inbegriffen.
- 2.9. Vertragsärzte, welche zugleich die Verrechnungsbefugnis für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung (Auch-Zahnärzte) besitzen, können weder die Pos. 241 (Zahnextraktion) noch in diesem Zusammenhang eine Ordination verrechnen. Sie verrechnen ihre Zahnleistungen mit einem Zahnbehandlungsschein.

- 2.10. Der Zeitaufwand bei lebensbedrohlichen Gesundheitszuständen - Pos. 145 und 146 - ist bei all jenen lebensbedrohlichen Gesundheitszuständen verrechenbar, welche die persönliche Betreuung und Versorgung des Patienten durch den Arzt, z. B. bis zur Besserung des akuten Krankheitsbildes bzw. bis zum Eintreffen der Rettung oder für die notwendige Begleitung zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle (Spital etc.), erforderlich machen.

2.11. Position 204 – Chirodiagnostik und Chirotherapie

Die Berechtigung zur Durchführung der Chirodiagnostik und Chirotherapie ist an den Nachweis einer spezifischen Ausbildung an einer anerkannten Ausbildungsstelle gebunden, welche sowohl den Krankenversicherungsträgern als auch der Ärztekammer für Steiermark nachzuweisen ist.

2.12. Position 162 – Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie

Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden. Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Grafikbefund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren. Die Position 162 kann nicht gleichzeitig mit der Position 155 (Perimetrie-Skotometrie nach allen Methoden) verrechnet werden.

2.13. Position 316 – Eingehender psychischer Status bei seelischer Erkrankung

Der Status ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und den Krankenversicherungsträgern auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien:

- | | |
|------------------------------------|-----------------|
| 1. Bewusstseinslage | 5. Stimmung |
| 2. Orientiertheit | 6. Affektivität |
| 3. Merkfähigkeit und Konzentration | 7. Denkvermögen |
| 4. spontaner Antrieb | |

Wobei bei den Punkten 1 - 7 auch die allfällige Unauffälligkeit gegebenenfalls zu dokumentieren ist, dass relevante pathogene Umstände nicht explorierbar waren.

Der eingehende Status ist mit der verbalen Intervention (Pos. 317) und Krisenintervention (Pos. 318) nur dann gemeinsam verrechenbar, wenn die Leistung gesondert (vor oder nach der Behandlung) erfolgt.

2.14. Pos. 317 – Verbale Intervention

Die verbale Intervention ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und den Krankenversicherungsträgern auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Diese Position ist nicht gemeinsam mit der Krisenintervention (Pos. 318) und der ausführlichen therapeutischen Aussprache (Pos. 147) verrechenbar.

Ab der 11. Intervention ist die vorherige chefärztliche Genehmigung erforderlich.

2.15. --

2.16. Pos. 307 und 331 – Lungenfunktionsprüfung

Ärzte für Allgemeinmedizin haben einen Ausbildungs- und Gerätenachweis zu erbringen. Der Gerätenachweis ist unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden. Der Ausbildungsnachweis ist sowohl den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) als auch der Ärztekammer für Steiermark vorzulegen.

Als Ausbildungsnachweis gilt die Absolvierung des Lungenfunktions-Grundkurses bzw. eine Ausbildung, die dem Grundkurs entspricht. Ca. 1 Jahr nach Absolvierung des Grundkurses ist eine vertiefende Fortbildung nachzuweisen.

2.17. Pos. 148 – Ärztlicher Koordinationszuschlag

Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren. Der Koordinationszuschlag ist bei folgenden demonstrativ aufgezählten Leistungen verrechenbar:

- Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten
- Koordinierung des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements
- Telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung
- Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes
- Organisation von Pflegemaßnahmen, (OP) Terminen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation

- Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland
- Besprechung der weiterführenden Therapie mit dem Hausarzt
- Einholung externer Befunde bei fehlender Überweisung

2.18. Pos. 181 – Lasercoagulation

Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

2.19. Pos. 333 und 334 – Lungenfunktionsprüfung einschließlich Resistancemessung

Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

2.20. Pos. 335 – Ambulante Schlafapnoeuntersuchung

Der Umfang der ambulanten Schlafapnoeuntersuchungen 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.

Über Verlangen der Krankenversicherungsträger (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) ist am Ende eines jeden Kalenderjahres über alle Patienten, bei denen eine Schlafapnoeuntersuchung durchgeführt wurde, eine Aufstellung an diese zu übermitteln, aus der die Namen der Patienten und die weiteren aufgrund der Schlafapnoeuntersuchung sich ergebenden Maßnahmen, insbesondere ob der Patient sich in stationäre Anstaltspflege begeben musste, hervorgehen.

2.21. Pos. 336 - Bodyplethysmographie

Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

2.22. Pos. 296 – Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugsperson

Die Position 296 ist nicht gemeinsam verrechenbar mit einer Ordination bzw. Visite (außer der Patient selbst benötigt gleichzeitig eine Behandlung).

Das Anamneseergebnis ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.

2.23. Pos. 297 – Psychiatrische Skala, HAM-D-Scale

Das Testverfahren ist vom Arzt persönlich durchzuführen sowie zu dokumentieren. Die Testunterlagen sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für Steiermark bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Die Hamilton-Skala ist geeignet, psychiatrische Symptome zu objektivieren und zu quantifizieren. Im Gegensatz zum psychiatrischen Status sind die Fragen vorgegeben, auf bestimmte Komplexe von Symptomen konzentriert und hinsichtlich ihrer Ausprägung zu bewerten. Von den meisten psychologischen Testverfahren (Intelligenztest, Persönlichkeitstest, projektive Testverfahren) unterscheiden sich klinisch-psychiatrische Testverfahren dadurch, dass psychopathologische Merkmale bewertet werden.

Die Anwendung der Hamilton-Skala ist ein Schritt in Richtung Objektivierung und Operationalisierung der psychiatrischen Diagnostik und soll bewirken, dass Therapieverfahren – sowohl medikamentöse als auch psychotherapeutische – gezielter als bisher eingesetzt werden können.

Es soll besonders darauf geachtet werden, mit dem Testverfahren nicht in den Bereich der klinischen Psychologen einzugreifen.

2.24. Position 519 - 24-Stunden Blutdruckmonitoring

Indikationen der Verrechenbarkeit:

- a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht
 - bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdacht durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung
- b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei:
 - sekundärer Hypertonie
 - Praeeklampsie
 - Schlafapnoe
 - Hypertoner Herzhypertrophie
- c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:
 - bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch)
 - o nach Schlaganfall, Herzinfarkt
 - o mit Herzinsuffizienz
 - o mit echokardiographisch festgestellter Linkshypertrophie
 - o 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

*Nur bei unzureichender Klärung durch die Kombination von Sprechstundenmessung und Selbstmessung.

Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind 3 Jahre aufzubewahren. Auf Verlangen ist den vom Versicherungsträger beauftragten Personen Einsicht in die betreffenden Unterlagen zu gewähren, soweit dies aufgrund der dem Versicherungsträger gesetzlich übertragenen Aufgaben erforderlich und mit den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes in Einklang zu bringen ist.

- 2.25. Für die Verrechnung der Pos. 401 (Audiometrie) durch Ärzte für Allgemeinmedizin ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie an die Gemeinsame Ärzterechnungsstelle zu melden.

gültig ab 01.01.2022:

- 2.26. Die Verrechnung der Pos. 400 und 407 beinhalten ab 01.01.2022 eine allfällige Oberflächenanästhesie mittels Spray oder vergleichbaren Methoden. Eine Infiltrationsanästhesie mittels Nadel ist gesondert mit der Pos. 136 verrechenbar. Die Verrechnung von Privathonorarnoten für die Kosten und das Aufbringen des Schleimhautanästhetikums ist unzulässig.

3. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur ausführlichen therapeutischen Aussprache

Mit der ausführlichen therapeutischen Aussprache (Pos. 147) soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.

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 und Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.

Die ausführliche therapeutische Aussprache hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.

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.

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

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

Für die gleichzeitige Verrechnung der ausführlichen therapeutischen Aussprache mit einer der nachstehend angeführten Positionen gilt Folgendes:

a) Pos. 002 - Dringende Ordination außerhalb der Sprechstunde:

Diese Leistung kann nicht gleichzeitig mit der ausführlichen therapeutischen Aussprache verrechnet werden.

b) Pos. 317 - (Verbale Intervention) und

Pos. 318 - (Psychiatrische Notfallbehandlung - Krisenintervention)

Diese Leistungen können nicht gleichzeitig mit der therapeutischen Aussprache verrechnet werden.

c) Pos. 491 - Detaillierter schriftlicher Ernährungsplan:

Neben dieser Leistungsposition kann die ausführliche therapeutische Aussprache nur mit entsprechender Begründung (andere Diagnose) und wenn die Aussprache nicht am Tage der Ausfertigung des Ernährungsplanes stattfindet, verrechnet werden.

d) Pos. 493 - Denver-Development-Test:

Im gleichen Quartal ist die ausführliche therapeutische Aussprache nur verrechenbar, wenn in begründeten Fällen nach Durchführung des Denver-Development-Testes daraus hervorgehende Behandlungen erforderlich sind bzw. wenn eine weitere Diagnose die Aussprache erforderlich macht.

e) Pos. 495 - Beratung bei kindlichen psychosomatischen Beschwerden kann innerhalb eines Quartales nicht gemeinsam mit der ausführlichen therapeutischen Aussprache verrechnet werden.

f) Die gleichzeitige Verrechnung der ausführlichen therapeutischen Aussprache mit einer Basisuntersuchung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung ist ausgeschlossen.

g) Psychotherapeutische Medizin – Pos. 337, 338 und 339

Diese Leistungen können nicht gleichzeitig mit der therapeutischen Aussprache verrechnet werden.

4. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Verrechnung der Pos. 508 Elektrokardiographie

4.1. Die Verrechnung der Pos. 508 Elektrokardiographie ist nur den Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Lungenkrankheiten und Ärzten für Allgemeinmedizin sowie anderen Fachärzten mit Sondergenehmigung vorbehalten.

4.2. Es muss ein EKG-Befund erstellt werden, dem der jeweilige EKG-Streifen beiliegt. Über die EKG-Befunde sind genaue Aufzeichnungen zu führen.

4.3. Die erhobenen Befunde und EKG-Streifen sind durch drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen dem Krankenversicherungsträger zur Verfügung zu stellen. Bei Fachärzten für Innere Medizin entfällt die Aufbewahrung des EKG-Streifens, wenn dieser dem Zuweisenden (behandelnden Arzt) überwiesen wurde.

- 4.4. Im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern können Ärzte für Allgemeinmedizin EKG-Untersuchungen bzw. -Verrechnungen in medizinisch begründeten Notfällen durchführen (Definition Notfall-EKG: Stenocardien, Verdacht auf grobe Rhythmusstörungen wie Vorhofflimmern oder lebensbedrohliche Tachycardien und Infarkte). Voraussetzung für die Verrechnung bildet die entsprechende fachliche Qualifikation, die von der Ärztekammer für Steiermark geprüft wird und zu bestätigen ist.
- 4.5. Als Ausbildungsnachweise für die fachliche Qualifikation gelten
- a) ein Zeugnis einer Univ.-Klinik oder eines Krankenhauses, in welchem bescheinigt wird, dass der betreffende Arzt im Rahmen seiner Turnusbildung (Krankenhaustätigkeit) sich die notwendigen EKG-Kenntnisse angeeignet hat und befähigt ist, EKG-Befunde zu erstellen oder
 - b) die Bescheinigung der Teilnahme an einem praktischen EKG-Kurs mit einer dazu ausgestellten Bestätigung der Ärztekammer für Steiermark, worin festgestellt wird, dass der betreffende Vertragsarzt eine ausreichende Ausbildung besitzt und befähigt ist, ein EKG zu befunden.
5. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Verrechnung von Ergometrien
- 5.1. Die Verrechnung von Ergometrien ist nur möglich, wenn die Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimationsset der Kasse und der Kammer nachgewiesen wird und die Untersuchung entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen Cardiologischen Gesellschaft durchgeführt wird.
- 5.2. Eine ergometrische Untersuchung kann nur einmal pro Patient und Quartal verrechnet werden, wobei neben dieser Honorarposition keine weiteren elektrokardiographischen Leistungen gesondert vergütet werden.
- 5.3. Die Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen ist nur möglich, wenn eine zweifelsfreie medizinische Indikation vorliegt, wie z. B. bei Aufdeckung, Bestätigen oder Ausschließen einer coronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Cardiopathien, Cardiomyopathien und Vitien, weiters bei Coronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc.
Im Regelfall wird das Erkennen eines Belastungshochdruckes auch ohne gleichzeitige elektrokardiographische Belastung möglich sein. Ebenso stellen Verlaufskontrollen bei therapeutischen Maßnahmen, wie beispielsweise bei der Behandlung mit Betarezeptorenblockern, Nitraten, Antihypertensiva, usw. keine Indikation für die Durchführung einer Ergometrie dar.

- 5.4. Ferner können Ergometrien zur Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Rahmen von Sport-, Arbeits- und Vorsorgeuntersuchungen nicht auf Kosten der Krankenversicherungsträger verrechnet werden.
6. Gemeinsame Bestimmungen und Erläuterungen zur Durchführung der Coloskopie, Gastroskopie, Sonographie, Echokardiographie und Doppler-Echokardiographie
- 6.1. Die fachspezifische Ausbildung zur Durchführung der Coloskopie, Gastroskopie, Sonographie, Echokardiographie und Doppler-Echokardiographie ist gegenüber der Ärztekammer für Steiermark und den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) nachzuweisen.
- 6.2. Antragstellung
- 6.2.1. Für den gynäkologischen Ultraschall (Pos. 353), urologischen Ultraschall (Pos. 456) und Ultraschall der Kinderhüfte (Pos. 205) gilt:
Die Berechtigung zur Durchführung der sonographischen Untersuchung ist an den Nachweis einer spezifischen Ausbildung gebunden, welche sowohl den Krankenversicherungsträgern als auch der Ärztekammer für Steiermark nachzuweisen ist.
- 6.3. Für die Verrechnung der Sonographie (Echokardiographie, Doppler-Echokardiographie) ist auch das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.
Für die Verrechnung der Pos. 353 "Gynäkologischer Ultraschall" ist auch eine Vaginalsonde nachzuweisen.
- 6.4. Von den erhobenen Befunden ist ein Durchschlag anzufertigen, welcher durch drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen den Krankenversicherungsträgern bzw. der Ärztekammer für Steiermark zur Verfügung zu stellen ist.
7. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Gastro- und Coloskopie
- 7.1. Gastroskopie
- 7.1.1. Die Gastroskopie hat die endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, des Magens, allenfalls des Duodenums zu umfassen.

- 7.1.2. Mit dem Tarif sind sämtliche erforderlichen Nebenleistungen bei Durchführung der Gastroskopie abgegolten.
- 7.1.3. Bei Zuweisung von einem Vertragsfacharzt desselben Fachgebietes ist keine Ordination verrechenbar.

7.2. Coloskopie

- 7.2.1. Das Untersuchungsziel bei der Coloskopie ist jedenfalls die komplette Coloskopie (bis ins Zökum). Die Nichterreichbarkeit dieses Zieles ist zu begründen. Dem Patient ist eine Sedierung anzubieten; bei Bedarf ist auch die Gabe eines Antidots beinhaltet. Sedativum und Antidot werden als Ordinationsbedarf zur Verfügung gestellt. Erforderliche Biopsien sind durchzuführen. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe dies in der Ordination nicht unmöglich machen und der Patient seine Zustimmung erteilt hat. Biopsie- und Polypektomiepräparate sind zur histologischen Untersuchung einzusenden.
- 7.2.2. Die Durchführung der Coloskopie hat mit Video-Endoskop zu erfolgen. Die Desinfektion des Endoskopes und des Zubehörs hat maschinell-chemothermisch oder mit einem gleichwertigen Reinigungsverfahren zu erfolgen. Sobald dies im Rahmen einer Verordnung zum Medizinproduktegesetz angeordnet wird, jedenfalls aber ab 01.01.2010, ist die Desinfektion ausschließlich mittels maschinell-chemothermischen Verfahren durchzuführen.
- 7.2.3. Der Facharzt hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Coloskopien entsprechend zu dokumentieren. Insbesondere hat eine Bilddokumentation des Zökums und eine Dokumentation der pathologischen Befunde zu erfolgen. Er hat den vom Versicherungsträger beauftragten Personen Einsicht in alle die Patienten betreffenden Unterlagen zu gewähren, soweit dies aufgrund der dem Versicherungsträger gesetzlich übertragenen Aufgaben erforderlich und mit den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes in Einklang zu bringen ist. Für Notfälle sind die erforderlichen technischen und personellen Ressourcen bereitzuhalten. Die räumliche Struktur muss ein eventuell notwendiges Nachliegen unter Beobachtung ermöglichen.

- 7.2.4. Das Assistenzpersonal hat einen Endoskopieassistenten-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung aufzuweisen. Das Vorliegen einer gleichwertigen Ausbildung wird bei Assistenzpersonal angenommen, das mit entsprechender Erfahrung in der Endoskopieassistenten in einer coloskopisch tätigen Facharztpraxis oder Abteilung eines Krankenhauses tätig war.
- 7.2.5. Mit dem Tarif sind die Durchführung der Coloskopie, die rektale Untersuchung, eine allfällige Probeexcision, die erforderliche Nachbetreuung sowie die entsprechende Dokumentation abgegolten.
- 7.2.6. Bei Zuweisung von einem Vertragsfacharzt desselben Fachgebietes ist keine Ordination verrechenbar.

8. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Ultraschalluntersuchung

8.1. Pos. 353 - Gynäkologische Ultraschalluntersuchung

Die Position 353 ist nur von Fachärzten für Gynäkologie bei nachstehenden Indikationen verrechenbar:

Geschwülste des Uterus wie Myome, Sarcome, etc.; Lageveränderungen des Uterus wie Anteversioflexio und Retroversioflexio; Missbildungen des Uterus wie Uterus duplex, Uterus bicornis, etc.;

Tumore und Missbildungen von Tube und Ovar wie Ovarialzysten, Ovarialtumoren, Sactosalpinx, Tuboovarialzysten, etc.

Der gynäkologische Ultraschall ist nicht gleichzeitig mit dem geburtshilflichen Ultraschall bzw. mit der im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen möglichen Ultraschalluntersuchung verrechenbar.

8.2. Pos. 456 – Urologische Ultraschalluntersuchung einschließlich transrektaler Ultraschall

Pro Patient und Tag sind maximal zwei Untersuchungsfelder verrechenbar, wobei folgende Untersuchungsgebiete jeweils als ein Untersuchungsfeld gelten:

- a) Nieren und Retroperitoneum
- b) Unterbauch, Restharn und Prostata
- c) Hoden

8.3. Pos. 590 - 592 - Interne Ultraschalluntersuchungen

Pos. 595 - Ultraschalluntersuchung bei Schwangerschaft

8.3.1. Für FÄ für Innere Medizin, FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde und FÄ für Chirurgie sind folgende Untersuchungen verrechenbar:

- a) Ultraschalluntersuchung der Gallenblase
- b) " der Leber und Gallenwege
- c) " des Pankreas
- d) " der Nieren und des Retroperitoneums
- e) " der Milz
- f) " bei Tumoren im Unterbauch

Jeweils eine der in lit. a - f angeführten Positionen ist als Ultraschalluntersuchung eines Organes verrechenbar.

8.3.2. Pos. 595 - Ultraschalluntersuchung bei Schwangerschaft:

Für FÄ für Gynäkologie verrechenbar bei:

Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische praenatale Kindeslage, Plazenta praevia, unklarer Geburtstermin bei unbekannter letzter Regelblutung, Verdacht auf Missbildung der Frucht zu jeder Schwangerschaftszeit, Mehrlingsschwangerschaft, Missverhältnis Fruchtgröße zu Gestationszeit - suspekter Wachstumsretardierung.

8.3.3. Die Ultraschalluntersuchung ist nur für eigene Patienten verrechenbar; es ist jeweils das untersuchte Organ bzw. die untersuchte Organgruppe sowie der ausdrückliche Vermerk "Ultraschalluntersuchung" anzuführen. Bei Zuweisungen von Fachärzten, die keine Ultraschalluntersuchungen durchführen können, zu Fachärzten desselben Fachgebietes, die Ultraschalluntersuchungen vornehmen können, ist nur die jeweilige Ultraschall-Sonderleistung verrechenbar; eine Ordinationshonorierung fällt bei diesen Fällen nicht an.

Für die Ultraschalluntersuchung bei Schwangerschaft ist auch die Diagnose im Sinne Pkt. 8.3.2. anzuführen.

- 8.3.4. Ergibt die Ultraschalluntersuchung einen pathologischen Befund, so ist dies mittels Polaroid-Filmen oder gleichwertiger Abbildungssysteme zu dokumentieren.
- 8.3.5. Ultraschalluntersuchungen nach Doppler dürfen nicht verrechnet werden.
- 8.3.6. Mit dem Tarif (Honorar plus Unkosten) sind sämtliche erforderliche Nebenleistungen bei der Durchführung der Ultraschalluntersuchungen (z. B. Dokumentationskosten, Kosten für Koppelmittel, etc.) abgegolten.

8.4. Pos. 593 – Bidirektionale dopplersonographische Untersuchung der extra- und intrakraniellen Arterien

Diese Position ist einschließlich Frequenzanalyse, Dokumentation und Beurteilung nur bei pathologischem Befund der Basisuntersuchung (Pos. 847) oder bei spezieller klinischer Fragestellung verrechenbar.

Indikationen:

- a) Abklärung der cerebrovaskulären Insuffizienz: TIA, Insult Stenosen; Flussanomalien der basilaris u. terminalen Vertebralis.
- b) Abschätzung der OP-Indikationen bei extracraniellen Stenosen.
- c) Gefäßmalformationen
- d) Diff. Diagnostik: vaskuläre degenerative Demenzen
- e) Vasculitis (Hirndruck, Stillstand, Spasmus: klinischer Bereich).

9. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Echokardiographie und Doppler-Echokardiographie

Die Echokardiographie und die Doppler-Echokardiographie kann nur von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Zusatzfach Kardiologie oder mit einem den Richtlinien der Österreichischen Cardiologischen Gesellschaft entsprechenden Ausbildungsnachweis verrechnet werden.

10. Pos. 354 - CTG (Cardiotokographie)

- 10.1. Verrechenbar von FÄ für Gynäkologie bei einer Untersuchungsdauer von mindestens 20 min. mit Dokumentation und bei folgenden Indikationen:

- a) Verdacht auf gestörte respiratorische Funktion der Placenta (festgestellte Herztonalterationen, Wachstumsretardierung, EPH-Gestose, Diabetes Mellitus, Geburtsterminüberschreitung nach Amnioskopie und bei sonographisch begründbarem Verdacht einer fetalen Gefährdung).
- b) Verdacht auf drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehentätigkeit) sowie fraglicher Wehentätigkeit ab der 37. Schwangerschaftswoche.
- c) Mehrlingsschwangerschaften.

10.2. Für die Verrechnung der CTG ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

11. Pos. 495 - Beratung bei kindlichen psychosomatischen Beschwerden

11.1. Die Pos. 495 ist nur von FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde bei einer Untersuchungsdauer von mind. 20 min. verrechenbar.

11.2. Die Berechtigung der Verrechnung der Pos. 495 ist an die Vorlage des ÖÄK-Diploms für Psychosomatische Medizin gebunden.

12. Pos. 580 - 24-Stunden-EKG

Der Umfang der 24-Stunden-EKG-Untersuchung umfasst alle Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind, insbesondere das Anlegen und die Abnahme des Speichergerätes, Auswertung und Befunderstellung.

13. Sonderbestimmungen und Erläuterungen für FÄ für Neurologie

Die Pos. 296, 311, 313, 314, 316, 525, 526, 527, 593 und 847 sind vom einzelnen Vertragsarzt für Neurologie in den jeweils pro Position angeführten Prozentsätzen pro Quartal verrechenbar. Darüber hinaus ist eine Überschreitung der jeweiligen Prozentsätze durch den einzelnen Vertragsarzt bis zum erbrachten Ausmaß möglich, insgesamt sind die verrechenbaren Leistungen jedoch mit den für die Fachgruppe der Neurologen angeführten Prozentsätzen pro Position und Quartal begrenzt.

PSYCHOTHERAPIE

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
337	Psychotherapeutische Medizin, Dauer der Sitzung 25 Minuten (nicht gemeinsam mit Pos. 316, 317, 318 verrechenbar; siehe Erläuterungen zu Abschnitt II/A)	36,57
338	Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe pro Patient, Mindestaufwand 90 Minuten (max. 10 Patienten pro Sitzung) (nicht gemeinsam mit Pos. 316, 317, 318 verrechenbar; siehe Erläuterungen zu Abschnitt II/A)	16,00
339	Psychotherapeutische Medizin, Dauer der Sitzung 50 Minuten (nicht gemeinsam mit Pos. 316, 317, 318 verrechenbar; siehe Erläuterungen zu Abschnitt II/A)	73,17

Die Verrechnung der Pos. 015 (Ordination) ist bei der ersten psychotherapeutischen Sitzung möglich.

PSYCHOTHERAPIE
ERLÄUTERUNGEN

1. Fachliche Voraussetzung:

Voraussetzung für die Verrechenbarkeit von Psychotherapien ist der Nachweis eines Psy-III-Diploms oder die Eintragung in die Psychotherapeutenliste. Die Nachweise sind den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) und der Ärztekammer für Steiermark vorzulegen.

2. Psychotherapie ist von folgenden Ärztegruppen verrechenbar:

Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie (Limit: 200 Stunden/Quartal)

Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (Limit: 200 Stunden/Quartal)

Fachärzte für Psychiatrie (Limit: 200 Stunden/Quartal)

Fachärzte für Neurologie (Limit: 200 Stunden/Quartal)

Ärzte für Allgemeinmedizin (Limit: 120 Stunden/Quartal)

Allgemeine Fachärzte (ohne FÄ für Radiologie und Labormedizin) (Limit: 120 Stunden/Quartal)

Die Gruppentherapie ist auf das Limit nicht anzurechnen.

3. Chefärztliche Bewilligung:

Ab der 11. Behandlung (unabhängig davon ob es sich um eine 25- oder 50-minütige Therapie handelt) ist die Bewilligung des Krankenversicherungsträgers erforderlich.

4. Zuweisungen

Ärzte, die die fachliche Voraussetzung (Psy-III-Diplom bzw. Eintragung in die Psychotherapeutenliste) für die Verrechenbarkeit der psychotherapeutischen Medizin (Pos. 337, 338, 339) nicht erfüllen, sind berechtigt, zum Zwecke der Durchführung dieser Leistungen, Zuweisungen auch innerhalb der gleichen Fachgruppe vorzunehmen.

TARIFE FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
530	Dezimeter-Mikrowelle	3,22
531	Faradisation	2,21
532	Galvanisation (Quergalvanisation), Schwellstrom	2,21
533	Jontophorese	2,53
534	Hochfrequenz (verrechenbar nur für FÄ für Neurologie)	2,43
535	Anwendung von Wärmebestrahlungslampen (Sollux-, Vitalux-, Profunduslampen)	2,02
536	Chromotherapie (Rot-Blau Licht)	2,02
537	Quarzlichtbestrahlung (Quecksilber und Höhensonne)	2,02
538	Heißluft - Teil(Kopf)lichtbad	2,02
539	Manuelle Massage	5,02
540	Pneumomassage des Trommelfelles (verrechenbar nur für FÄ für HNO-Krankheiten)	1,28
541	Extensionsbehandlung (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	
	a) Quengeln	3,01
	b) Glissonscheibe	3,01
542	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	2,53
543	Exponentialstrom (verrechenbar nur für FÄ für Neurologie)	3,54
544	Mittelfrequenztherapie; Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom	3,01
545	Therapeutischer Ultraschall (Mindesttherapiedauer 10 Minuten)	4,80

PHYSIKOTHERAPIE
ERLÄUTERUNGEN

1. Physikalische Behandlungen können nur von Vertrags(fach)ärzten verrechnet werden, die von den Krankenversicherungsträgern hierfür eine schriftliche Genehmigung besitzen. Für jede Leistungsart ist eine Genehmigung erforderlich.
2. Für die Durchführung der physikalischen Behandlung müssen die den einschlägigen Vorschriften entsprechenden Einrichtungen vorhanden sein.
3. Die Anträge nach Pkt. 1 sind im Wege über die Ärztekammer einzureichen, welche die fachlichen Voraussetzungen des Bewerbers prüft.
4. Innerhalb eines Kalendervierteljahres können zehn Behandlungen je Behandlungsart ohne Vorbewilligung verabfolgt werden. Sind mehr als zehn Behandlungen erforderlich, so ist die chefärztliche Bewilligung mittels des Formblattes VP 31 einzuholen.
5. Innerhalb eines Kalendervierteljahres können acht manuelle Massagen ohne Vorbewilligung verabfolgt werden. Sind mehr als acht Behandlungen erforderlich, so ist die chefärztliche Bewilligung mittels des Formblattes VP 31 einzuholen.
6. Zur Ordinationshonorierung bei Serienbehandlungen - siehe Erläuterung Abschnitt I, Pkt. 1.2.

RÖNTGENTARIF FÜR ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Röntgentarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte
(ausgenommen Fachärzte für Lungenkrankheiten)Durchleuchtungen

550	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	2,57
551	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei (einschließlich Kontrastmittel)	4,64
552	Irrigoskopie (einschließlich Kontrastmittel)	5,32

Aufnahmen

553	Filmgröße 9 x 12	2,57
554	Filmgröße 13 x 18	3,24
555	Filmgröße 18 x 24	3,76
556	Filmgröße 15 x 40	4,11
557	Filmgröße 24 x 30	4,64
558	Filmgröße 30 x 40	5,65
559	Filmgröße 35 x 35	6,86
560	Zahnfilm, je	2,04
561	Buckybestrahlung (verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie) pro Sitzung	6,16

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Röntgentarif für Fachärzte für Lungenkrankheiten

570	Durchleuchtung der Lunge	4,95
571	Filmgröße 9 x 12	3,76
572	Filmgröße 13 x 18	4,64
573	Filmgröße 18 x 24	5,46
574	Filmgröße 15 x 40	5,99
575	Filmgröße 24 x 30	6,50
576	Filmgröße 30 x 40	8,54
577	Filmgröße 35 x 35	9,95
578	BV + FS Zuschlag zur Durchleuchtung	3,34

RÖNTGENTARIFE FÜR ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINE FACHÄRZTE
ERLÄUTERUNGEN

1. Röntgendiagnostische Leistungen können von Vertrags(fach)ärzten nur verrechnet werden, wenn sie eine von den Krankenversicherungsträgern erteilte Genehmigung besitzen.
2. Ein Vertrags(fach)arzt kann nur auf einem bestimmten Teilgebiet bzw. in seinem Fachgebiet Röntgendiagnostik betreiben, für das er die fachliche Eignung nachzuweisen hat.
3. Vertrags(fach)ärzte, die eine Genehmigung nach Pkt. 1 besitzen, können Röntgenleistungen nur für in eigener Behandlung oder Untersuchung stehende Patienten verrechnen. Sie sind nicht berechtigt, Röntgendiagnostik aufgrund von Zuweisungen zu betreiben, ausgenommen Zuweisungen für die Versorgung dringender Fälle.
4. Der Antrag zur Erteilung einer Genehmigung nach Pkt. 1 ist bei der Ärztekammer für Steiermark einzureichen. Die Kammer überprüft die fachlichen Voraussetzungen und gibt ihre Stellungnahme unter Berücksichtigung der für das Fachgebiet der Radiologie von der Österreichischen Ärztekammer ausgearbeiteten einschlägigen Richtlinien ab.
5. Die technische Einrichtung muss den jeweils geltenden Bestimmungen der Österreichischen Ärztekammer entsprechen.
6. Anspruch auf Honorierung einer Röntgenleistung besteht nur dann, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Die Unterlagen sind durch drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen dem Krankenversicherungsträger zur Verfügung zu stellen.
7. Die Verrechnung der Pos. 578 (Zuschlag für dosissparende Durchleuchtung, BV + FS Zuschlag) durch Fachärzte für Lungenkrankheiten ist nur möglich, wenn den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) die entsprechende apparative Ausstattung nachgewiesen wird.

MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN
DER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
----------	-------------------	------

=====

Morphologische Blutuntersuchungen

020	Kompletter Blutbefund: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex, Differentialzählung	27
021	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errech- nung des HbE bzw. des Färbeindex	14
022	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung	18
023	Leukozytenzählung	9
024	Differentialzählung	8
025	Erythrozytenzählung	7
026	Hämoglobin-Bestimmung (photometrisch)	3
027	Hämatokrit-Bestimmung	12

Chemische Untersuchungen des Blutes

030	Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch; ST	16
x 031	Blutzucker-Belastungskurve oder -Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzucker- bestimmungen, qual. und quant., o-Toluidin oder enzymatisch)	49

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
x 032	Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff (BUN-Blood Urea Nitrogen)- oder RN - (Reststickstoff)-Bestimmung, quant.i.S. (photometrisch)	18
x 033	Thymoltrübungsreaktion	10
x 034	Gesamtbilirubin i.S.	11
x 035	Harnsäure	26
x 036	Kreatinin quant.i.S.	18
x 037	Gesamtcholesterin quant.i.S.	27
x 038	HDL-Cholesterin und/oder LDL-Cholesterin (Berechnung)	27
 <u>Enzyme</u>		
x 040	Alpha-Amylase (Diastase) quant.i.S. (photometrisch)	14
x 041	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) (UV-Test)	27
x 042	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) (UV-Test)	27
x 043	Saure Phosphatase, gesamt oder tartrat-gehemmt, quant.i.S.	27
x 044	Alkalische Phosphatase quant i.S. (UV-Test)	27
x 045	CK (Creatin-Kinase) (UV-Test)	23
x 046	Gamma-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	33

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
=====		

Blutgerinnung

x 050	Thrombotest oder Quicktest oder PTZ	28
-------	-------------------------------------	----

Blutsenkung

055	Blutsenkung (einschließlich Abnahme)	18
056	Mikrosenkung (einschließlich Abnahme)	18

Harnuntersuchungen

060	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant., Urobilinogen und Sediment, Reaktion, spez. Gewicht, makroskopische Beschrei- bung; ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite und Ketonkörper; ST	13
061	Sediment nativ	7
062	Harn auf Eiweiß; ST	6
063	Harn auf Zucker; ST	6
064	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweißbestimmung qual. ev.quant., spez. Gewicht, Azeton; ST	6
065	Alpha-Amylase (Diastase) quant.	12
066	Harn auf Blut qual.; ST	4
067	Uricult (verrechenbar nur für FÄ für Urologie und Kinder- und Jugendheilkunde)	18

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
=====		

Sputumuntersuchungen

070	Sputum komplett: Makroskopische Beschreibung, Nativ- präparat, Gram, Ziehl-Neelson oder Auraminfärbung o.Ä. mit Anreicherung	6
-----	---	---

Stuhluntersuchungen

080	Stuhl nativ und auf Blut	9
081	Stuhl auf Würmer und Wurmeier mit Anreicherung	9

Untersuchungen von Punktionsflüssigkeiten

085	Spezifisches Gewicht	3
086	Rivalta	3

Untersuchungen von Sekreten der
Geschlechtsorgane

090	Sekretabstrichuntersuchung auf Trichomonaden und Go, erste Stelle	13
091	Sekretuntersuchung auf venerische Erkrankungen inkl. Färbemethoden, Gram-Doppelfärbung (verrechenbar nur für FÄ für Dermatologie)	16

Siehe Erläuterungen Abschnitt V/A – C

MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN
DER FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.

Morphologische Blutuntersuchungen

600	Kompletter Blutbefund: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex, Differentialzählung	27
601	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex	14
602	Retikulozytenzählung	9
603	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung	18
604	Leukozytenzählung	9
605	Hämatokrit-Bestimmung	12

Chemische Untersuchungen des Blutes

610	Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch; ST	16
611	Blutzucker-Belastungskurve oder Ta- gesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, qual. und quant., o-Toluidin oder enzymatisch)	49
612	Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff (BUN- Blood Urea Nitrogen) oder RN- (Rest- stickstoff)-Bestimmung, quant.i.S. (photometrisch)	18

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
=====		
613	Gesamteiweiß-Bestimmung quant.i.S. (refraktometrisch oder photometrisch)	23
614	Weltmann (Koagulationsband) (nicht zur Leberdiagnostik)	16
615	Thymoltrübungsreaktion	10
616	Kalium quant.i.S. (nicht kolorimetrisch)	16
617	Kalzium quant.i.S.	16
618	Phosphor anorganisch, quant.i.S. (photometrisch)	16
619	Gesamtbilirubin i.S.	11
620	Gesamtbilirubin und direktes-, Be- stimmung des -s, qual. und quant.i.S.	18
621	Gesamtlipide quant. i.S.	27
622	Triglyceride (Neutralfett) quant.i.S.	32
623	Gesamtcholesterin quant.i.S.	27
624	Harnsäure	26
625	Kreatinin quant.i.S.	18
626	HBA 1c (verrechenbar bei Diabetes 1 x pro Patient und Quartal)	51

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
628	HDL-Cholesterin und/oder LDL-Cholesterin (Berechnung)	27
	<u>Enzyme</u>	
640	Alpha-Amylase (Diastase) quant.i.S. (photometrisch)	14
641	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) (UV-Test)	27
642	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) (UV-Test)	27
643	Saure Phosphatase, gesamt oder tartratgehemmt, quant.i.S.	27
644	Alkalische Phosphatase quant.i.S. (UV-Test)	27
645	CK (Creatin-Kinase) - UV-Test	23
646	Gamma GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	33
	<u>Blutgerinnung</u>	
650	Gerinnungszeitbestimmung	9
651	Blutungszeit-Bestimmung	6
652	Thrombozyten-(Kammer)-Zählung	7
653	Thrombotest oder Quicktest oder PTZ	28
	<u>Blutsenkung</u>	
660	Blutsenkung einschließlich Abnahme	18
661	Mikrosenkung einschließlich Abnahme	18

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
----------	-------------------	------

Harnuntersuchungen

662	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant., Urobilinogen und Sediment, Reaktion, spez. Gewicht, makroskopische Beschreibung; ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite und Ketonkörper; ST	13
663	Sediment nativ	7
664	Harn auf Eiweiß; ST	6
665	Harn auf Zucker; ST	6
666	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweißbestimmung qual. ev. quant., spez. Gewicht, Azeton; ST	6
667	Alpha-Amylase (Diastase) quant.	12
668	Harn auf Blut qual.; ST	4

Magensaftuntersuchungen

670	Fraktionierte Magensaftuntersuchung mit der Ph-Sonde: Nüchtern- und Reizsekret, einschließlich Ausheberung, mindestens sechs Fraktionen	37
-----	--	----

Duodenalsaftuntersuchungen

671	Gallenblasenreflex, Prüfung des -es, A- und B-Galle auf Bilirubin direkt, Sediment nativ, Lamblien, Gramfärbung, einschließlich Einführung der Duodenalsonde	41
-----	--	----

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
=====		

Stuhluntersuchungen

675	Stuhluntersuchung: Makroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke; Muskelfasern), Blut Parasiten	18
-----	---	----

676	Stuhl nativ und auf Blut	9
-----	--------------------------	---

677	Stuhl auf Würmer und Wurmeier mit Anreicherung	9
-----	---	---

Funktionsproben

680	Bromsulphalein-(Bromthalein) Test	27
-----	-----------------------------------	----

681	Phenolrotprobe (PSP-/Phenolsul- phophtalein/-Test)	27
-----	---	----

Untersuchungen von Punktionsflüssigkeiten

685	Spezifisches Gewicht	3
-----	----------------------	---

686	Rivalta	3
-----	---------	---

687	Sediment nativ	3
-----	----------------	---

Siehe Erläuterungen Abschnitt V/A - C

MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN
DER FACHÄRZTE FÜR MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORMEDIZIN

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
<u>Morphologische Blutuntersuchungen</u>		
700	Kompletter Blutbefund: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex, Differentialzählung	5,02
701	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Messung des Haemoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex	2,52
702	Erythrozytenzählung	2,05
703	Hämoglobin-Bestimmung (photometrisch)	1,13
704	Retikulozytenzählung	1,72
705	Osmotische Resistenz der Erythrozyten, Bestimmung der Erythrozyten	4,68
706	Malariaplasmodien, Untersuchung auf - (Ausstrich, dicker Tropfen)	3,73
707	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung Beurteilung	3,38
708	Leukozytenzählung	1,72
709	Sternalpunktat, Untersuchung des -es: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung	10,28
710	Hämatokrit-Bestimmung	2,29

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	<u>Chemische Untersuchungen des Blutes</u>	
713	Fructosamine (nicht gleichzeitig mit Pos. 714-HbA 1c-verrechenbar)	4,68
714	HbA 1c (verrechenbar bei Diabetes 1 x pro Patient und Quartal)	9,35
715	Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch	3,02
716	Blutzucker-Belastungskurve oder Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzucker- bestimmungen, qual. und quant. o-Toluidin oder enzymatisch)	9,11
717	Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff (BUN-Blood Urea Nitrogen) - oder RN-(Reststickstoff)- Bestimmung quant.i.S. (photometrisch)	3,38
718	Harnsäure quant.i.S.	4,71
719	Indikan quant.i.S.	2,43
720	Kreatinin quant.i.S.	3,40
721	Gesamteiweiß-Bestimmung quant.i.S. (refraktometrisch oder photometrisch)	3,38
722	Elektrophorese zur quantitativen Bestimmung der Eiweißfraktionen einschließlich Gesamteiweißbestimmung	10,28
723	Weltmann (Koagulationsband) (nicht zur Leberdiagnostik)	2,82
724	Thymoltrübungsreaktion	1,39
726	Triglyceride (Neutralfett) quant.i.S.	5,89
727	Gesamtcholesterin quant.i.S.	5,02
728	Kalium quant.i.S. (nicht kolorimetrisch)	2,88
729	Natrium quant.i.S. (nicht kolorimetrisch)	3,92

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
730	Kalzium quant.i.S.	2,88
731	Magnesium quant.i.S.	4,68
732	Phosphor anorganisch, quant.i.S. (photometrisch)	2,88
733	Eisen quant.i.S.	6,05
734	Transferrin	10,35
735	Gesamt-Bilirubin und direktes-, Bestimmung des -s, qual. und quant.i.S.	3,38
736	Lithium quant.i.S. (nicht kolorimetrisch)	3,56
738	PBI-Untersuchung (Proteingebundenes Jod)	11,20
741	Lipase i.S.	4,85
742	Standard-Bikarbonat (Alkalireserve)	5,62
743	HDL-Cholesterin (Heavy dense lipoprotein cholesterin)	5,42
744	Fettstatus (Triglyceride, Gesamt-Cholesterin und HDL-Cholesterin)	15,68
745	Pankreasblock (Alpha-Amylase i.S. und im Harn, Lipase i.S.)	13,79
<u>Enzyme</u>		
750	Alpha-Amylase (Diastase) quant.i.S. (photometrisch)	2,52
751	Saure Phosphatase, gesamt oder tartratgehemmt, quant.i.S.	5,02
752	Alkalische Phosphatase quant.i.S. - UV-Test	5,02

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
753	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) - UV-Test	4,21
754	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) - UV-Test	4,21
755	LDH (Lactatdehydrogenase) - UV-Test	5,02
756	"LAP" ("Leucin-Aminopeptidase") Aminosäurearylamidase	5,62
757	Cholinesterase quant. i.S. (photometrisch)	5,02
758	Gamma-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	6,09
759	CK (Creatin-Kinase) - UV-Test	4,19
760	GIDH (Glutamat-Dehydrogenase) - UV-Test	5,13
761	Leberblock (Gesamt-Bilirubin und direktes -, Bestimmung des -s, qual. und quant.i.S. GPT, Gamma -GT und Cholinesterase)	18,66
762	Alpha-HBDH (Lactatdehydrogenase 1 Isoenzym)	5,62
<u>Serologische Untersuchungen des Blutes</u>		
764	Rheumablock (Latex RF-(Rheumafaktor)-Test, Latex-ASL-(Antistreptolysin) Test und C-reaktives Protein (CRP)	14,01
765	Latex RF-(Rheumafaktor)-Test	4,68
766	Latex-ASL-(Antistreptolysin)-Test	4,68
767	C-reaktives Protein (CRP)	4,68
768	VDRL Lipoid-Antigentest auf Lues	4,68
769	Rötet-Antikörper-Titer (Mutter-Kind-Pass)	9,35
790	Bestimmung der Immunglobuline, IgG, A, M und E im Serum/pro Bestimmung	11,20

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
791	Bestimmung der Chlamydia AK im Serum	11,20
792	Modifizierter Paul-Bunnet-Test "Monosticon" im Serum	3,07
793	Fibrinogen i.S.	5,62
794	HBs-Antigen	9,07
<u>Blutgerinnung</u>		
770	Gerinnungszeitbestimmung	1,72
771	Blutungszeit-Bestimmung	1,04
772	Thrombozyten-(Kammer)-Zählung	1,35
773	Prothrombinzeit-Bestimmung	2,02
774	Plasmathrombinzeit (PTZ) Partielle Thromboplastinzeit (PTT) je	5,62
<u>Blutgruppenbestimmung</u>		
775	Blutgruppenbestimmung: ABO-System mit Untergruppen	5,62
776	Rhesusfaktor	4,68
778	PSA (Prostata-spezifisches Antigen) verrechenbar in folgenden Fällen: 1. Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern mit hohem Risiko für ein Prostatakarzinom (erstgradige Verwandte mit Prostatakarzinom, familiäre Häufung) 2. Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern bei bekannter oder Verdacht auf BRCA 1/2 Mutation 3. Bei Nachweis eines Hypogonadismus vor einer Testosteronsubstitution 4. Unter Testosteronsubstitution (in ersten Jahr halbjährlich und anschließend jährlich) 5. Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom 6. Abnormale digital-rektale Untersuchung bzw. konkreter Krebsverdacht (z.B. tastbarer Knoten) 7. Ab dem 50. Lebensjahr einmal jährlich	16,57

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Zuweisung nur durch Fachärzte für Urologie

Blutsenkung

780	Blutsenkung einschließlich Abnahme	2,82
-----	------------------------------------	------

781	Mikrosenkung einschließlich Abnahme	3,38
-----	-------------------------------------	------

Harnuntersuchungen

782	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant. Urobilinogen und Sediment, Reaktion spez. Gewicht, makroskopische Beschreibung ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite (ST) und Ketonkörper	2,34
-----	--	------

783	Harn auf Eiweiß quant.	0,95
-----	------------------------	------

784	Harn auf Zucker quant.	0,95
-----	------------------------	------

785	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweiß- bestimmung qual. ev. quant., spez. Gewicht Azeton	1,04
-----	--	------

786	Porphyrin im Sammelharn, qual.	2,05
-----	--------------------------------	------

787	Alpha-Amylase (Diastase) quant.	2,19
-----	---------------------------------	------

788	Natrium quant.	1,13
-----	----------------	------

789	Chloride quant.	1,13
-----	-----------------	------

Konkrementuntersuchungen

795	Harnkonkrement-Analyse	5,13
-----	------------------------	------

Sputumuntersuchungen

800	Sputum komplett: Makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelson oder Auraminfärbung o.Ä. mit Anreicherung	4,68
-----	---	------

801	Elastische Fasern Untersuchung auf	0,95
-----	------------------------------------	------

Stand: 01.01.2021

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Magensaftuntersuchungen

803	Fraktionierte Magensaftuntersuchung: Nüchtern- und Reizsekret, einschließlich Ausheberung, mindestens sechs Fraktionen	7,12
804	Fraktionierte Magensaftuntersuchung mit der Ph-Sonde: Nüchtern- und Reizsekret, einschließlich Ausheberung, mindestens sechs Fraktionen	6,74
805	Milchsäure qual.	0,67
806	Gastrotest	3,25

Duodenalsaftuntersuchungen

807	Gallenblasenreflex, Prüfung des -es, A- und B-Galle auf Bilirubin direkt, Sediment nativ, Lamblien, Gramfärbung einschließlich Einführung der Duodenalsonde	7,60
808	Alpha-Amylase (Diastase) quant. einschließlich Einführung der Duodenalsonde	4,68

Stuhluntersuchungen

810	Stuhluntersuchung: Makroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten	3,38
811	Stuhl auf Nahrungsreste (mikroskopisch)	1,86
812	Stuhl nativ und auf Blut	1,72
813	Stuhl auf Amöben	1,86
814	Stuhl auf Würmer und Wurmeier mit Anreicherung	1,72

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Funktionsproben

820	Galaktosebelastungsprobe mit Bestimmung der Galaktosegesamtausscheidung im Harn	2,90
821	Bromsulphalein (Bromthalein)Test	5,02
822	Thorntest	6,45
823	Verdünnungs- und Konzentrationsversuch nach Volhard (14 Messungen der Menge und der spez. Gewichte)	4,34
824	Phenolrotprobe (PSP-(Phenolsulphophtalein-) Test)	5,02

Liquoruntersuchungen

830	Liquor komplett: Makroskopische Beschreibung, Zellzahl, Pandy, Nonne Apelt, Mastix oder Goldsol, ev. Färbepreparat, Gesamteiweiß	5,44
831	Glucose im Liquor quant., o-Toluidin oder enzymatisch	5,31
832	Goldsol	5,31
833	Mastix	5,31
834	Pandy	0,58
835	Nonne-Apelt	0,58
836	Zellzahl	0,58
837	Gesamteiweiß quant. (photometrisch)	5,31

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

Untersuchungen von Punktionsflüssigkeiten

840	Punktionsflüssigkeit komplett: Makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, Rivalta, spez. Gewicht, Gram, Ziehl-Neelson, o.Ä. mit Anreicherung	5,62
841	Sediment nativ	0,51
842	Rivalta	0,51
843	Spezifisches Gewicht	0,51

Untersuchungen von Sekreten der Geschlechtsorgane

845	Sekretabstrichuntersuchung auf Tricho- monaden und Go, erste Stelle	2,13
-----	--	------

Schwangerschaftsreaktion

850	Immunologischer Schwangerschaftstest	10,28
-----	--------------------------------------	-------

Nuklearmedizinische in vitro-Untersuchungen

853	FT 3	14,96
854	TSH	14,96
855	T4-Test (vierfach jodiertes Thyroxin)	11,20
856	ETR (effective thyroxine ratio)	11,20
857	T 3	11,20
858	FT 4	14,02
859	Ferritin i.S.	14,02

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

=====

EKG-Untersuchungen

860	EKG in Ruhe	4,51
861	Unipolare Extremitätenableitungen	2,50
862	Thorakale Ableitungen nach Wilson (mindestens sechs Ableitungen)	5,50
863	EKG in Ruhe und nach Arbeit	6,17

Blutentnahmen

870	Blutentnahme	2,19
871	Blutentnahme bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	2,99

Besuchszuschläge

890	Zuschlag für Blutentnahme am Krankenbett durch Arzt	17,16
891	Zuschlag für Blutentnahme am Krankenbett durch MTA	8,61

Fixes Wegegeld zu 890 und 891

4,42

892	Manipulationsgebühr für die Weiterleitung von Untersuchungsmaterial (verrechenbar für FÄ für Labormedizin in 5 % der Behandlungsfälle) Der Vertragsarzt hat die Zuweisung im Rahmen seines Vertrages zu erfüllen. Darüber hinaus verlangte Leistungen können unter Verrechnung einer Manipulations- gebühr zu einem geeigneten Vertragspartner der steirischen § 2-Kassen weitergeleitet werden, zu einer außersteirischen Laboreinrichtung nur dann, wenn diese Leistung im Bundes- land Steiermark überhaupt nicht erbracht werden kann. Eine zusätzl. Verrechnung von Portokosten bei dieser Pos. ist nicht möglich.	1,11
-----	---	------

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

968	VU-Laborblock (Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride) für Männer (siehe Pkt. 4.9. der Erläuterungen zu Abschnitt V/A-C)	12,64
969	VU-Laborblock (Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride) für Männer (siehe Pkt. 4.9. der Erläuterungen zu Abschnitt V/A-C)	11,90
975	VU-Laborblock (Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride, rotes Blutbild) für Frauen (siehe Pkt. 4.9. der Erläuterungen zu Abschnitt V/A-C)	14,93
977	VU-Laborblock (Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride, rotes Blutbild) für Frauen (siehe Pkt. 4.9. der Erläuterungen zu Abschnitt V/A-C)	13,27

MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN
ERLÄUTERUNGEN

1. Allgemeines

- 1.1. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung von Laboruntersuchungen nötigen Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe, usw. sowie die erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten.
- 1.2. Mittels Schnelltest (Streifen, Stäbchen, Tabletten) durchgeführte Bestimmungen sind nach diesen Tarifen nicht verrechenbar, ausgenommen "ST" bezeichnete Positionen. Bei Verwendung von Streifen ist jeweils ein adäquater oder höherwertiger Streifen anzuwenden.
- 1.3. Die getätigten Laboruntersuchungen sind unter Verwendung des im Tarifverzeichnis angeführten Zeichenschlüssels (Tarifposition) in die Datumsrubriken des Verrechnungsteiles des Behandlungsscheines einzutragen.

Die in Rechnung gestellte Tarifposition muss den Zusammenhang mit der am Krankenkassenscheck (Überweisung) angeführten Diagnose erkennen lassen. In Zweifelsfällen oder bei unvollständiger Eintragung der Laboruntersuchungen werden die Verrechnungsunterlagen dem Vertragsarzt zur Verfügung gestellt bzw. werden die Laboruntersuchungen nach den jeweils niedrigeren Tarifpositionen honoriert.

- 1.4. Kombinationen von Einzeluntersuchungen dürfen in ihrer Honorarsumme den Tarifbetrag, der die betreffenden einzelnen Untersuchungen zusammenfasst, nicht übersteigen.
- 1.5. Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Die Unterlagen müssen durch drei Jahre aufbewahrt werden und sind auf Verlangen dem Krankenversicherungsträger zur Verfügung zu stellen.

1.6. Laborgemeinschaften

1.6.1. Anmeldung

Laborleistungen der Abschnitte V/A (Allgemeinmediziner und allgemeine Fachärzte) sowie V/B (Internisten) der Honorarordnung können auch über Laborgemeinschaften erbracht werden.

Die Teilnahme an einer Laborgemeinschaft ist der Kasse zu melden. Die Verrechnung kann frühestens jeweils mit Beginn jenes Quartals einsetzen, in welchem die Übermittlung der entsprechenden Unterlagen nachweislich erfolgt, sofern diese spätestens am 20. des zweiten Monats dieses Quartals beim Geschäftsausschuss der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger einlangen.

Die Verrechnung kann erfolgen, wenn nicht von der Ärztekammer oder von der Kasse innerhalb von 14 Tagen nach Einlangen der Anmeldung eine Ablehnung erfolgt.

Die Kasse benötigt für die Prüfung der Berechtigung vom Leiter der Laborgemeinschaft einmalig den Nachweis über die in der Laborgemeinschaft verwendeten Geräte. Dazu sind folgende Nachweise vorzulegen:

- Rechnung samt Zahlungsbestätigung (beim Kauf des Gerätes) o d e r
- Leasingvertrag (bei Leasinggeräten) o d e r
- Übernahmebestätigung (bei Geräten, die übernommen wurden) u n d
- Gerätebeschreibung

Jeder Gerätewechsel ist der Kasse unverzüglich durch den Betreiber der Laborgemeinschaft schriftlich mitzuteilen.

Eine Berechtigung zur Teilnahme an der Laborgemeinschaft ist zu erteilen, sofern alle Bedingungen laut diesen Bestimmungen erfüllt sind, die Anmeldung zum Rundversuch oder die Bestätigung über die Teilnahme am letzten Rundversuch beigelegt ist.

1.6.2. Qualitätssicherung

Für die Laborgemeinschaften sind folgende Maßnahmen verpflichtend einzuhalten und darüber Aufzeichnungen zu führen, die auf Verlangen von der Kasse eingesehen werden können und dieser zur Verfügung zu stellen sind:

a) Verpflichtung zur internen Qualitätssicherung

Der Leiter der Laborgemeinschaft ist für die Laborgemeinschaft zur internen Qualitätssicherung und deren Dokumentation verpflichtet. Er hat dabei ein Qualitätssicherungssystem zu implementieren und die arbeitsmedizinischen sowie sicherheitstechnischen Auflagen zu erfüllen. Entsprechend den Empfehlungen der Gerätehersteller hat die regelmäßige Kalibrierung und Überprüfung der Messgenauigkeit des Analyseverfahrens zu erfolgen.

Der Kasse ist über Ersuchen ein geeigneter Nachweis zu erbringen.

b) Verpflichtung zur externen Qualitätssicherung

Der Leiter der Laborgemeinschaft ist verpflichtet, regelmäßig an der extern angebotenen Qualitätssicherung (Rundversuche) teilzunehmen. Wird dabei bei einem oder mehreren Parametern ein nicht akzeptables Ergebnis erzielt, verpflichtet sich der Laborleiter unverzüglich die Ursache aufzuklären und zu beheben.

Es gelten die Bestimmungen analog der Regelung der kleinen Kassen: Die Kasse erhält jedes Quartal eine Liste der Ärztekammer über die Teilnehmer am Rundversuch mit Datum, Name der Laborgemeinschaft und ausgewerteten Positionen. Nimmt eine Laborgemeinschaft am Rundversuch nicht teil, wird die Honorierung ausgesetzt, bis die Teilnahme am Rundversuch erfolgt. Die detaillierte praktische Umsetzung ist noch zwischen Kammer und Kasse zu vereinbaren.

c) Strukturqualität

Personalvoraussetzungen:

Die Laborleistungen müssen von berufsrechtlich befugten Fachkräften durchgeführt werden.

d) Prozessqualität

Jedes Mitglied der Laborgemeinschaft hat die vereinbarten qualitätssichernden Maßnahmen einzuhalten und dafür Sorge zu tragen, dass insbesondere die Blutproben nur in geeigneten Medien bzw. Röhrchen, einwandfrei gekennzeichnet und unter Einhaltung der entsprechenden Transportstandards weitergeleitet werden.

Alle Röhrchen/Probengefäße und Begleitscheine sind mit Namen des Patienten oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zum Patienten garantieren.

Folgende Auswertzeiten müssen von der Laborgemeinschaft eingehalten werden:

- a. In dringenden Fällen müssen die Ergebnisse während der Betriebszeiten der Laborgemeinschaft 30 Minuten nach Probeeingang dem einsendenden Arzt vorliegen, sofern es technisch und/oder organisatorisch möglich ist.
- b. Bei Probeabnahme während der Vormittagsordination müssen die Ergebnisse in der Regel am Abnahmetag spätestens jedoch Vormittag des nächsten Tages dem einsendenden Arzt vorliegen, sofern es technisch und/oder organisatorisch möglich ist.

e) Ergebnisqualität

Die Untersuchungsergebnisse (Befunde) sind ausschließlich vom Vertragsarzt patientenbezogen zu validieren. Die Befunde haben jedenfalls pro bestimmtem Parameter neben dem Untersuchungsergebnis den Normalwert bzw. Referenzwert auszuweisen. Pathologische Untersuchungsergebnisse sind speziell zu kennzeichnen und hervorzuheben.

Für jede Blutprobe, die in der Laborgemeinschaft erbracht wird, sind Aufzeichnungen mit folgendem Inhalt zu führen:

- Bezeichnung der Laborgemeinschaft
- Leistungsveranlassender Arzt

1.7. Schilddrüsendiagnostik

Bei der Anforderung bzw. Bestimmung von Schilddrüsenparametern (TSH, FT3, FT4) ist auf eine Stufendiagnostik Bedacht zu nehmen. Zur Eingangsdiagnostik ist primär bTSH zu bestimmen. Bei pathologischem Wert, bekannter Schilddrüsenerkrankung oder zur Therapieverlaufskontrolle ist die ergänzende Bestimmung von FT3 und FT4 vorzunehmen.

2. Honorierung der medizinisch-chemischen Laboruntersuchungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin)

- 2.1. Die Verrechnung der im Tarifverzeichnis Abschnitt V/A enthaltenen Laboruntersuchungen steht grundsätzlich allen Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten zu, mit Ausnahme der mit einem "x" bezeichneten Positionen.
- 2.2. Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde können über Anmeldung im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) die mit "x" gekennzeichneten Positionen verrechnen.

Anmeldungen sind im Wege über die Ärztekammer für Steiermark mittels eines aufgelegten Formblattes einzubringen. Die Verrechnung kann erfolgen, wenn nicht von der Ärztekammer oder den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) innerhalb von 14 Tagen nach Einlangen dieser Anmeldung bei den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) mittels eingeschriebenen Briefes eine Ablehnung erfolgt.

Die Verrechnung dieser Laboruntersuchungen kann jeweils mit Beginn des Quartals einsetzen, welches auf die Einbringung der Anmeldung folgt, sofern diese spätestens am 20. des Monats vor Beginn des Quartals, ab dem die Verrechnung beabsichtigt ist, bei den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) einlangt.

2.3. Die Voraussetzungen für die Verrechnung von erweiterten Laboruntersuchungen sind Folgende:

- a) Der Arzt muss für die von ihm durchgeführten Laboruntersuchungen mit den notwendigen Apparaturen ausgestattet sein.
- b) Dem Arzt muss, falls er die Untersuchung nicht selbst durchführt, eine ausgebildete Laborkraft zur Verfügung stehen.
- c) Von den Krankenversicherungsträgern kann die Teilnahme an Qualitätskontrollen verlangt werden. Wird eine solche Qualitätskontrolle vom Vertragsarzt abgelehnt oder nicht durchgeführt, so gilt dies als Verzicht auf die Verrechnungsmöglichkeit, die damit sofort erlischt.

- d) Wird bei zwei hintereinander durchgeführten Qualitätskontrollen festgestellt, dass die vom Vertragsarzt ermittelten Laborwerte unrichtig sind, erlischt die Verrechnungsmöglichkeit auf die Dauer eines Jahres, ab Beginn des Quartals, welches auf die Qualitätskontrolle folgt. Nach Ablauf dieser Frist kann der Vertragsarzt eine neue Anmeldung für die Verrechnung stellen.
- 2.4. Im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern werden in Anlehnung an die Empfehlungen der österreichischen Gesellschaft für klinische Chemie, die Mindestnormen für die entsprechende Einrichtung des Praxislaboratoriums mit Angabe der Photometer, die für diese Untersuchungen anerkannt werden, aufgestellt und in den Mitteilungen der Ärztekammer für Steiermark verlautbart.

2.5. Honorierung/Ärzte für Allgemeinmedizin

Die Honorierung der Laboruntersuchungen von Ärzten für Allgemeinmedizin erfolgt nach Punkten.

Die Berechnung des Laborhonorares für den einzelnen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgt in der Weise, dass pro Behandlungsfall im Quartal 10 Punkte mit einem Punktwert von € 0,1722, 10 Punkte mit einem Punktwert von € 0,0861 und jeder weitere Punkt mit einem Punktwert von € 0,0477 berechnet werden.

Die Summe aller mit € 0,1722 bzw. € 0,0861 honorierbaren Punkte ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der Behandlungsfälle mit jeweils 10.

2.6. Honorierung/allgemeine Fachärzte

Zur Honorierung der Laboruntersuchungen von allgemeinen Fachärzten sind die im Tarifverzeichnis enthaltenen Punktezahlen mit € 0,1964 zu multiplizieren. Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der abgestuften Honorierung der Sonderleistungen (siehe Honorarordnung Teil A, Pkt. IX).

3. Honorierung der medizinisch-chemischen Laboruntersuchungen der Fachärzte für Innere Medizin, Abschnitt V/B

- 3.1. Das Tarifverzeichnis Abschnitt V/B "Medizinisch-chemische Laboruntersuchungen der Fachärzte für Innere Medizin" gilt nur für Fachärzte für Innere Medizin. Laboruntersuchungen können nur verrechnet werden, wenn hierfür eine entsprechende Laborausstattung besteht. Die Krankenversicherungsträger können gemeinsam mit der Ärztekammer für Steiermark die Laboreinrichtung überprüfen.

- 3.2. Alle im Tarifverzeichnis Abschnitt V/B angeführten Laboruntersuchungen sind vom Vertragsfacharzt für Innere Medizin selbst zu erbringen, soweit er über die notwendige technische und personelle Ausstattung verfügt. Zuweisungen an den Facharzt für Innere Medizin nur zum Zwecke der Durchführung von Laboruntersuchungen sind zulässig; für solche Untersuchungen besteht kein Anspruch auf Ordinationshonorierung.
- 3.3. Für bestimmte Untersuchungen können Qualitätskontrollen vorgeschrieben werden. Wird eine solche Qualitätskontrolle abgelehnt oder nicht durchgeführt, so gilt dies als Verzicht auf die Verrechnung dieser Laboruntersuchung mit den Krankenversicherungsträgern.
- 3.4. Im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Steiermark können bestimmte, in diesem Tarif enthaltene Untersuchungen an eine Vorbewilligung der Krankenversicherungsträger gebunden werden.
- 3.5. Die Honorierung der Laboruntersuchungen erfolgt nach Punkten.

Die Berechnung des Laborhonorares für den einzelnen Arzt erfolgt in der Weise, dass für jeden Behandlungsfall im Quartal 70 Punkte mit einem Punktwert von € 0,1722, 20 Punkte mit einem Punktwert von € 0,0861 und jeder weitere Punkt mit einem Punktwert von € 0,0477 berechnet werden. Die Summe aller mit € 0,1722 honorierbaren Punkte ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der Behandlungsfälle mit jeweils 70, aller mit € 0,0861 honorierbaren Punkte aus der Multiplikation mit jeweils 20.

4. Honorierung der Fachärzte für medizinisch-chemische Labormedizin, Abschnitt V/C

- 4.1. Es können grundsätzlich nur jene Laboruntersuchungen verrechnet werden, die vom zuweisenden Arzt auf den von den Krankenversicherungsträgern aufgelegten Zu(über)weisungsscheinen verlangt wurden und die im Tarifverzeichnis Abschnitt V/C enthalten sind.
- 4.2. Alle erbrachten Laboruntersuchungen sind unter Angabe der Positionsnummer ausschließlich mit dem Zu(über)weisungsschein zu verrechnen. Die Verwendung vorgedruckter Leistungsspiegel ist ausgeschlossen.
- 4.3. Sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, wird die Blutentnahme gesondert vergütet. Werden mehrere Untersuchungen im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt, ist die Blutentnahme nur einmal verrechenbar.

- 4.4. Werden von den zuweisenden Ärzten auf einem Zu(über)weisungsschein mehrere einzelne Tarifpositionen gewünscht, sind die in den Blocktarifen (Positionen 744, 745, 761 und 764) enthaltenen Laboruntersuchungen nach dem Blocktarif abzurechnen, wogegen die restlichen Untersuchungen nach den vereinbarten Einzeltarifen verrechnet werden können.
- 4.5. Die Vertragslaboratorien werden dem Krankenversicherungsträger die von ihnen zur Durchführung von Laboruntersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss dieser Vereinbarung bekannt geben. Sie werden darüber hinaus die Krankenversicherungsträger hinsichtlich der apparativen Ausstattung von jeder Neuerwerbung, von jedem Austausch und von sonstigen Veränderungen ohne Aufschub benachrichtigen.
- 4.6. Jedes Vertragslaboratorium hat regelmäßig an Ringversuchen teilzunehmen und die vorgeschriebenen internen Qualitätskontrollen durchzuführen.
- 4.7. Dem Krankenversicherungsträger steht das Recht zu, die von den Vertragslaboratorien bei ihren Untersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen (Flammenphotometer, Elektrophoresegeräte, etc.) in regelmäßigen Abständen durch Experten auf ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Präzision zu prüfen und sich zu überzeugen, dass die vorgeschriebenen Qualitätskontrollen durchgeführt wurden. Die Überprüfung kann nur im Einvernehmen mit dem Vertragslaboratorium erfolgen; dieses wird eine mit eingeschriebenem Brief angekündigte Überprüfung längstens nach zwei Wochen - gerechnet vom Einlangen des Briefes - zulassen.
- 4.8. Das Honorar für den einzelnen Vertragsfacharzt wird nach folgenden Grundsätzen berechnet. Die von dem Vertragsfacharzt für medizinisch-chemische Labormedizin erbrachten Laboruntersuchungen werden im Jahr 2021 bis zu einer Honorarsumme von € 1.369.688,-- mit den im Tarifverzeichnis enthaltenen Honoraransätzen vergütet. Leistungen, die ab dem Jahr 2021 über der Honorarsumme von € 1.369.688,-- liegen, werden mit 30 % der Honorarsätze lt. Tarifverzeichnis honoriert, bis eine Honorarsumme von € 1.825.056,-- erreicht ist. Leistungen, die darüber hinausgehen, werden mit 15 % der Honoraransätze lt. Tarifverzeichnis vergütet. In Vertragsgruppenpraxen mit mehreren Fachärzten für Labormedizin vervielfachen sich die Honorarsummen mit der Anzahl der tätigen Gesellschafter in der Gruppenpraxis, die Fachärzte für Labormedizin sind (z.B. bei zwei Gesellschaftern beträgt die Honorarsumme mit Vollhonorierung € 2.739.376,--). Leistungen im Rahmen von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden davon abweichend immer mit vollen Honoraransätzen honoriert und nicht in die abgestufte Honorierung einbezogen.

4.9. VU-Laborblock

- 4.9.1. Verrechnungsvoraussetzung ist eine Überweisung (Zuweisung), auf welcher der Vermerk „VU“ angebracht ist.
- 4.9.2. Der Parameter Gamma GT bleibt grundsätzlich weiter im Programm. Es wird jedoch eine Parallelevaluierung mit dem Audit GMAT Bogen durchgeführt. Falls diese Evaluierung ergibt, dass das Gamma GT keine Aussagekraft hat, scheidet dieser Parameter aus dem Programm aus.
- 4.9.3. Die Parameter Triglyceride und rotes Blutbild fallen nach der Übergangsfrist grundsätzlich weg, außer grundlegende wissenschaftlich gesicherte Studienergebnisse beweisen die Sinnhaftigkeit dieser Parameter in einer Vorsorgeuntersuchung.
- 4.9.4. Das rote Blutbild ist nur bei weiblichen Probanden zu bestimmen.

HONORIERUNG DER FACHÄRZTE FÜR RADIOLOGIE

Die nachangeführten Honorar- und Unkostentarife – mit Ausnahme der Tarife für die Röntgentherapie – reduzieren sich für Vertragspartner, die Leistungen mittels analoger Aufnahmetechnik erbringen, ab 01.01.2008 um 5 %. Ab 01.01.2009 erhöht sich dieser Abschlag auf 10 %.

Jeder Radiologe hat der Ärztekammer eine Gerätemeldung zu erstatten, die an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse weitergeleitet wird. In dieser Meldung ist detailliert anzuführen, welche Leistungspositionen ab welchem Zeitpunkt mittels digitaler Aufnahmetechnik erbracht werden.

Ein Wegfall des vorangeführten Abschlages nach erfolgter Gerätemeldung kann immer nur zu Quartalsbeginn erfolgen, wenn die Meldung bis zum Ende des Vorquartals erstattet wurde.

Für Gruppenpraxen gilt ungeachtet dessen ab 01.01.2009 ein genereller Abschlag auf alle geltenden radiologischen Tarife von 2,5 %.

1. Diagnostik

1.1. Verrechnung des Einzelhonorares

Für jede röntgendiagnostische Leistung (Röntgendurchleuchtung und Röntgenaufnahme) gebührt ein Honoraranteil.

1.2. Ausnahme

Bei der Röntgenuntersuchung der Zähne werden bis je drei Zahnaufnahmen als eine Leistung gewertet.

2. Unkosten

2.1. Honorierung spezieller röntgendiagnostischer Untersuchungen, für die im Röntgenorgantarif keine Tarifposition vorgesehen ist:

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Unk./€	Hon./€
=====			

900	Honoraranteil pro Aufnahme bzw. pro Durchleuchtung		6,13
902	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	5,25	
903	Durchleuchtung mit Kontrastmittel	6,86	
907	Zuschlag für dosissparende Durchleuchtung mittels elek- tronischer Geräte (zu den Durchleuchtungen max. zwei Zuschläge pro Tag)	6,11	

Aufnahmen

911	Format 9 x 12	5,25	
912	Format 13 x 18	6,31	
913	Format 18 x 24	7,51	
914	Format 15 x 40	8,45	
915	Format 24 x 30	9,42	
916	Format 20 x 40	8,71	
917	Format 30 x 40	12,14	
918	Format 35 x 35	12,90	
919	Format 35 x 43	14,03	
920	Format 30 x 90	27,18	

Zahnfilme

926	1 - 3 Stück	3,23	
927	4 - 6 Stück	6,45	

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Unk./€	Hon./€
928	7 - 9 Stück	9,68	
929	10 - 12 Stück	12,90	
2.2.	<u>Organtarif für röntgendiagnostische Leistungen:</u>		
	<u>Herz-Lunge/Thorax</u>		
700	Kind bis 5 Jahre	26,86	16,51
701	Kind von 5 bis 12 Jahre	28,98	16,51
702	Erwachsener	36,06	17,12
703	Oesophagus (Schluckakt)	31,79	30,56
704	Oesophagus (Schluckakt) (im Rahmen einer Magendurch- leuchtung, wenn Kontrastmittel bereits im Rahmen einer anderen Pos. verabreicht wurde)	30,17	30,56
705	Oesophagus (Schluckakt) inkl. Halsorgane	46,79	42,79
706	Halsorgane	27,98	18,32
707	Halsorgane (wenn Kontrastmittel im Rahmen einer anderen Untersuchung verabreicht wurde)	26,36	18,32
708	Larynx	12,63	12,25
709	Magen-Duodenum (ohne Doppelkontrast)	42,36	36,72
710	Magen-Duodenum (Doppelkontrastdarstellung)	53,69	48,94
711	Dünndarmpassage	61,01	36,72

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
712	Dünndarmpassage gemeinsam mit Magen-Duodenum	50,06	36,72
713	Irrigoskopie ohne Doppelkontrast	58,35	24,46
714	Irrigoskopie mit Doppelkontrast	89,50	44,81
715	Appendix pro Tag (maximal 3 Tage)	19,27	12,25
716	Gallenblase nativ (= Oberbauchleeraufnahme)	9,42	6,13
717	Perorale Cholecystographie	16,93	12,25
718	i.v. Cholangio-Cholecystographie einschließlich Nativaufnahme (Tarif exkl. i.v.-Injektion)	53,38	30,56
719	Infusions-Cholangio-Cholecystographie einschließlich Nativaufnahme (Tarif exkl. Infusion)	53,38	30,56
720	i.v. Cholangiographie einschließlich Nativaufnahme (Tarif exkl. i.v.-Injektion)	40,15	24,46
721	Infusions-Cholangiographie einschl. Nativaufnahme (Tarif exkl. Infusion)	40,15	24,46
722	Abdomen nativ	19,72	9,19
723	Harnblase nativ	7,51	6,13
724	Cystographie einschließlich Nativaufnahme	27,98	18,32
725	MCU (Miktionscystourographie) mit Refluxcystographie	44,86	30,56
726	Urethrographie	38,32	24,46

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
727	Harntrakt Nativaufnahme	13,85	6,13
728	i.v. Pyelographie (Urographie einschl. Nativaufnahme) (Ausscheidungsurogramm = AUG; Tarif exkl. i.v.-Injektion)	83,34	37,32
729	Infusions-Pyelographie (Urographie) einschließlich Nativaufnahme (Ausscheidungsurogramm = AUG; Tarif exkl. Infusion)	83,34	37,32
730	Retrograde Pyelographie pro Niere einschließlich Nativaufnahme	38,34	24,46
731	Mammographie pro Seite im Rahmen des nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms, inkl. notwendiger Mammasonographie, nicht gemeinsam mit der Pos. 841 verrechenbar (siehe Pkt. 2.1 der Erläuterungen zu Abschnitt VI)		44,38
831	Mammographie pro Seite; inkl. notwendiger Mammasonographie, nicht gemeinsam mit der Pos. 841 verrechenbar (siehe Pkt. 2.2 der Erläuterungen zu Abschnitt VI)		44,38
733	Pneumocystographie (im Anschluss an Mammographie) bzw. Galaktographie (Tarif exkl. Punktion)	21,09	12,25
734	Schädel	18,82	12,25
735	Gesichtsschädel	15,00	12,25
736	Schädelbasis	9,42	6,13
737	Sella (Hypophyse)	6,31	6,13
738	Schläfenbein pro Seite (Pyramiden, Schüller-Stenvers)	18,94	18,32

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
739	Nasennebenhöhlen bis zum 10. Lebensjahr	13,81	12,25
740	Nasennebenhöhlen ab dem 10. Lebensjahr	21,33	18,32
741	Nasenbein	9,53	12,25
742	Kiefergelenk pro Seite	12,63	12,25
743	Oberkiefer pro Seite	13,81	12,25
744	Unterkiefer pro Seite	13,81	12,25
745	Zähne (1 - 3 benachbarte)	3,23	6,13
746	Zahnstatus (10 und mehr)	12,90	24,46
747	HWS, ap. und seidl.	21,33	18,32
748	HWS, ap. und seidl. inkl. der verlangten Funktionsaufnahmen	38,24	30,56
749	HWS, Schrägaufnahmen bei Foramina Intervertebralia	26,36	18,32
750	Brustwirbelsäule ap. und seidl.	17,95	12,25
751	LWS, ap. und seidl. inkl. Kreuzbein	20,63	13,44
752	LWS, ap. und seidl. inkl. Kreuzbein und die verlangten Funktionsaufn.	44,88	25,69
753	LWS - Schrägaufnahmen	17,39	12,25
754	Kreuz- und Steißbein	16,93	12,25
755	Einzelne Wirbelsäulenabschnitte	16,93	12,25

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
756	Wirbelsäule Ganzaufnahme im Stehen (Gesamtaufnahme ap. unter Verwendung des Formates 30/90) sowie der seidl. Aufnahmen der einzelnen WS-Abschnitte	52,77	24,46
757	Becken ap. inkl. Hüftgelenke ap. bis zum 10. Lebensjahr	9,03	6,13
758	Becken ap. inkl. Hüftgelenke ap. ab dem 10. Lebensjahr	13,66	6,13
759	Becken ap. inkl. beide Hüftgelenke ap./ax. bis zum 10. Lebensjahr	24,05	18,32
760	Becken ap. inkl. beide Hüftgelenke ap./ax. ab dem 10. Lebensjahr	31,74	18,32
761	1 Hüftgelenk ap./ax.	19,54	13,44
762	beide Hüftgelenke ap./ax.	36,11	24,46
763	Hüftgelenk bei Endoprothese	18,11	12,25
764	Sacroiliacalgelenk	15,00	12,25
765	Rippen einseitig ohne Unfall	21,56	12,25
766	Rippen beidseitig ohne Unfall	43,10	24,46
767	Rippen einseitig bei Unfall	29,93	15,30
768	Rippen beidseitig bei Unfall	40,72	21,43
769	Sternum	18,64	12,25
770	Clavicula (einseitig)	9,01	7,31
771	Clavicula (beidseitig)	15,00	12,25
772	Sternoclaviculargelenk (einseitig)	8,27	7,31

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
773	Sternoclaviculargelenk (beidseitig)	13,59	12,25
774	Scapula (einseitig)	18,44	12,83
775	Scapula (beidseitig)	35,35	24,46
776	Schultergelenk (einseitig)	17,46	13,44
777	Schultergelenk (beidseitig)	31,92	24,46
778	Ober- oder Unterarm	16,73	12,25
779	Ellbogengelenk (einseitig)	15,07	13,44
780	Ellbogengelenk (beidseitig)	27,65	24,46
781	Handgelenk bzw. Handwurzel (einseitig)	13,90	13,44
782	Handgelenk bzw. Handwurzel (beidseitig)	25,25	24,46
783	Hand inkl. Mittelhand (einseitig)	16,49	13,44
784	Hand inkl. Mittelhand (beidseitig)	30,02	24,46
785	Navicularserie nach Trauma (Kahnbein, Skaphoid)	18,94	18,32
786	1 Finger bzw. 1 Zehe	6,31	12,25
787	Oberschenkel	17,31	12,25
788	Unterschenkel	16,95	12,25
789	Kniegelenk (einseitig)	16,49	13,44
790	Kniegelenk (beidseitig)	30,02	24,46
791	Patella axial (tangential) einseitig	7,58	7,31

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
792	Patella axial (tangential) beidseitig	12,63	12,25
793	Defileeaufnahme der Patella, 30, 60 und 90 Grad pro Seite	18,94	18,32
794	Sprunggelenk (einseitig)	15,32	13,44
795	Sprunggelenk (beidseitig)	27,65	24,46
796	Sprunggelenk und ganzer Fuß (einseitig)	31,86	25,69
797	Sprunggelenk und ganzer Fuß (beidseitig)	60,70	48,94
798	Ganzer Fuß ap., seidl., schräg (einseitig)	25,53	19,57
799	Ganzer Fuß ap., seidl., schräg (beidseitig)	48,03	36,72
800	Vorfuß oder Fußwurzel (einseitig)	13,90	13,44
801	Vorfuß oder Fußwurzel (beidseitig)	25,25	24,46
802	Calcaneus (einseitig)	7,58	7,31
803	Calcaneus (beidseitig)	12,63	12,25
804	Calcaneus bei Trauma (einseitig)	13,90	13,44
805	Calcaneus bei Trauma (beidseitig)	25,25	24,46
806	Fremdkörperlokalisation	28,24	18,32
807	Fistelfüllung	29,76	18,32
808	Sialographie inkl. Nativaufnahme	18,94	18,32
809	Augenfremdkörper	18,94	18,32

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
810	Phlebographie obere Extremitäten	53,88	30,56
811	Phlebographie untere Extremitäten	71,30	42,79
812	Hystero-Salpingographie	35,47	24,46
	<u>Tomographie</u>		
813	Lunge pro Ebene (max. 2 Ebenen)	71,48	48,94
814	Mediastinum und/oder beider Hili pro Ebene (max. 2 Ebenen)	37,63	24,46
815	Skelett pro Ebene (max. 2 Ebenen)	45,04	36,72
816	Kiefergelenk mit Funktion pro Seite	25,25	24,46
817	Sternum	25,37	18,32
818	Leer-Zono Niere	15,77	9,19
819	Arthrographie eines Kniegelenkes	42,96	30,56
820	Zuschlag für die Darstellung von Bewegungsabläufen mittels Mittelformat- kamera oder Videoaufzeichnung (verrechenbar für FÄ für Radiologie nur neben den Pos. 703, 705 und 725; siehe Pkt. 2.6. der Sonderbestimmungen und Erläuterungen zu Abschnitt VI)		11,99

HONORIERUNG DER FACHÄRZTE FÜR RADIOLOGIE
ERLÄUTERUNGEN

1. Allgemeine Bestimmungen

- 1.1. Der Organtarif und die allgemeinen Bestimmungen gelten nur für Vertragsfachärzte für Radiologie. Der Organtarif beruht auf einer einvernehmlich festgelegten Durchschnittsberechnung der Honoraransätze und Unkosten. Die Anzahl der Formate stellt Durchschnittswerte dar und sind daher Abweichungen im Einzelfall vom Vertragsradiologen nach medizinischer Notwendigkeit möglich. Die zweckmäßige und ausreichende Untersuchung muss jedenfalls gewährleistet sein.
- 1.2. Die Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann grundsätzlich nur aufgrund einer Zuweisung durch einen Vertragsarzt oder den Krankenversicherungsträger erfolgen.

Keine Zuweisung ist erforderlich

- a) für die Fortsetzung schon begonnener Bestrahlungen bei Karzinomen;
- b) wenn im Verlaufe einer Röntgenbestrahlung eine röntgendiagnostische Untersuchung notwendig ist;
- c) nach Unfällen für sofortige röntgenologische Untersuchung.

Von Vertragsärzten für Radiologie sind grundsätzlich jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Vertragsarzt bzw. vom zuweisenden Krankenversicherungsträger auf dem Behandlungsschein verlangt werden bzw. aufgrund der Zuweisungsdiagnose notwendig sind und in der Honorarordnung als Leistungspositionen aufscheinen.

- 1.3. Über die erbrachten Röntgenleistungen sind Aufzeichnungen zu führen. Die Durchschriften der erhobenen Röntgenbefunde müssen mindestens drei Jahre hindurch aufbewahrt werden; sie sind dem Krankenversicherungsträger auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- 1.4. Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar; es sei denn, der Zustand des Patienten zur Zeit der Röntgenuntersuchung ließ eine ausreichende Fixation nicht zu; dies ist bei der Verrechnung anzuführen.

Untersuchungen auf Rechnung der Kasse dürfen nur mit Geräten und Methoden durchgeführt werden, die dem Stand der Radiologie entsprechen. Dem Krankenversicherungsträger steht das Recht zu, dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsradiologen festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsradiologen ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.

- 1.5. Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Untersuchung, die diagnostische Maßnahme inkl. aller Hilfsmittel (soweit es sich nicht um Kontrastmittel gemäß Pkt. 1.6. handelt) und die Erstellung des Befundes abgegolten.
- 1.6. Vertragsfachärzte für Radiologie können jene Röntgenkontrastmittel, die für die Untersuchung und Behandlung von Versicherten und anspruchsberechtigten Angehörigen notwendig sind und im Rahmen des Ordinationsbedarfes zur Verfügung gestellt werden, nur in Ausnahmefällen rezeptieren.
- 1.7. Die Abrechnung von Leistungen ist mit dem Behandlungsschein vorzunehmen. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe des Datums und der Positionsnummer zu verrechnen.
- 1.8. Notwendige Sonderleistungen, die im Tarifverzeichnis der allgemeinen Fachärzte enthalten sind, können neben den Tarifen für röntgendiagnostische Leistungen unter Anführung der entsprechenden Positionsnummer verrechnet werden.
- 1.9. Röntgendiagnostische Leistungen, die vom Röntgenorgantarif nicht erfasst werden, sind mit den Positionen 900 bis 929 abzurechnen.
- 1.10. Bei Unklarheiten werden die entsprechenden Überweisungsscheine bzw. sonstigen Abrechnungsunterlagen dem Arzt zurückgegeben. Nach erfolgter Klärung können die Unterlagen mit der nächsten Abrechnung wieder zur Honorierung eingereicht werden.

2. Mammographie

- 2.1. Die Mammographie im Rahmen des nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes ist von den am Programm teilnahmeberechtigten Vertragsfachärzten mit der Pos. 731 für Probandinnen gemäß den Bestimmungen des 2. Zusatzprotokolls zum VU-Gesamtvertrag verrechenbar.

- 2.2. Die kurative (diagnostische) Mammographie kann nur von jenen Fachärzten für Radiologie bzw. nur von jenen Gruppenpraxen erbracht werden, welche die im 2. Zusatzprotokoll zum VU-Gesamtvertrag geregelten Voraussetzungen erfüllen und vom Krankenversicherungsträger auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistung berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistung beginnt bzw. endet jeweils mit Quartalsbeginn bzw. -ende. Verrechnungsvoraussetzung ist eine Überweisung (Zuweisung) auf welcher eine Indikation gemäß Anlage 5 des 2. Zusatzprotokolls zum VU-Gesamtvertrag angegeben ist.

SONOGRAPHIE

3. Einteilung und Honorierung der Sonographien für Fachärzte für Radiologie

3.1 Die von den Vertragsärzten für Radiologie bzw. von Vertragsgruppenpraxen durchgeführten sonographischen Leistungen werden pro Quartal bis zu nachfolgenden Gesamthonorarsummen mit den im nachstehenden Tarifverzeichnis enthaltenen Honoraransätzen honoriert:

1. Quartal:	€ 478.930,70
2. Quartal:	€ 441.740,63
3. Quartal:	€ 392.913,71
4. Quartal:	€ 448.969,64

Sonographische Leistungen, die über diese Beträge hinaus in Rechnung gestellt werden, werden bis zu nachfolgenden Beträgen nur zu 50 % honoriert:

1. Quartal:	€ 569.607,57
2. Quartal:	€ 525.376,22
3. Quartal:	€ 467.304,83
4. Quartal:	€ 533.973,93

Alle Leistungen, die auch über diese Beträge hinaus in Rechnung gestellt werden, werden zu 25 % honoriert.

Am Ende eines jeden Quartals wird die auszahlende Gesamthonorarsumme für sonographische Leistungen ermittelt und ein Kürzungsfaktor berechnet.

Berechnungsvorgang:

Zuerst wird jenes Honorarvolumen berechnet, das ohne Limitierung ausbezahlt worden wäre. Danach werden die einzelnen Honorarsummen nach Degression und damit auch der Kürzungsfaktor (auf 4 Kommastellen) berechnet. Alle Leistungen werden in weiterer Folge entsprechend ihres Tarifansatzes, reduziert um den Kürzungsfaktor, zur Auszahlung gebracht.

Von Vertragsfachärzten für Radiologie bzw. Vertragsgruppenpraxen eingereichte Abrechnungen werden in jenem Quartal degressiert, in dem diese eingereicht werden, ohne dass die o.a. Beträge entsprechend anzupassen sind.

Durch die in dieser Bestimmung geregelte degressive Honorierung werden das bis 31.12.2008 geltende Sonderlimit zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen sowie das Limit für Small-Parts- und Farbduplexsonographien ab 01.01.2009 ersetzt.

3.2. Morphologische Sonographiediagnostik

3.2.1. Bauchdiagnostik

(siehe Abschnitt VI, Sonographie - Sonderbestimmungen und Erläuterungen im Pkt. 2.1.)

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Unkosten €	Honorar €	Insgesamt €
=====				
940	Sonographie eines Organes	11,21	16,43	27,64
941	Sonographie von zwei Organen	17,72	20,50	38,22
942	Sonographie von drei und mehreren Organen	23,27	23,61	46,88

*Die Pos. 940 - 942 sind in höchstens 25 % der Behandlungsfälle verrechenbar.*3.2.2. **Small-Parts-Sonographien**

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
840	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüse, Kieferwinkel, Raumforderungen)	29,10
841	Sonographie der Mamma (je Seite), nicht gemeinsam mit der Pos. 731 oder 831 verrechenbar	19,90
842	Sonographie der oberflächlichen Raumforderungen (nur verrechenbar bei Hämatom, Lymphknoten, Aneurysma, Bakerzyste)	13,90
843	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates (insb. Weichteile der Schulter, Achillessehne und Bakerzyste)	24,50
844	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lj. bei Krankheitsverdacht	13,06
845	Sonographie des Scrotalinhaltes	19,90
846	Schilddrüse, Nebenschilddrüse	27,64

Pos.Nr.: Art der Leistung:

€

4. Farbduplexsonographien

847	Farbduplexsonographie der Carotis und des Vertebralis-Arteriensystems	47,51
848	Zuschlag zu den in der Honorarordnung, Abschnitt VI, Sonographie - Sonderbestimmungen und Erläuterungen im Pkt. 2.1. unter a), b), c), e) angeführten Untersuchungen für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	8,70
849	Zuschlag zu den in der Honorarordnung, Abschnitt VI, Sonographie - Sonderbestimmungen und Erläuterungen im Pkt. 2.1. unter d) angeführten Untersuchungen für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurismen, insb. der Bauchorta	21,72
850	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf einen Verschluss	43,44
851	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen (auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Pos. nur 1 x verrechenbar)	43,44

SONDERBESTIMMUNGEN UND ERLÄUTERUNGEN

1. Die Befähigung zur Durchführung der Sonographie ist gegenüber der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) nachzuweisen. Das verwendete Gerät ist unter Vorlage einer Rechnungskopie der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle zu melden.
2. Sonderbestimmungen
 - 2.1. Es sind nur folgende der Bauchdiagnostik zuzuordnende Untersuchungen (Pos. 940 - 942) verrechenbar:
 - a) Sonographie der Gallenblase
 - b) " der Leber und Gallenwege
 - c) " des Pankreas
 - d) " der Nieren und des Retroperitoneums
 - e) " der Milz
 - f) " bei Tumoren im Unterbauch
 - g) Sonographie bei Schwangerschaft (bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerschaftsbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Plazenta praevia, unklarer Geburtstermin bei unbekannter letzter Regelblutung, Verdacht auf Missbildung der Frucht zu jeder Schwangerschaftszeit, Mehrlingsschwangerschaft, Missverhältnis Fruchtgröße zu Gestationszeitsuspekte Wachstumsretardierung).Jeweils eine der in lit. a - g angeführten Positionen ist als Sonographie eines Organes verrechenbar.
 - 2.2. Nur über ärztliche Zuweisung durchgeführte Sonographien sind verrechenbar. In der Zuweisung ist das zu untersuchende Organ bzw. die zu untersuchende Organgruppe sowie der ausdrückliche Vermerk "Sonographie", für Sonographie bei Schwangerschaft auch die Diagnose im Sinne Pkt. 2.1. lit. g anzuführen. Über das verlangte Ausmaß hinausgehende Sonographien werden nicht vergütet.
 - 2.3. Ergibt die Sonographie einen pathologischen Befund, so ist dies mittels Polaroid-Filmen oder gleichwertiger Abbildungssysteme zu dokumentieren. Über die erbrachten Sonographien sind Aufzeichnungen (Befunddurchschrift, Bilddokumentation) zu führen. Diese sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kasse vorzulegen.

- 2.4. Ultraschall-Untersuchungen nach Doppler dürfen nicht verrechnet werden.
- 2.5. Mit dem Tarif (Honorar plus Unkosten) sind sämtliche erforderliche Nebenleistungen bei Durchführung der Sonographie (z. B. Dokumentationskosten, Kosten für Koppelmittel etc.) abgegolten.
- 2.6. Pos. 820 – Zuschlag für die Darstellung von Bewegungsabläufen
Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

3. Honorierung

Punkt 3 entfällt mit 31.12.2008.

4. Röntgentherapie – Honorar- und Unkostentarif

Falls mehr als eine Stelle abgerechnet wird, sind Größe und Lokalisation der Krankheitsherde genauestens anzugeben, sonst wird nur die Behandlung einer Stelle vergütet. Bei den mit zwei Kreuzen (++) bezeichneten Indikationen gelangen zwei Stellen zur Verrechnung.

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

Bei Buckybestrahlungen ist die Feldgröße 20 x 20 cm verbindlich. Das Honorar für die Kontrolluntersuchung nach Strahlenbehandlungen (Pos. 945) beträgt € 5,11 und ist frühestens nach Ablauf von 6 Wochen seit der letzten Strahlenbehandlung (Sitzung) verrechenbar. Eine Kontrolluntersuchung kann nur einmal pro Fall und Quartal in Rechnung gestellt werden.

Pos. Nr.:	INDIKATIONEN	Zahl der Sitzungen je Stelle	Max. Serien i.J.	Serien- pausen i.Woch.	Honorar €	Unkosten €
=====						
	<u>Tarifgruppe I</u>				2,99	4,63
950	Buckybestrahlung je Sitzung	5	4	8		
	<u>Tarifgruppe I a</u>				4,96	7,00
951	Epilation (Favus, Herpes tonsurans, Mikrosporie, Sykosis)	1	1	-		
	<u>Tarifgruppe I b</u>				11,26	15,94
952	Oberflächentherapie groß- flächiger entzündlicher Er- krankungen der Haut	3-6	4	4		
	<u>Tarifgruppe II</u>				16,22	22,96
953	1) Oberflächentherapie Warzen (höchstens 4 Stellen in 1 Serie möglich)					
954	2) Entzündungs- und Funktions- therapie von oberflächlichen bis mitteltiefen Organen Entzündl. Bulbuserkrankungen, Glaukom Myositis Parotitis Periodontitis Periostitis Tendinitis Thyreoiditis	4-6	4	4		
	<u>Tarifgruppe III</u>				19,81	28,18
955	Oberflächentherapie Angiome Clavus Dupuytren'sche Kontraktur Induratio penis plastica Narbenkeloid	4-6	3	6		

Pos. Nr.:	INDIKATIONEN	Zahl der Sitzungen je Stelle	Max. Serien i.J.	Serien- pausen i.Woch.	Honorar €	Unkosten €
=====						
956	Entzündungs- und Funktions- bestrahlung mitteltiefer - tiefer Organe Arthrose, Arthritis, Bursitis, Calcaneussporn, Epicondylitis, Furunkel, Karbunkel, Lymphadenitis, Mastitis, Gynäkomastie Morbus Bechterew, Morbus Paget, Myositis ossificans, Neuralgie, Herpes zoster, Schweißdrüsenentzündung, Hyperhydrosis, Spondylose, Spondylarthrose	4-6	5	4		
	<u>Tarifgruppe IV</u>				35,76	50,15
957	Tiefentherapie gutartiger Er- krankungen innerer Organe (Gehirn, Schilddrüse, Milz, Niere, Lunge, Leber, Darm, Peritoneum, Genitale, Tonsillen) (bei Kontraindikation gegen Operation) (++)	3-6	4	4		
	<u>Tarifgruppe V</u>				47,33	67,38
958	Kastrationsbestrahlung (++)	4	2	6		
	<u>Tarifgruppe VI</u>				43,01	60,32
959	Fraktionierte kurative Be- strahlung der Malignome der Haut, Lippen und Wangenschleim- haut mit Ausnahme des Melanoma malignum	6-10	4	4		
	(Bei Einzeitbestrahlung 50 % des Tarifes)					

Pos. Nr.:	INDIKATIONEN	Zahl der Sitzungen je Stelle	Max. Serien i.J.	Serien- pausen i.Woch.	Honorar €	Unkosten €
=====						
	<u>Tarifgruppe VII</u>				65,81	93,63
960	Fraktionierte prae- oder post-operative Bestrahlung tiefer Malignome (einschl. des Lymphogranuloms, der Lympho-, Leuko- und Retothelsarkomatosen sowie beider Parametrien als auch der Myelosen) (++)	8-12	3	6		
	Bei Leukosarkomatose, Lymphosarkomatose und Retothelsarkomatose gelangen 2 Stellen, höchstens jedoch 4 Stellen zur Verrechnung.					
961	Fraktionierte praeoperative Bestrahlung einer Mamma	8-12	1	---		
	<u>Tarifgruppe VIII</u>				83,34	118,62
962	Fraktionierte prae- oder post-operative Bestrahlung tiefer Malignome, (der Lympho-, Leukosarkomatose, Retothelsarkomatose, beider Parametrien sowie der Myelosen) (ohne das Lymphogranulom) (++)	16-20	3	6-8		
963	Oberflächentherapie bei Malignomen des Mundbodens, der Tonsillen, der Zunge, des Rektums, der Vagina und Vulva	16-20	3	6-8		
	<u>Tarifgruppe IX</u>				167,03	237,29
964	Fraktionierte Bestrahlung bei Malignomen der Blase, des Bronchus, des Larynx, des Oesophagus, der Mamma und der gynäkologischen Malignome	25-40	3	8-10		

Pos. Nr.:	INDIKATIONEN	Zahl der Sitzungen je Stelle	Max. Serien i.J.	Serien- pausen i.Woch.	Honorar €	Unkosten €
=====						
965	Fraktionierte Oberflächen- therapie bei Melanoma malignum	40	2	8-10		
	<u>Tarifgruppe X</u>				250,35	356,25
966	Siebbestrahlung bei fortgeschrittenen Malignomen des Bronchus, Oesophagus, der gynäkologischen und Blasenmalignome	50-75	1	---		

MUTTER-KIND-PASS
SONDERLEISTUNGSPOSITIONEN

Gemäß § 6 der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 1. April 1974 in der Fassung des jeweils gültigen Zusatzprotokolles.

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
	<u>Untersuchungen der Schwangeren:</u>	
821	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. SSW	18,02
822	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. SSW	18,02
823	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. SSW	18,02
824	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	18,02
825	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. SSW	18,02
981	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. SSW	11,55
984	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW	18,17
982	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW	18,17
983	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	18,17
	<u>Untersuchungen des Kindes/Neugeborenen:</u>	
985	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. LW	17,88
986	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. LW	21,80
987	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. LM	21,80

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
988	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. LM	21,80
989	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. LM	21,80
990	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. LM	21,80
991	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. LM	21,80
992	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. LM	21,80
993	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. LM	21,80
995	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. LW	11,55
996	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. LM	17,95
997	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. LM	17,95
998	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. LM	21,80
994	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. LW	29,07
999	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. LW	29,07

MUTTER-KIND-PASS
SONDERLEISTUNGSPPOSITIONEN
ERLÄUTERUNGEN

1. Die fünf Sonderleistungspositionen zur Untersuchung der Schwangeren (Pos. 821 - 825) sind von Ärzten für Allgemeinmedizin oder Fachärzten für Gynäkologie verrechenbar.
 - a) Die erste Untersuchung hat folgende Leistungen zu enthalten:
Harnuntersuchung (Harn auf Zucker, Harn auf Eiweiß, Sediment); Bestimmung des Hämatokrits und des Hämoglobinwertes; Blutentnahme aus der Vene (Pos. 101) für den Toxoplasmosetest, für den VDRL-Test auf Vorliegen einer Luesinfektion sowie zur Bestimmung der Blutgruppe, des Rhesusfaktors, des Rötelantikörpertiters und des HIV-Tests.
 - b) Die zweite Untersuchung hat eine Harnuntersuchung (Harn auf Zucker und Harn auf Eiweiß) zu enthalten.
 - c) Die dritte Untersuchung hat die Bestimmung des Hämatokrits und des Hämoglobinwertes, eine Hepatitis-B-Untersuchung (HBS-Antigen-Bestimmung), eine Harnuntersuchung (Harn auf Zucker und Harn auf Eiweiß) und einen oralen Glukosetoleranztest zu enthalten.
 - d) Die vierte Untersuchung hat eine Harnuntersuchung (Harn auf Zucker und Harn auf Eiweiß) zu enthalten.
 - e) Die fünfte Untersuchung hat eine Harnuntersuchung (Harn auf Zucker und Harn auf Eiweiß) zu enthalten.
2. Behandlungsscheine, welche ausschließlich die oben angeführten Leistungen enthalten, gelten als MKP-Fälle und sind von jeder Staffelung und Kürzung ausgenommen.
3. Die internistische Untersuchung der Schwangeren (Pos. 981) ist von Ärzten für Allgemeinmedizin oder von Fachärzten für Innere Medizin durchzuführen.
4. Die Untersuchung des Neugeborenen (Pos. 985) kann nur bei Haus-(Heim)entbindungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde in der 1. Lebenswoche, jedoch nicht am Tage der Geburt, verrechnet werden. Die Verrechnung dieser Leistungen ist auf dem Behandlungsschein der Mutter nicht möglich.

5. Die acht Untersuchungen des Kindes (Pos. 986 – 993) können von Ärzten für Allgemeinmedizin oder Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde verrechnet werden.
6. Die orthopädische Untersuchung des Kindes (Pos. 995) ist von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde oder Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie durchzuführen.
7. Die Hals-, Nasen- und Ohrenuntersuchung des Kindes (Pos. 996) ist von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde oder Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten durchzuführen.
8. Die Augenuntersuchung des Kindes (Pos. 997) ist von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde oder Fachärzten für Augenheilkunde durchzuführen.
9. Die Augenuntersuchung des Kindes (Pos. 998) ist von Fachärzten für Augenheilkunde durchzuführen.
10. Die Ultraschalluntersuchungen der Säuglingshüfte (Pos. 994 und 999) sind von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie oder Radiologie durchzuführen.
11. Hausbesuche zur ausschließlichen Vornahme von MKP-Untersuchungen sind nicht verrechenbar.

Für Laborleistungen im Rahmen des MKP-Programmes stehen **ab 01.04.2013** den Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Gynäkologie und Fachärzten für Innere Medizin folgende Positionsnummern zur Verfügung:

Pos.Nr.: Art der Leistung:

=====

- | | |
|-------------|---|
| M21 | Rotes Blutbild:
Zählung und Beurteilung der Erythrozyten,
Messung des Hämoglobins in Gramm,
Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex |
| M25 | Erythrozytenzählung |
| M26 | Hämoglobin-Bestimmung (photometrisch) |
| M27 | Hämatokrit-Bestimmung |
| M30 | Blutzucker-Bestimmung, quant.,
o-Toluidin oder enzymatisch; ST |
| M31 | Blutzucker-Belastungskurve oder -Tagesprofil
(mindestens drei Blutzucker- und Harnzucker-
bestimmungen, qual. und quant., o-Toluidin oder enzymatisch) |
| M60 | Harnbefund:
Eiweiß und Zucker qual. und quant.,
Urobilinogen und Sediment, Reaktion,
spez. Gewicht, makroskopische Beschrei-
bung; ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite
und Ketonkörper; ST |
| M61 | Sediment nativ |
| M62 | Harn auf Eiweiß; ST |
| M63 | Harn auf Zucker; ST |
| M64 | Harnzuckerkontrolle einschließlich
Eiweißbestimmung qual. ev.quant.,
spez. Gewicht, Azeton; ST |
| M90 | Sekretabstrichuntersuchung auf
Trichomonaden und Go, erste Stelle |
| M101 | Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen) |
| M342 | Abstrich-Abnahme zur zytologischen
Untersuchung (nur für Einsendungen) |

HONORIERUNG DER FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENPSYCHIATRIE

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
440	Erstdiagnostikphase von 0 Jahren bis vollendetes 3. Lebensjahr nur einmal pro Patient verrechenbar (Erläuterungen im Pkt. 6.)	573,41
441	Erstdiagnostikphase ab dem 4. Lebensjahr nur einmal pro Patient verrechenbar (Erläuterungen im Pkt. 7.)	521,28
442	Therapiephase 1 verrechenbar pro Patient und Quartal für max. 2 Quartale (Erläuterungen im Pkt. 8)	463,36
443	Therapiephase 2 verrechenbar pro Patient und Quartal für max. 6 Quartale (Erläuterungen im Pkt. 9)	347,52
444	Therapiephase 3 – Weiterführungsphase (Erläuterungen im Pkt. 10)	173,76

LEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIEERLÄUTERUNGEN

1. Die angeführten Leistungen sind von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Beachtung der Erläuterungen verrechenbar.
2. Den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie obliegt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Begutachtung bei psychischen, psychosozialen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen und Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter an minderjährigen Versicherten bzw. anspruchsberechtigten Angehörigen.
3. Die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung erfordert aufgrund der Störungsbilder neben einem entsprechenden zeitlichen Aufwand vor allem einen vernetzenden, interdisziplinären Zugang. Es sind daher die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern im Sinne eines Behandlungsmanagements und die Patientenbegleitung sehr wesentliche Elemente der Betreuung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Insbesondere ist eine enge Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den Ambulatorien der Psychosozialen Dienste (PSD) und den dort beschäftigten Gesundheitsberufen anzustreben. Das ausführliche fachärztliche Gespräch ist sowohl für die Anamneseerhebung als auch für die Diagnostik, Behandlung und Beratung das wichtigste Element.
4. Die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie haben unabhängig von der gesetzlichen Dokumentationspflicht folgende patientenbezogene Aufzeichnungen zu führen:
 - Vor- und Zuname, Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum und Adresse der Patienten
 - Vor- und Zuname, Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum und Adresse des Versicherten, falls der Patient Angehöriger ist
 - eindeutige Diagnose
 - Behandlungsplan
 - Leistungserbringer, an die die Patienten zur Diagnostik (klinisch-psychologische Diagnostik, Labor etc.) weiter verwiesen werden
 - Leistungserbringer, an die Patienten zur Therapie (Psychotherapie etc.) weiter verwiesen werden
 - von diesen anderen Leistungserbringern übermittelte Befunde

Die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind verpflichtet, diese Aufzeichnungen mindestens drei Jahre ab dem letzten Behandlungstag aufzubewahren, sofern nicht gesetzlich eine längere Aufbewahrungsfrist vorgesehen ist.

5. Eine über die in Abschnitt VIII angeführten Positionen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie hinausgehende Verrechnung von Leistungspositionen der Honorarordnung ist unzulässig, da die in den Pos. 440 bis 444 genannten Beträge für die jeweiligen Diagnostik- und Therapiephasen sämtliche durch die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erbringenden medizinischen Leistungen (z.B. Ordination, neurologische Untersuchungen, psychotherapeutische Sitzungen etc.) sowie jegliche Koordinierungstätigkeiten (z.B. mit anderen Therapeuten, Eltern, Bezugspersonen, Ämtern etc.) beinhalten.
6. Die Pos. 440 *Erstdiagnostik von 0 Jahren bis vollendetes 3. Lebensjahr* beinhaltet die intensive Diagnostik und Erstbehandlung und ist nur einmal pro Patient verrechenbar. Die Dauer beträgt mind. 6 Wochen bis max. 1 Quartal.
7. Die Pos. 441 *Erstdiagnostikphase ab dem 4. Lebensjahr* beinhaltet die intensive Diagnostik und Erstbehandlung und ist nur einmal pro Patient verrechenbar. Die Dauer beträgt mind. 6 Wochen bis max. 1 Quartal.
8. Die Pos. 442 *Therapiephase 1* beinhaltet die intensive Weiterbehandlung und ist pro Patient und Quartal nur einmal verrechenbar und max. für 2 Quartale.
9. Die Pos. 443 *Therapiephase 2* beinhaltet die Weiterbehandlung und ist pro Patient und Quartal nur einmal verrechenbar und max. für 6 Quartale.
10. Die Pos. 444 *Therapiephase 3* beinhaltet die auslaufende Weiterbehandlung.

VORSORGEUNTERSUCHUNG

Gemäß des Gesamtvertrages vom 09.03.2005 idgF sowie der dazu zwischen der Ärztekammer für Steiermark und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse jeweils abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
=====		
970	Allgemeines Untersuchungsprogramm inkl. Laborblock (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	88,00
971	Allgemeines Untersuchungsprogramm inkl. Blutzucker ohne die übrigen Laborleistungen, für Männer (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	76,10
972	Allgemeines Untersuchungsprogramm ohne Blutzucker und ohne die übrigen Laborleistungen, für Männer (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	75,36
978	Allgemeines Untersuchungsprogramm inkl. Blutzucker ohne die übrigen Laborleistungen, für Frauen (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	74,73
979	Allgemeines Untersuchungsprogramm ohne Blutzucker und ohne die übrigen Laborleistungen, für Frauen (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	73,07
973	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung (siehe Pkt. 3.4. der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	14,69
974	VU-PAP-Abstrich (Erstordination und Tarif für Abstrich) (verrechenbar nur für FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; siehe Pkt. 1.11. der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	24,76
976	VU-PAP-Abstrich (Tarif für Abstrich ohne Erstordination) (verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin; siehe Pkt. 1.11. der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	3,80
207	VU-Coloskopie (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin; siehe Pkt. 4 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	206,48
208	Polypektomie im Rahmen einer VU-Coloskopie (jeweils bis zu 2 Polypen) (verrechenbar nur für FÄ für Chirurgie und Innere Medizin; siehe Pkt. 4 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	39,85
149	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP (verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin und FÄ für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe; bei Frauen zwischen dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr; alle 24 Kalendermonate verrechenbar)	3,00

VORSORGEUNTERSUCHUNG
ERLÄUTERUNGEN

1. Allgemeines Untersuchungsprogramm

- 1.1. Das allgemeine Untersuchungsprogramm ist von niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar, mit denen ein aufrechtes VU-Einzelvertragsverhältnis mit der Kasse besteht.
- 1.2. Mit den Tarifen sind alle Leistungen, die im Allgemeinen Vorsorgeuntersuchungsprogramm enthalten sind, abgegolten und können daher Ordinationen, Facharztzuschläge, Befundberichte, ärztliche Gespräche, Blutentnahme und andere Sonderleistungen, die im Allgemeinen Vorsorgeuntersuchungsprogramm enthalten sind, nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Insbesondere sind damit auch die Kosten für den Ordinationsbedarf sowie die allfälligen Kosten für den Probenversand abgegolten.
- 1.3. Die nicht im erweiterten Labortarif für Ärzte für Allgemeinmedizin enthaltene Bestimmung der Triglyceride wird im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung anerkannt.
- 1.4. Ärzte für Allgemeinmedizin, welche keinen kurativen Einzelvertrag mit den ASVG-Krankenversicherungsträgern besitzen, müssen um das Allg. Untersuchungsprogramm inkl. Laborblock verrechnen zu können, den Nachweis eines geeigneten Photometers im Wege über die Ärztekammer für Steiermark erbringen.
- 1.5. Sind neben der Allgemeinen Vorsorgeuntersuchung auch Leistungen der kurativen Medizin zu erbringen, so ist dies mit der Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen.
- 1.6. Die Pos. 970 ist nur verrechenbar, wenn sämtliche dieser Laboruntersuchungen von jenem VU-Arzt erbracht werden, der auch die allgemeine Untersuchung gemäß Anlage 1 zum VU-GV 2005 durchführt.
- 1.7. Die Pos. 970 beinhaltet das Untersuchungsprogramm nach den Vorgaben des Befundblattes (Anlage 1 zum VU-GV 2005) sowie die Laboruntersuchungen Blutzucker quantitativ, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride, rotes Blutbild und Harn quantitativ.

- 1.8. Der Parameter Gamma GT bleibt grundsätzlich weiter im Programm. Es wird jedoch eine Parallelevaluierung mit dem Audit GMAT Bogen durchgeführt. Falls diese Evaluierung ergibt, dass das Gamma GT keine Aussagekraft hat, scheidet dieser Parameter aus dem Programm aus.
 - 1.9. Die Parameter Triglyceride und rotes Blutbild fallen nach der Übergangsfrist (bis 31.12.2014) grundsätzlich weg, außer grundlegende wissenschaftlich gesicherte Studienergebnisse beweisen die Sinnhaftigkeit dieser Parameter in einer Vorsorgeuntersuchung.
 - 1.10. Das rote Blutbild ist nur bei weiblichen Probanden zu bestimmen.
 - 1.11. Die Positionen 974 und 976 sind für Probandinnen ab Vollendung des 18. Lebensjahres alle 12 Kalendermonate verrechenbar.
2. Laboruntersuchungen
 - 2.1. Laboruntersuchungen im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung, die nicht vom VU-Arzt erbracht werden, der auch die allgemeine Untersuchung gemäß Anlage 1 zum VU-GV 2005 durchführt, sind ausschließlich von Vertragsärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik verrechenbar.
 - 2.2. Verrechnungsvoraussetzung ist eine Überweisung (Zuweisung), auf welcher der Vermerk „VU“ angebracht ist.
3. Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
 - 3.1. Gemäß § 34 Abs. 1 VU-GV 2005 bleiben für die Durchführung des Gynäkologischen Untersuchungsprogramms die Regelungen des VU-GV 1988 samt den zwischen ÄK für Stmk. und Kasse dazu getroffenen Zusatzvereinbarungen unverändert gültig.
 - 3.2. Zur Durchführung des gynäkologischen Untersuchungsprogramms sind Ärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe berechtigt.
 - 3.3. Das Gynäkologische Untersuchungsprogramm beinhaltet das Untersuchungsprogramm nach den Vorgaben des gynäkologischen Befundblattes (Anlage 2 zum VU-GV 1988) und ist für Probandinnen ab Vollendung des 19. Lebensjahres alle 12 Kalendermonate verrechenbar.

- 3.4. Mit der Pos. 973 sind alle Leistungen, die im Gynäkologischen Untersuchungsprogramm enthalten sind, abgegolten und können daher Ordinationen, Facharztzuschläge, Befundberichte, Ärztliche Gespräche und andere Sonderleistungen, die im Gynäkologischen Programm enthalten sind, nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.
 - 3.5. Sind neben der Gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung auch Leistungen der kurativen Medizin zu erbringen, so ist dies mit der Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen.
 - 3.6. Gemäß § 34 Abs. 3 VU-GV 2005 soll zusätzlich zum Befundblatt das Dokumentationsblatt „PAP-Abstrich“ (Anlage 3 des VU-GV 2005) ausgefüllt und der Kasse übermittelt werden. Die Kasse verzichtet bis auf weiteres auf die Übermittlung des Befundblattes.
 - 3.7. Verrechnungsvoraussetzung ist ein Anspruchsnachweis, auf dem der Vermerk „VU“ angebracht ist. Im Rahmen des Gynäkologischen Untersuchungsprogramms sind Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe berechtigt, selbst zur zytologischen Untersuchung bzw. zur Mammographie zu überweisen. In diesen Fällen ist die Überweisung (Zuweisung) mit dem Vermerk „VU“ zu kennzeichnen.
 - 3.8. Die Vertragsparteien kommen überein, dass diese Regelung lediglich eine Übergangsregelung für eine neue gynäkologische Vorsorgeuntersuchung in der Steiermark ist. Es werden umgehend Verhandlungen, mit der Absicht eine neue steirische gynäkologische Vorsorgeuntersuchung zu vereinbaren, aufgenommen.
4. VU-Coloskopie und Polypektomie im Rahmen einer VU-Coloskopie
- 4.1. Zugangsvoraussetzungen
 - 4.1.1. Für Ärzte, die ab 01.01.2007 einen Vorsorgeuntersuchungseinzelvertrag abschließen, ist der Nachweis über die eigenständige Durchführung und Interpretation der Befunde von mindestens 200 hohen Coloskopien bis in das Zoekum sowie über die Durchführung von 40 Polypektomien in den letzten 3 Jahren vor Vertragsabschluss Voraussetzung für den Abschluss eines solchen Vertrages.

- 4.1.2. Ärzte, die zum 01.01.2007 bereits Vertragspartner im Rahmen eines Vorsorgeuntersuchungsvertrages oder eines kurativen Einzelvertrages sind, erfüllen die Voraussetzung für den Abschluss einer Sondervereinbarung gemäß dieser Zusatzvereinbarung auch durch den Nachweis der Durchführung von 50 Coloskopien und 10 Polypektomien im Rahmen des letzten halben Jahres vor Vertragsabschluss.
- 4.1.3. In der Folge haben die Inhaber eines Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrages gemäß dieser Zusatzvereinbarung den Nachweis über die Durchführung von 300 Coloskopien und 30 Polypektomien innerhalb von jeweils 3 Jahren zu erbringen. Sollten die genannten Frequenzen von einzelnen Vertragsärzten nicht erbracht werden, berät eine von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Steiermark paritätisch zusammengesetzte Kommission, ob die betreffenden Einzelvertragsverhältnisse aufrecht erhalten werden sollen oder nicht.
- 4.1.4. Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Chirurgie haben einen Anspruch auf Abschluss einer Sondervereinbarung, wenn sie die in dieser Zusatzvereinbarung definierten Voraussetzungen erfüllen.

4.2. Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme der VU-Coloskopie erfolgt über Zuweisung oder direkt durch Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Chirurgie. Bei zugewiesenen Fällen ist Verrechnungsvoraussetzung eine Überweisung (Zuweisung), auf welcher vom zuweisenden Arzt der Vermerk „VU“ angebracht ist.

4.3. Qualitätssicherung

- 4.3.1. Der Facharzt hat alle gesetzlichen Erfordernisse bei der Durchführung der Coloskopie zu beachten. Die Untersuchungen müssen dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen.
- 4.3.2. Die Durchführung der Coloskopie hat mit Video-Endoskop zu erfolgen. Die Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs hat maschinell-chemothermisch oder mit einem gleichwertigen Reinigungsverfahren zu erfolgen. Im Falle, dass im Rahmen einer Verordnung zum Medizinproduktegesetz Entsprechendes angeordnet wird, jedenfalls aber ab 01.01.2010, hat die Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs ausschließlich maschinell-chemothermisch zu erfolgen.

- 4.3.3. Der Facharzt hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Coloskopien in entsprechender Form zu dokumentieren. Insbesondere hat eine Bilddokumentation des Zökums und eine Dokumentation der pathologischen Befunde zu erfolgen. Er hat den vom Versicherungsträger beauftragten Personen Einsicht in alle die Patienten betreffenden Unterlagen zu gewähren, soweit dies aufgrund der dem Versicherungsträger gesetzlich übertragenen Aufgaben erforderlich und mit den Bestimmungen des Ärztegesetzes und des Datenschutzgesetzes in Einklang zu bringen ist. Für Notfälle sind die erforderlichen technischen und personellen Ressourcen bereitzuhalten. Die räumliche Struktur muss ein eventuell notwendiges Nachliegen unter Beobachtung ermöglichen.
- 4.3.4. Das eingesetzte Assistenzpersonal hat einen Endoskopieassistenten-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung nachzuweisen. Das gilt nicht für Assistenzpersonal, welches bereits nachweislich für zumindest ein halbes Jahr im Rahmen einer coloskopisch tätigen Facharztpraxis oder Abteilung eines Krankenhauses beschäftigt und als Assistenz im Rahmen von Coloskopien eingesetzt war.

4.4. Honorierung

- 4.4.1. Mit dem in Abs. 1 genannten Tarif sind jedenfalls die Kosten für die Coloskopie, die in Zusammenhang mit der VU-Coloskopie erforderlichen ärztlichen Gespräche, die rektale Untersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht bei Zuweisung, die Nachbetreuung, sowie die Dokumentation abgegolten. Dem Probanden ist eine Sedierung anzubieten. Bei Bedarf ist auch die Gabe eines Antidots beinhaltet. Sedativum und Antidot werden als Ordinationsbedarf zur Verfügung gestellt. Die Mittel für die salinische Darmreinigung können auf Kassenrezept verordnet werden.
Das Untersuchungsziel hat jedenfalls die komplette Coloskopie bis ins Zökum zu sein. Die Nichterreichbarkeit dieses Zieles ist zu begründen.
- 4.4.2. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe dies in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Proband seine Zustimmung erteilt hat. Biopsie- und Polypektomiepräparate sind zur histologischen Untersuchung einzusenden.
- 4.4.3. Sind am gleichen Tag neben der VU-Coloskopie auch Leistungen der kurativen Medizin zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen.