



VGKK
Vorarlberger
Gebietskrankenkasse

ÄRZTINNEN
+ÄRZTE KAMMER
VORARLBERG

Honorarordnung für Vertragsärzte

gültig ab 01.01.2019

Inhaltsverzeichnis

HONORARORDNUNG	1
I. Gesamtvergütung	1
II. Kurative ärztliche Hilfe	2
III. Gesunden(Vorsorge)untersuchungen	4
IV.	6
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	6
V. Schlußbestimmungen und Wirksamkeit	6
ANLAGEN zur Honorarordnung	9
Anlage A	10
Ärztlicher Honorartarif für das Bundesland Vorarlberg	10
<i>Erster Teil</i>	<i>11</i>
<i>Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen</i>	<i>11</i>
Erstes Kapitel Allgemeine Bestimmungen	11
Zweites Kapitel Tarife für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	20
I. Grundleistungen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte.....	20
II. Allgemeine Sonderleistungen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin.....	27
und Vertragsfachärzte	27
III. Sonderleistungen aus den einzelnen Fachgebieten.....	33
A. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE	33
B. SONDERLEISTUNGEN AUS DEN GEBIETEN DER CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE,	
ORTHOPÄDIE UND ORTHOP. CHIRURGIE, DERMATOLOGIE	35
C. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE	
.....	37
D. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER HALS-, NASEN- UND	
OHRENKRANKHEITEN	38
E. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER INNEREN MEDIZIN UND DER KINDER-	
UND JUGENDHEILKUNDE	40
F. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER NERVEN- UND GEISTESKRANKHEITEN	43
G. LEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	45
H. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER HAUT- UND	
GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND DER UROLOGIE	47
IV. Physikalische Behandlungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte	49
V. Laboratoriumsuntersuchungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte	
(ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin)	51
VI. Tarife für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Teilradiologen (Vertragsärzte für	
Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Orthopädie und	
orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin und Lungenkrankheiten).....	55
VII. Tarife für sonographische Untersuchungen	57
VIII. Operationstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte	63
<i>Zweiter Teil</i>	<i>84</i>
<i>Ärztlicher Honorartarif für Vertragsfachärzte für Radiologie (Organtarif)</i>	<i>84</i>
Erstes Kapitel Allgemeine Bestimmungen	84
Zweites Kapitel Organtarif für Vertragsfachärzte für Radiologie	84
Drittes Kapitel	90
Mammographien.....	90
Viertes Kapitel Magnetresonanztomographien.....	98
<i>Dritter Teil</i>	<i>101</i>
<i>Ärztlicher Honorartarif für Vertragsfachärzte für Labormedizin</i>	<i>101</i>
Erstes Kapitel Allgemeine Bestimmungen	101
Zweites Kapitel Katalog der Vertragsleistungen für die Laboratoriumsmedizin.....	103
Alphabetischer Index	131
Anlage B	144

Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen der Krankenbehandlung von Anspruchsberechtigten gemäß § 133 ASVG.....	144
Anlage C.....	146
MRT.....	146
Anlage D.....	147
Einvernehmlich festgelegte Kostenbeteiligung für psychotherapeutische Behandlungen von Anspruchsberechtigten.....	147
Anlage E.....	148
Tarife für die Gesundenuntersuchungen gemäß § 132 b ASVG.....	148
Anlage F.....	150
Kassenärztliche Behandlung von Personen im Sinne des § 18 des Gesamtvertrages vom 10.11.1956 (Betreuungsfälle).....	150
Anlage G.....	151
Behandlung von Versicherten und Anspruchsberechtigten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.....	151
Anlage I.....	153
Kompodium Mammographie.....	153

Hinweis:

Soweit in dieser Honorarordnung auf natürliche Personen bezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

HONORARORDNUNG

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Vorarlberger Gebietskrankenkasse gemäß

- a) Gesamtvertrag vom 10.11.1956 (K-Gesamtvertrag),
- b) Gesamtvertrag vom 9.3.2005 in der Fassung der Zusatzvereinbarung vom 27.6.2005 (GU-Gesamtvertrag).

I. Gesamtvergütung

1. Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse leistet pro Kalenderjahr
 - a) für die kurative ärztliche Hilfe gem. Abschnitt II 20,63 v. H. sowie
 - b) für die Durchführung von Gesunden(Vorsorge)untersuchungen gem. Abschnitt III 1,37 v. H.und somit eine Gesamtvergütung von 22,0 v. H. ihrer Erträge an Krankenversicherungsbeiträgen für

- pflichtversicherte Erwerbstätige,
- freiwillig Versicherte,
- Arbeitslose,
- Pensionisten,
- Kriegshinterbliebene,
- Asylwerber und
- Familienangehörige von Wehrpflichtigen.

Nicht berücksichtigt werden bei der Berechnung die für Zwecke abseits der ärztlichen Hilfe im niedergelassenen Bereich gewidmeten Beiträge. Dies sind derzeit die zur Spitalsfinanzierung gewidmeten Beiträge gemäß § 447f Abs 11 Z 1 ASVG, § 447f Abs 3 Z 3 ASVG, die ebenfalls für die Spitalsfinanzierung eingeführten Zusatzbeiträge für Angehörige gemäß § 51d ASVG und die zum Ausgleich des Entfalls an Rezeptgebühren gewidmeten Beiträge gemäß § 322b Abs 2 ASVG..

2. Zusätzlich wird für die im Zweiten Teil, Viertes Kapitel der Anlage A, enthaltenen Magnetresonanztomographien folgende Regelung getroffen:

Es wird ein Beobachtungszeitraum von drei Jahren festgelegt. Die im letzten Jahr des Beobachtungszeitraumes verrechneten Magnetresonanztomographien bilden die Grundlage für die Errechnung des Aufwandes. Vervielfacht mit dem dann (31.12. des dritten Beobachtungsjahres) gültigen Tarif ergibt sich jene Summe, welche die Kasse ab dem darauffolgenden Jahr der Gesamtvergütung zusätzlich zur Verfügung stellt. Die bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes anfallenden Magnetresonanztomographien bezahlt die Kasse ausserhalb der Gesamtvergütung. Der dreijährige Beobachtungszeitraum beginnt mit dem Quartal, in dem die vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen wird.

II. Kurative ärztliche Hilfe

1. Mit der Gesamtvergütung werden folgende im Rahmen der Krankenbehandlung von Anspruchsberechtigten gem. § 133 ASVG notwendige Aufwendungen abgegolten:
- a) die Honorare und Unkosten für die ärztliche Hilfe der Vertragsärzte einschließlich der zusätzlich in Vertrag zu nehmenden Vertragsärzte (**Anlage A**);
 - b) die Kostenersätze gem. § 131 ASVG für die ärztliche Hilfe der Wahlärzte;
 - c) die Kosten der kassenärztlichen Behandlung in anderen Bundesländern;
 - d) die Kosten der ärztlichen Behandlung im Ausland;
 - e) die Kosten der Laboruntersuchungen (**Anlage B**);
 - f) MRT-Untersuchungen (**Anlage C**);
 - g) die Kostenbeteiligung für psychotherapeutische Behandlungen (**Anlage D**);
2. a) Grundlage für die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit (Pkt. 1 lit. a) bilden diese Honorarordnung und der ärztliche Honorartarif für das Bundesland Vorarlberg (Anlage A). Für die Vertragsärzte wirksame Änderungen der Honorarordnung und des Honorartarifes bedürfen der Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse.
- b) Das Honorar für die einzelne vertragsärztliche Leistung wird nach Punkten und festen Sätzen des ärztlichen Honorartarifes (Anlage A) berechnet.
- c) Die Honorare und Unkosten für die vertragsärztliche Tätigkeit werden nach Maßgabe des ärztlichen Honorartarifes gestaffelt und limitiert.
- d) Die Verrechnung bestimmter Positionen (siehe hierzu Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Pkt. 17) des ärztlichen Honorartarifes durch Vertragsärzte kann an eine Sondergenehmigung gebunden werden. Diese Sondergenehmigung kann nur bei Erfüllung der von der Ärztekammer für Vorarlberg aufgestellten Ausbildungsrichtlinien

und im Einvernehmen zwischen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Vorarlberg erteilt werden.

- e) Zusammentreffen von kurativen Leistungen mit Gesunden(Vorsorge)untersuchungen oder Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen:
- aa) An jenen Tagen, an denen eine Gesunden(Vorsorge)untersuchung oder eine Mutter-Kind-Paß-Untersuchung durchgeführt wird, ist die Verrechnung der Grundleistungs-Positionen 10 (1 A) bis 14 (1 d), 16, 17 (1 f und 1ff) und 18 sowie 50 (5 a) bis 59 (5 kk) des ärztlichen Honorartarifes nicht möglich, es sei denn, der Vertragsarzt wird an demselben Tag infolge eines Akutfalles noch einmal in Anspruch genommen. Der Vertragsarzt hat dies in der elektronischen Abrechnung zu begründen.
- bb) Sämtliche durch eine Gesunden(Vorsorge)- oder Mutter-Kind-Paß-Untersuchung erbrachten bzw. veranlaßten Leistungen dürfen im laufenden oder im folgenden Quartal nicht noch einmal kurativ verrechnet bzw. veranlaßt werden, außer der Fall ist begründet, was über Anfrage der gemeinsamen Verrechnungsstelle nachzuweisen ist.
- f) Wird einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse festgestellt, daß ein Vertragsarzt eine bzw. mehrere Positionen des ärztlichen Honorartarifes erheblich über dem vergleichbaren Landesdurchschnitt verrechnet bzw. veranlaßt hat, so hat der Vertragsarzt über Anfrage binnen einem Monat im Einzelfall glaubhaft zu machen, daß er bei diesen Positionen das Maß des Notwendigen nicht überschritten hat (§ 10 Abs. 2 - 4 des Gesamtvertrages). Kommt der Vertragsarzt diesem Ersuchen nicht nach bzw. gelingt ihm die Glaubhaftmachung nicht, so gilt als festgestellt, daß das Maß des Notwendigen überschritten wurde. Es können somit im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse die beanstandeten verrechneten bzw. veranlaßten Positionen bis auf den Landesdurchschnitt reduziert und die Mehrkosten nicht ausbezahlt bzw. bei einer der nächsten Honorarabrechnungen in Abzug gebracht werden.
- g) Die Verrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt je Kalendervierteljahr gemäß Zusatzvereinbarung vom 22.9.1950. Die Verrechnung der vertragsärztlichen Leistungen an Personen im Sinne des § 18 des K-Gesamtvertrages (Betreuungsfälle) erfolgt gemäß den Bestimmungen in **Anlage F**.
- An die Vertragsärzte werden für das jeweilige Kalendervierteljahr angemessene Akontozahlungen angewiesen. Das Nähere wird im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse geregelt. Hievon ausgenommen sind Vertragsfachärzte für Labormedizin (Anlage A, Dritter Teil).

3. Die Bestimmung der Kostenersätze für Honorarnoten der Wahlärzte bzw. die Vergütung von Arztrechnungen im Sinne dieser Honorarordnung hat nach Maßgabe des ärztlichen Honorartarifes und der Satzung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse zu erfolgen.

III. Gesunden(Vorsorge)untersuchungen

1. Mit der Gesamtvergütung werden folgende im Rahmen der Gesunden(Vorsorge)untersuchungen von Versicherten und ihren Angehörigen gem. § 132 b ASVG notwendige Aufwendungen abgegolten:

- a) die Honorare für die zur Gesunden(Vorsorge)untersuchung zugelassenen Ärzte
(Anlage E);
- b) die Laborleistungen;
- c) die Honorare für die zum Brustkrebsfrüherkennungsprogrammes (BKFP) lt. 2. ZP zum Gesundenuntersuchungs-Gesamtvertrag zugelassenen Ärzte;
- d) der Sachaufwand;
- e) allfällige Kosten der Administration, soweit sie nicht bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse oder beim Hauptverband anfallen.

Diesbezüglich ist das Einvernehmen zwischen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Vorarlberg erforderlich;

Hinsichtlich der Abgeltung der Kosten für die Abrechnung sind die Bestimmungen der jeweils gültigen Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag vom 27.06.2005 zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der Vorsorgeuntersuchungen anzuwenden.

- f) die Kosten der einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse zum Zwecke der Erprobung vereinbarten neuen Untersuchungsprogramme.
2. Die Abrechnung der Gesunden(Vorsorge)untersuchungen durch den Vertragsarzt erfolgt je Kalendervierteljahr, im Abrechnungszeitraum werden alle Leistungsscheine abgerechnet, die vom Arzt bis spätestens am 20. des dem Abrechnungsquartal folgenden Monats der gemeinsamen Verrechnungsstelle vorgelegt werden. Das Honorar für die verschiedenen Leistungen im Rahmen der Gesunden(Vorsorge)untersuchungen ist in der Anlage E geregelt.

3. Die Honorierung der Gesunden(Vorsorge)untersuchungen laut Anlage E kann im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse limitiert bzw. gestaffelt werden.
4. Die Durchführung
 - a) von Basisuntersuchungen (Anlage E) auf Rechnung der Kasse ist ausschließlich den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und den Vertragsfachärzten für Innere Medizin,
 - b) von gynäkologischen Untersuchungen (Anlage E) auf Rechnung der Kasse ist ausschließlich den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und den Vertragsfachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorbehalten.
5. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, mit der Durchführung der Laborleistungen (Anlage E, Pkt. 2, 3 lit b und 5) auf Rechnung der Kasse ausschließlich die „Medizinisches Zentrallaboratorium GmbH“ zu beauftragen und mit der im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung durchzuführenden zytologischen Untersuchung ausschließlich das Pathologische Institut in Feldkirch. Zur Inanspruchnahme anderer Laboreinrichtungen bedarf es der besonderen Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse.
6. Die im Rahmen der VU vorgesehene Intervention hinsichtlich des Prostatakarzinoms wird wie folgt geregelt.

Wenn männliche Anspruchsberechtigte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung nach einem PSA-Test fragen, erfolgt durch den Vertragsarzt eine strukturierte Aufklärung über die Vor- und Nachteile der Durchführung eines PSA-Tests.

Will der Proband nach Durchführung dieser Aufklärung die Durchführung dieses Tests, ist wie folgt vorzugehen:

 - a) Patient hat das 50. Lj noch nicht vollendet:

Der Patient ist nachweislich darauf aufmerksam zu machen, dass die Kasse die Kosten hierfür nicht übernimmt. Der Arzt beauftragt die PSA Untersuchung und kennzeichnet den Auftrag mit dem Vermerk VU und Rechnung an den Patienten. Die Ausstellung eines Zuweisungsscheines an den Urologen ist nicht zulässig.
 - b) Proband hat das 50. Lebensjahr vollendet:

Diesfalls kann der Vertragsarzt selbst eine Bestimmung des PSA-Wertes mittels Zuweisung an die für Laboruntersuchungen vorgesehene Einrichtung veranlassen.

Für beide Fallgruppen gilt: die Bestimmung des PSA umfasst nicht die gleichzeitige Bestimmung des freien PSA-Wertes. Dessen Veranlassung ist lediglich zulässig, wenn der PSA-Wert einen Krankheitsverdacht nahe legt.

Unterscheidung zum kurativen Bereich: Eine Veranlassung eines PSA-Tests als kurative Leistung ist nur bei Vorliegen und Dokumentation von klinischen Symptomen einer

Erkrankung der Prostata zulässig.

Da die wissenschaftliche Evidenz für die Durchführung eines PSA-Screenings nicht ausreichend gesichert ist, wird die Möglichkeit der Veranlassung der Laboruntersuchung durch den Vertragsarzt gem. der Zusatzvereinbarung vom 27.06.05 zum Gesamtvertrag zur Vorsorgeuntersuchung Neu befristet.

7. Ein Ersatz der Kosten für die Inanspruchnahme eines Wahlarztes (§ 131 Abs. 1 ASVG) ist ausgeschlossen. Wahlärzte können ausnahmsweise einen Gesunden(Vorsorge)untersuchungs-Einzelvertrag erhalten, wenn dies zwischen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Vorarlberg im Einzelfall vereinbart wird.
8. Wurden vom gleichen Vertrags(fach)arzt im Rahmen der kurativen ärztlichen Hilfe bereits im laufenden oder im vorangegangenen Quartal Parameter des Laborblocks bestimmt oder ein gynäkologischer Abstrich entnommen, dürfen diese Untersuchungen bei der Gesunden(Vorsorge)untersuchung nicht noch einmal verrechnet oder veranlaßt werden.

IV. Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Die Abgeltung der Kosten für die Behandlung von Versicherten und Anspruchsberechtigten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, insbesondere

- a. Honorare und Unkosten für die ärztliche Hilfe der Vertragsärzte einschließlich der zusätzlich in Vertrag zu nehmenden Vertragsärzte,
- b. Kostenzuschüsse (Kostenersätze) für die ärztliche Hilfe der Wahlärzte,
- c. Kosten der ärztlichen Behandlung in anderen Bundesländern,
- d. Kosten der ärztlichen Behandlung im Ausland (Betreuungs- und Kostenzuschussfälle),
- e. Kosten der Laboruntersuchungen,
- f. Kosten für die Ambulanzgebührenanteile der Krankenhäuser und
- g. Kosten für die Gesunden(Vorsorge)untersuchungen,

erfolgt außerhalb der Gesamtvergütungsregelungen der VGKK nach den Bestimmungen in Anlage G. Die Pkt. I., II./1, II./2c, II./3., III./1., V./1. und V./3. finden keine Anwendung.

V. Schlußbestimmungen und Wirksamkeit

1. Zusätzlich zur Gesamtvergütung (Abschnitt I) leistet die Vorarlberger Gebietskrankenkasse für die administrative Mitarbeit der Vertragsärzte 1 v. H., für die Mitwirkung der Ärztekammer für Vorarlberg an der gemeinsamen Verrechnungsstelle 0,5 v. H. der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. an die Ärztekammer für Vorarlberg.
2. Sämtliche Honorare verstehen sich exklusive Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, BGBl. Nr. 746/1996, in der jeweils geltenden Fassung.
3. Über die Verwendung allfälliger Überschüsse oder die Abdeckung allfälliger Abgänge aus der Gesamtvergütung ist einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse pro Kalenderjahr zu bestimmen. Wenn die Mittel der Gesamtvergütung eines Kalenderjahres inkl. der vorher gebildeten Rücklagen (unter Berücksichtigung aller bis zum 28.02. des Folgejahres zu Lasten der Gesamtvergütung transitorisch gebuchten Zahlungen) zur Finanzierung der vertragsärztlichen Leistungen im IV. Quartal des betreffenden Kalenderjahres nicht mehr ausreichen, werden die Abrechnungssummen der Vertragsärzte im IV. Quartal soweit gekürzt, dass es in der Gesamtvergütung zu keinem Defizit kommt.

Tritt der Gesamtvertrag außer Kraft, ist die Ärztekammer für Vorarlberg zur Verfügung über die bis zu diesem Zeitpunkt angefallenen Überschüsse und Rücklagen aus der Gesamtvergütung im Sinne der generellen Zweckwidmung alleine berechtigt. Gleichzeitig wird hiedurch die Vorarlberger Gebietskrankenkasse von sämtlichen Verpflichtungen gegenüber der Ärztekammer für Vorarlberg und den Vertragsärzten befreit.

4. Diese Honorarordnung tritt am 01.01.2019 in Kraft und ersetzt die bis dahin gültigen Regelungen.
5. Für ab 01.01.2020 erbrachte Leistungen werden
 - a) die gesonderten Zuschläge gem. Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Pkt. 4.2 lit. a – g
 - b) die Tarife laut Anlage A, Erster Teil, Zweites Kapitel,
 - Pkt. I für ärztliche Koordinierungstätigkeit gem. Pos. 34, für Teilnahme am Schmerzboard gem. Pos. 44
 - Pkt. II für die Unkostenabgeltung bei endoskopischen Untersuchungen gem. Pos. 203, für inkomplette Koloskopie gem. Pos. 216, für hohe Koloskopie gem. Pos. 217, für Substitutionsbehandlung gem. Pos. 238 und
 - Pkt. III für Optische Kohärenztomographie (OCT) gem. Pos. 269

- c) die Tarife für Teilradiologen gemäß Anlage A, Erster Teil, Zweites Kapitel, Pkt. VI. 1.2 und VI.2.
- d) die Beträge für Röntgenunkosten nach dem Organtarif für Vertragsfachärzte für Radiologie gemäß Anlage A, Zweiter Teil, Zweites Kapitel
- e) die Tarife für Vorsorgeuntersuchungen gem. Anlage E, Pkt. 3a,4 und 5 sowie
- f) die Punktwerte gem. Anlage F

jeweils um 2 % erhöht.

6. Für ab 01.01.2021 erbrachte Leistungen verändern sich sämtliche in Punkt V. 5. lit. a) bis f) angeführte Beträge sowie die Punktwerte gemäß Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Punkt 2. jeweils ab dem 1.1. eines jeden Jahres um den vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger errechneten Automatikfaktor gemäß Punkt V. der Vereinbarung vom 29. Juli 1991, abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, sofern die Vertragspartner keine abweichende Regelung treffen.

Dornbirn, am 05.12.2018

Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg

Dr. Burkhard Walla
Kurienobmann

MR Dr. Michael Jonas
Präsident

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Generaldirektor

Verbandsvorsitzender

Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Dir. Mag. Christoph Metzler
Leitender Angestellter

Manfred Brunner
Obmann

ANLAGEN
zur Honorarordnung

A n l a g e A

Ärztlicher Honorartarif für das Bundesland Vorarlberg

Erster Teil

Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

Erstes Kapitel

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Bestimmungen dieses Kapitels sind für Vertragsärzte wirksam, soweit im zweiten Kapitel nicht anderes bestimmt wird. Für Vertragsfachärzte für Radiologie (Zweiter Teil) sowie Vertragsfachärzte für Labormedizin (Dritter Teil) gelten Sonderregelungen.
2. Soweit die einzelne vertragsärztliche Leistung nach Punkten bemessen wird, gelten folgende Punktwerte:

					ab 01.01.2019
für die Punkte von	1	bis	25.000	pro Quartal	€ 1,2847
für die Punkte von	25.001	bis	52.500	pro Quartal	€ 1,0651
für die Punkte von	52.501	bis	75.000	pro Quartal	€ 0,6589
für die Punkte von	75.001	bis	90.000	pro Quartal	€ 0,5490
für die Punkte ab	90.001			pro Quartal	€ 0,1647

					ab 01.01.2020
für die Punkte von	1	bis	25.000	pro Quartal	€ 1,3104
für die Punkte von	25.001	bis	55.000	pro Quartal	€ 1,0864
für die Punkte von	55.001	bis	80.000	pro Quartal	€ 0,6721
für die Punkte von	80.001	bis	95.000	pro Quartal	€ 0,5600
für die Punkte ab	95.001			pro Quartal	€ 0,1680

3. Den nachstehenden Vertrags(fach)ärzten werden pro Fall und Quartal an ärztlichen Leistungen (Grund- und Sonderleistungen) höchstens folgende durchschnittliche Punktequoten honoriert:

	Punktequote
Ärzte für Allgemeinmedizin	55
Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie	60
- " - Haut- und Geschlechtskrankheiten	85
- " - Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	64

- " -	Chirurgie	60
- " -	Unfallchirurgie u. Orthopädie	98
- " -	Kinder- und Jugendheilkunde	60
- " -	Lungenkrankheiten	81
- " -	Neurologie u. Psychiatrie	78
- " -	Innere Medizin	90
- " -	HNO	72
- " -	Urologie	95
- " -	Plastische Chirurgie	98

Auf ärztliche Leistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Zuweisung erbracht werden, wird diese Regelung nicht angewendet.

4. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen werden gewisse Aufwendungen der Vertragsärzte ersetzt. Dies sind:
- die Wegegebühren;
 - Zuschläge für Krankenbesuche (ausgenommen Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit e)
 - Zuschläge für Mitbesuche
 - Zusätzliche Zuschläge für Nachtbesuche (ausgenommen Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte – hier gilt lit. e);
 - Zuschläge für Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst oder zum Dienst am 24. Dezember. oder 31. Dezember eingeteilte Ärzte.
 - Zuschläge für Nachtordinationen (ausgenommen Ordinationen an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit g)
 - Zuschläge für Ordinationen an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst oder zum Dienst am 24. Dezember oder 31. Dezember eingeteilte Ärzte.
 - Zuschläge für zusätzliche Ordinationen in dringlichen Fällen außerhalb der Mindestordinationszeiten gemäß der gesamtvertraglichen Vereinbarung über die Einrichtung eines fachärztlichen Dringlichkeits-Terminsystems.

4.1. Die Wegegebühren, die neben den Honoraren vergütet werden, betragen EUR 0,80 je vollem Kilometer. Nach diesem Satz vergütet werden ausschließlich die zum Zweck der Durchführung von Krankenbesuchen tatsächlich zurückgelegten Kilometer ohne Rücksicht auf das vom Arzt benutzte Beförderungsmittel, die Beschaffenheit des Weges, die Tageszeit, den Wochentag etc.

Beim Besuch mehrerer Patienten, die bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse versichert sind, an derselben Adresse kann eine Wegegebühr nur einmal verrechnet werden. Bei am

gleichen Tag an mehreren Adressen durchgeführten Krankenbesuchen sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich aus der Besuchsreihe mit Vermeidung jedes Umwegs und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Abweichungen von der kürzesten Wegstrecke und mehr als ein Krankenbesuch am gleichen Tag an derselben Adresse sind in der Wegegebührenliste unter Angabe eines Grundes (zB dringende Berufung etc) zu vermerken.

Die Verrechnung der Wegegebühren hat mittels einer Tagesliste, aus der die gefahrenen Kilometer und die Anzahl der besuchten Patienten hervorgehen, zu erfolgen. Bei Patienten gemäß Anlagen F und G hat die Verrechnung der Wegegebühren pro besuchtem Patienten zu erfolgen.

Auch hinsichtlich der zurückgelegten Distanzen ist das Maß des Notwendigen gemäß § 133 Abs 2 ASVG einzuhalten. Beschränkungen der Verrechenbarkeit von Wegegebühren können im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse festgelegt werden.

4.2. An weiteren Aufwendungen werden vergütet:

a) Zuschläge für Krankenbesuche (ausgenommen Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit d): ab 01.01.2019 : € 20,00, für einen Krankenbesuch

b) Zuschläge für Mitbesuche: ab 01.01.2019 : € 6,58 für einen Mitbesuch

c) Zusätzliche Zuschläge für Nachtbesuche in der Zeit von 20.00 Uhr bis 7.00 Uhr (ausgenommen Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit d).

Diese Zuschläge betragen:

	ab 01.01.2019
für einen Nachtbesuch	€ 51,97

d) Zuschläge für Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst (der 24.12. und 31.12 gelten hinsichtlich der Verrechenbarkeit von Zuschlägen als Feiertage) eingeteilte Ärzte

Diese Zuschläge betragen:

	ab 01.01.2019
--	---------------

für einen Nachtbesuch (20.00 Uhr - 7.00 Uhr)	€ 96,24
für einen Wochenend-/Feiertagsbesuch	€ 70,00

Neben den Zuschlägen nach d) werden an Stelle der Grundleistungspositionen 22 (2 c) oder 23 (2 d) des Honorartarifes pro Krankenbesuch nur die entsprechende Grundleistungsposition 25 (2 f), 26 (2 ff), 63 (6 f) oder 64 (6 ff) vergütet.

Der Wochenenddienst beginnt in der Regel am Samstag um 7.00 Uhr und endet am Montag um 7.00 Uhr, der Feiertagsdienst beginnt in der Regel am Vorabend um 19.00 Uhr und endet am auf den Feiertag folgenden Tag um 7.00 Uhr.

- e) Zuschläge für Nachtordinationen (ausgenommen Ordinationen an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit f)

Diese Zuschläge betragen für eine Nachtordination ab 01.01.2019: € 30,00

- f) Zuschläge für Ordinationen an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst (der 24.12. und der 31.12. gelten hinsichtlich der Verrechenbarkeit von Zuschlägen als Feiertage) eingeteilte Ärzte.

Diese Zuschläge betragen:

	ab 01.01.2019
für eine Nachtordination (20.00 Uhr - 7.00 Uhr)	€ 50,92
für eine Wochenend-/Feiertagsordination	€ 30,00

Neben den Zuschlägen nach f) werden an Stelle der Grundleistungspositionen 13 (1 c), 14 (1 d), des Honorartarifes pro Ordination nur die entsprechende Grundleistungsposition 16 (1f), 17 (1 ff), 58 (5 k), 59 (5 kk) vergütet.

Der Wochenenddienst beginnt in der Regel am Samstag um 7.00 Uhr und endet am Montag um 7.00 Uhr, der Feiertagsdienst beginnt in der Regel am Vorabend um 19.00 Uhr und endet am auf den Feiertag folgenden Tag um 7.00 Uhr.

An Zuschlägen gem. lit. d und lit. f kann von einem zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilten Arzt in Summe mindestens der Betrag von EUR 165,06 ab 01.01.2019 pro Nacht verrechnet werden.

g) Zuschläge für zusätzliche Ordinationen in dringlichen Fällen außerhalb der Mindestordinationszeiten gemäß der gesamtvertraglichen Vereinbarung über die Einrichtung eines fachärztlichen Dringlichkeits-Terminsystems:

Der Zuschlag beträgt für den buchenden Arzt der Grundversorgung (Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder Facharzt für Innere Medizin) pro ordnungsgemäß gebuchtem Termin ab dem 01.01.2019
EUR 8,00

Der Zuschlag beträgt für einen im Rahmen des Dringlichkeitsterminsystems ordnungsgemäß gebuchten Dringlichkeitstermin ab dem 01.01.2019 für den anbietenden Facharzt innerhalb des vom einzelnen Facharzt individuell übernommenen Kontingents
EUR 40,87

5. Als Ordination gilt jede ärztliche Untersuchung, Beratung oder Behandlung des Kranken in der Ordinationsstätte des Vertragsarztes. In der Ordinationsgebühr der prakt. Vertragsärzte und Vertragsfachärzte sind alle zur Untersuchung, Beratung oder Behandlung des Kranken einschlägigen Verrichtungen, die nicht als Sonderleistungen aufgeführt sind, enthalten. Zu diesen Verrichtungen zählt insbesondere auch die vom Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der kurativen ärztlichen Hilfe, mit der Durchführung von Gesunden(Vorsorge)untersuchungen und mit Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass gewünschte Ausstellung einer Bestätigung über Beginn und Ende (Datum und Uhrzeit) der Anwesenheit in der Ordinationsstätte.
6. Eine Erstordination oder ein Erstbesuch darf nur einmal im Vierteljahr verrechnet werden.
7. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tag für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muß vom Arzt begründet werden.
8. Die Nachtzeit gilt von 20.00 Uhr bis 7.00 Uhr.
9. Ordinationen, Besuche und die gesonderten Zuschläge an Wochenenden und Feiertagen können von Samstag 7.00 bis Montag 7.00 Uhr in der Regel nur von dem Arzt verrechnet werden, der zum Wochenenddienst eingeteilt ist. Diese Verrechnungsmöglichkeit besteht auch für Ärzte, die auf Grund ihres Berufssitzes oder sonstiger Umstände an keiner Wochenenddiensteinteilung teilnehmen können. Die Verrechnungsmöglichkeit besteht grundsätzlich für alle Ärzte bei dringender Berufung. Eine Begründung ist erforderlich.

Die Zuschläge nach den Grundleistungspositionen 13 (1 c), 14 (1 d), 22 (2 c), 23 (2 d), 56 (5 h), 57 (5 i), 66 (6 h) und 67 (6 i) können nicht zusammen verrechnet werden.

10. Die Besuchsgebühr darf nur dann verrechnet werden, wenn der Vertragsarzt sich an einen außerhalb seiner Ordinationsräume gelegenen Ort begeben muß, um einen Kranken ärztlich zu untersuchen, zu beraten oder zu behandeln.
Werden mehrere im gleichen Haus wohnende Kranke gleichzeitig besucht und ärztlich beraten oder behandelt, so darf die Besuchsgebühr nur für eine Person verrechnet werden, während für die übrigen Personen die Grundleistungsposition 24 (2 e) bzw. 62 (6 e) verrechnet werden kann.
11. Ist ein Vertragsarzt infolge besonderer Verhältnisse gezwungen, seine Sprechstunden in mehreren örtlich voneinander getrennten Räumen abzuhalten, so gelten bezüglich der Berechtigung zur Verrechnung der Besuchsgebühr alle diese Räume als Ordinationsräume im vorstehenden Sinne.
12. Bei Leistungen, die nach dem Operationsgruppenschema (Zweites Kapitel, Abschnitt VIII) bewertet werden, dürfen Leistungen, die einen wesentlichen Bestandteil bilden, nicht besonders berechnet werden.
13. Bei gleichzeitiger Vornahme mehrerer Operationen in verschiedenen Operationsfeldern wird die am höchsten bewertete Operation voll, jede weitere mit 75 v. H. der für sie im Operationsgruppenschema vorgesehenen Punktezah l verrechnet. Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen im gleichen Operationsfeld wird die am höchsten bewertete Operation voll, jede weitere mit 75 v. H. der für sie im Operationsgruppenschema vorgesehenen Punktezah l bewertet.
14. Die im Honorartarif für physikalische Behandlungen (Zweites Kapitel, Abschnitt IV) und Laboratoriumsarbeiten (Zweites Kapitel, Abschnitt V) aufscheinenden Punktezah len dürfen nur dann verrechnet werden, wenn diese Arbeiten vom Arzt angeordnet oder unter seiner Leitung geleistet werden. Bei physikalischen Behandlungen und Laboratoriumsarbeiten kann nur dann eine Ordinationsgebühr verrechnet werden, wenn der Kranke zusätzlich ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wird.
15. Der für die Durchführung der Leistungen dieses Honorartarifes erforderliche Sachaufwand ist in den Punktesätzen inbegriffen, soweit er nicht als Ordinationsbedarf von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse beigestellt wird, oder sonst nach festen Sätzen laut Honorartarif abgegolten wird.

16. Die für die sofortige Versorgung des Patienten notwendigen Medikamente, Salben und Lösungen sind in der Regel laut den von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und Ärztekammer für Vorarlberg einvernehmlich festgelegten Richtlinien für die Beistellung des Ordinationsbedarfes mittels pro Ordinatione-Rezepten zu beziehen.
17. Für die Verrechnung nachstehend angeführter Tarifpositionen bedarf es einer Sondergenehmigung (Abschnitt II, Pkt. 2, lit. d der Honorarordnung):
- Pos. 203 (20 d), 204 (20 f) (Endoskopische Untersuchungen), ausgenommen Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Vertragsfachärzte für Chirurgie.
 - Pos. 232 (21 k), 233 (21 l), 234 (21 m) (Dopplersonographien).
 - Pos. 402 (34 c) (EKG), ausgenommen Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde.
 - Pos. 403 (34 d) (Ergometrie), ausgenommen Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Vertragsfachärzte für Lungenkrankheiten.
 - Pos. 423 (35 d) (EEG).
 - Alle Positionen in Abschnitt VI. des Zweiten Kapitels (Tarife für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie).
 - Alle Positionen in Abschnitt VII. des Zweiten Kapitels (Tarife für sonographische Untersuchungen).
 - Alle Positionen im dritten Kapitel des Zweiten Teiles (Tarife für Magnetresonanztomographien)
18. Sonderregelung zur Honorierung bei unbesetzten Vertrags(fach)arztstellen:
- a.) Voraussetzungen:
- aa) Vorliegen einer unbesetzten und zumindest einmal erfolglos ausgeschriebenen Vertragsarztstelle und das Einvernehmen von Kammer und Kasse, dass die Nachbesetzung weiterhin notwendig ist oder Ausfall eines Vertragsarztes für zumindest sechs Wochen infolge elternschaftsbedingter Karenzierung oder Krankenstand;
- ab) Einbezogen in die Regelung werden bei Allgemeinmedizinern die Ärzte im Sprengel, bei Fachärzten die Ärzte des jeweiligen Fachgebietes im Bezirk;
- ac) Angrenzende Vertragsärzte außerhalb des Sprengels (Ärzte für Allgemeinmedizin) bzw. Bezirkes (Fachärzte), können, sofern sie die Voraussetzungen gem. lit. ad) erfüllen, einen Antrag stellen; Kammer und Kasse entscheiden im Einzelfall, ob sie in die Sonderregelung einbezogen werden;

ad) Die Fallzahl eines einbezogenen Arztes des betreffenden Quartals liegt mind. 10% über dem Durchschnitt der Fallzahl der letzten 3 Jahre (in denen alle Stellen im Sprengel/Bezirk besetzt waren) im betreffenden Quartal (bei Vertragsärzten, die noch nicht so lange in Vertrag sind sowie bei neuen Vertragsärzten sind die Fallzahlen des Medians der jeweiligen Fachgruppe heranzuziehen);

ae) Nur für jene Vertragsärzte, die im betreffenden Quartal mehr als 50.000 Punkte verrechnen;

b.) Honorierung:

ba) Ermittlung der zusätzlichen Fälle:

Differenz der Fälle (eigene und zugewiesene Fälle) im jeweiligen Quartal zum Vergleichszeitraum bzw. Maßstab gem. lit a.) ad);

bb) Ermittlung der zusätzlich zu honorierenden Punkte:

Multiplikation der gem. lit. b.) ba) ermittelten Fälle mit der durchschnittlichen Punktequote im betreffenden Quartal (bei eigenen (nicht bei zugewiesenen) Fällen höchstens jedoch mit der verrechenbaren durchschnittlichen Punktequote gem. Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Ziff. 3);

bc) Ermittlung des Zusatzhonorars:

Ermittlung der jeweiligen Punktstaffelung, in die die zusätzlichen Punkte gem. lit. b.) bb) fallen, jeweils ausgehend von der höchsten im jeweiligen Quartal für den jeweiligen Arzt anzuwendenden Punktstaffelung sowie Multiplikation der so ermittelten und eingeteilten Punkte mit der Differenz des aufgrund der Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Zif. 2. für die Honorierung des betreffenden Arztes im betreffenden Quartal in der jeweiligen Punktstaffelung anzuwendenden Punktwertes und dem Punktwert für die zweite Punktstaffelung gem. Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel Ziff. 2.

Beispiele für das Jahr 2015:

	Diff. PW zu € 0,9865	Beispiel 1 AM	Beispiel 2 AM	Beispiel 3 AM	Beispiel 4 AM	Beispiel 5 AM	Beispiel 6 FA (GGH)	Beispiel 7 FA (GGH)
Ausgangsbasis								
eigene Fälle		1.053	1.116	2.627	1.561	1.673	918	783
zugewiesene Fälle							28	231
Gesamtfälle		1.053	1.116	2.627	1.561	1.673	946	1.014
Punkte aus eigenen Fällen		44.885	50.813	96.257	78.725	64.900	49.288	47.410
Punkte aus zugewiesenen Fällen							2.916	26.384
Gesamtpunkte		44.885	50.813	96.257	78.725	64.900	52.204	73.794
Quartal mit Mehrfällen (2015)								
eigene Fälle		1.451	1.444	2.892	1.796	1.873	1.100	900
zugewiesene Fälle							35	240
Gesamtfälle		1.451	1.444	2.892	1.796	1.873	1.135	1.140
Veränderung Gesamtfälle ggüber Ausgangsbasis		38%	29%	10%	15%	12%	20%	12%
Punkte aus eigenen Fällen		60.785	62.814	105.797	90.475	72.660	59.400	54.900
Punkte aus zugewiesenen Fällen							3.640	27.360
Gesamtpunkte		60.785	62.814	105.797	90.475	72.660	63.040	82.260
Punktequote eigene Fälle		41,9	43,5	36,6	50,4	38,8	54	61
Punktequote zugewiesene Fälle							104	114
zusätzliche eigene Fälle		398	328	265	235	200	182	117
zusätzliche zugewiesene Fälle							7	9
errechnete zusätzliche Punkte		16.676	14.268	9.699	11.844	7.760	10.374	7.227
davon Punkte über 90.000	€ 0,8339			9.699	475			
davon Punkte zwischen 75.001-90.000	€ 0,4780				11.369			7.227
davon Punkte zwischen 50.001-75.000	€ 0,3763	10.785	12.814			7.760	10.374	
Zusatzhonorar		€ 4.058,40	€ 4.821,91	€ 8.088,00	€ 5.830,48	€ 2.920,09	€ 3.903,74	€ 3.454,51

Zweites Kapitel

Tarife für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I.

Grundleistungen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte

Pos.Nr. neu / alt		Punkte	
<u>ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN</u>			
<u>1. Ordination</u>			
10	1 A	Erste Ordination	20
11	1 a	Jede weitere Ordination	10
12	1 b	<u>Zuschlag</u> für Sofortbehandlung im Akutfall außerhalb der Ordinationszeit (gilt nicht für Fälle, die im Anschluß an die Ordinationszeit behandelt oder bestellt werden)	4
13	1 c	<u>Zuschlag</u> zur Ordination an Wochenenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe, außerhalb der Ordinationszeit)	10
14	1 d	<u>Zuschlag</u> zur Ordination bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	10
15	1 e	Ausfertigung eines Rezeptes (Verrechnung einer Ordination nicht zulässig) gilt auch für Fachärzte	4
16	1 f	Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
17	1 ff	Nachtordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
Die Pos. 12 (1 b) und 13 (1 c) können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringende Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten angesetzt sind.			
18	1 g	Erste Ordination über ärztliche Zuweisung einschließlich eingehender Untersuchung und <u>Befundbericht</u> beim Arzt für Allgemeinmedizin	26
<u>1a. Telefonische Krankenbehandlung</u>			
19		Telefonordination	10

Diese Position ist abrechenbar unter folgenden Voraussetzungen:

- Das Telefonat mit dem Patienten muss vom Arzt persönlich geführt werden.
- Die Besprechung bloß organisatorischer Angelegenheiten (wie zB: Terminvereinbarungen) ist nicht verrechenbar, sondern nur die Besprechung den Krankheitszustand bzw. die Gesundheit eines Patienten betreffende Fragen.
- Die telefonische Beratung/Behandlung muss als persönliche und unmittelbare Berufsausübung iSd § 49 Abs 2 ÄrzteG zulässig sein; nach herrschender Auffassung ist das beispielsweise der Fall, wenn ein Befund besprochen wird, wenn es sich um eine reine Beratungstätigkeit ohne Untersuchungsnotwendigkeit handelt sowie wenn kein Zweifel über die Grundlage der medizinischen Entscheidung gegeben ist (beim geringsten Zweifel ist ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten zu veranlassen).
- Eine Krankmeldung erfordert jedenfalls eine persönliche Untersuchung durch den Vertragsarzt und kann nicht im Rahmen einer telefonischen Krankenbehandlung erfolgen.
- Pro Arzt und Quartal sind Telefonordinationen maximal im Ausmaß von 10 % der Summe aus Weiteren Ordinationen (Pos. 11) und Telefonordinationen (Pos. 19) verrechenbar.
- Eine o-card-Konsultation ohne Papierbeleg muss bei der Telefonordination erzeugt werden.

2. Krankenbesuch

20	2 a	Krankenbesuch (1. und jeder weitere)	42
21	2 b	<u>Zuschlag</u> zum dringenden Krankenbesuch (nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand, wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere Blutung u. dgl. verrechenbar) während der Ordinationszeit. Die Notwendigkeit ist zu begründen.	10
22	2 c	<u>Zuschlag</u> zum Krankenbesuch an Wochenenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe)	14
23	2 d	<u>Zuschlag</u> zum Krankenbesuch bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	14
24	2 e	Mitbesuch, z.B. in Heimen, Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten	14
25	2 f	Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
26	2 ff	Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4

3. Zuschlag für unvorhergesehene Zeitversäumnis

		Bei Ordinationen und Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde	
30	3 a	bei Tag	20
31	3 b	bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	40
		Die Zuschläge nach 30 (3 a) und 31 (3 b) sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde. Das unvorhergesehene Zeitversäumnis ist zu begründen.	
32	3 c	Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern, pro angefangene Viertelstunde (Ärztliches Gespräch)	14
		Die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem	

Besuch abgegolten.

Patientenlimit: pro Patient und Quartal max. 3 mal 1/4 Stunde

Gesamtlimit: 12 % der abgerechneten Fälle.

33	3 d	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, pro 20 Minuten Diese Pos. beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Diese Pos. dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention mit Dokumentation der Resultate. Voraussetzung zur Verrechnung dieser Pos. ist die Verleihung des „ÖÄK-Diploms psychosomatische Medizin“	35
34		Zuschlag für ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde	€ 20,00
		Dieser Zuschlag ist von Ärzten für Allgemeinmedizin oder Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde einmal pro Fall und Quartal in jenen Fällen verrechenbar, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren, die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der VGKK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.	
		<u>Gesamtlimit:</u> 5 % der abgerechneten Fälle.	
		Erläuterungen zum Positionstext:	
		1. Notwendigkeit zur Organisation und intensiven Koordination der ambulanten, häuslichen Versorgung von chronisch kranken, polymorbiden sowie onkologischen und palliativen Patienten.	
		2. Telefonische und/oder persönliche Gespräche bzw. Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur optimalen Koordination der Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und rehabilitativen Maßnahmen (insbesondere Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Mobiler Hilfsdienst, Case-Manager im Sozialbereich, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Hospiz).	
<u>4. Zuschlag für Konsilium</u>			
40	4 a	bei Tag für den Berufenen	40
41	4 b	bei Tag für den Berufenden	30
42	4 c	bei Nacht für den Berufenen	80
43	4 d	bei Nacht für den Berufenden	60
44		Teilnahme am Schmerzboard gemäß Zielsteuerungsprojekt „Schmerzboard Vorarlberg“ laut Beschluss der Vorarlberger	

Die Pos. 44 ist von Ärzten für Allgemeinmedizin sowie von Fachärzten, die chronische Schmerzpatienten behandeln, pro 60 min. verrechenbar für die umfassende Dokumentation sowie Aufarbeitung von Fällen und die Teilnahme an Sitzungen des Schmerzboards. Pro Sitzung ist die Position maximal 3 x verrechenbar, wobei die Verrechenbarkeit pro Patient auf eine Sitzung im Quartal beschränkt ist. Es sind damit auch sämtliche sonstigen Aufwendungen in diesem Zusammenhang abgegolten, insb. für Barauslagen, Zeitversäumnis, Fahrtkosten etc.

5. Elektronisches Kommunikations-Service (eKOS)

Die Kommunikation zwischen Versicherungsträger und Vertragsarzt bzw. Vertragsgruppenpraxis im Zusammenhang mit der Erfassung, Übermittlung und Bearbeitung inkl. allfälliger Freigabe von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen erfolgt ab 01.10.2019 flächendeckend und verpflichtend im Wege des eKOS nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Vereinbarung zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer vom 05.06.2018, im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) kundgemacht zu avsv Nr. 111/2018. Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit kurativem Einzelvertrag zur Vorarlberger Gebietskrankenkasse, die eKOS integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten frühestens ab 01.01.2019 einen Betrag von EUR 4,00 pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat bis einschließlich Dezember 2022. Die Abrechnung erfolgt über die Pos:

45 (eKOS1)	Monatlicher Zuschuss zu EDV-Wartungskosten für eKOS (für Allgemeinmediziner und Fachärzte)	€ 4,00
------------	---	--------

FACHARZT

5. Ordination

50	5 a	Erste Ordination <u>über ärztliche Zuweisung</u> einschließlich eingehender Untersuchung und <u>Befundbericht</u> beim Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenerkrankungen, Neurologie und Psychiatrie, Nuklearmedizin	32
51	5 b	Erste Ordination <u>über ärztliche Zuweisung</u> einschließlich eingehender Untersuchung und <u>Befundbericht</u> beim Facharzt für Augenheilkunde, Chirurgie, Plastische Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Krankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie, Unfallchirurgie, Physikalische Medizin und Urologie	26
Die Positionen 50 (5 a) und 51 (5 b) können nur auf einem Zuweisungsschein und nur dann verrechnet werden, wenn eine eingehende Untersuchung und ein schriftlicher Befundbericht erstellt wurden. Wird kein Befundbericht erstellt, ist nur die Pos. 52 (5 c) verrechenbar.			
52	5 c	Erste Ordination ohne ärztliche Zuweisung bei allen Fachärzten	20
53	5 e	Weitere Ordination beim Facharzt	10
54	5 f	Weitere Ordination beim Facharzt mit neuerlicher Zuweisung und Befundbericht	18
55	5 g	<u>Zuschlag</u> für Sofortbehandlung im Akutfall außerhalb der Ordinationszeit (gilt nicht für Fälle, die im Anschluß an die Ordinationszeit behandelt oder bestellt werden)	4
56	5 h	<u>Zuschlag</u> zur Ordination an Wochenenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe, außerhalb der Ordinationszeit)	10
57	5 i	<u>Zuschlag</u> zur Ordination bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	10
58	5 k	Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
59	5 kk	Nachtordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4

6. Krankenbesuch

60	6 a	Erster Krankenbesuch <u>über ärztliche Zuweisung</u> einschließlich eingehender Untersuchung und Befundbericht bei allen Fachärzten	62
Diese Position kann nur auf einem Zuweisungsschein verrechnet werden.			
61	6 c	Erster und jeder weitere Krankenbesuch <u>ohne ärztliche Zuweisung</u> einschließlich eingehender Untersuchung bei allen Fachärzten	42
62	6 e	Mitbesuch, z.B. in Heimen, Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten	14
63	6 f	Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst,	

		zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
64	6 ff	Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
65	6 g	<u>Zuschlag</u> zum dringenden Krankenbesuch (nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand, wie z.B. Unfall, Kollaps, schwere Blutung u. dgl. verrechenbar)	10
66	6 h	<u>Zuschlag</u> zum Krankenbesuch an Wochenenden oder Feiertagen	14
67	6 i	<u>Zuschlag</u> zum Krankenbesuch bei Nacht	14

Bei den Positionen 65 (6 g) bis 67 (6 i) ist die Dringlichkeit zu begründen.

6a. Telefonische Krankenbehandlung

68		Telefonordination	10
----	--	-------------------	----

Diese Position ist abrechenbar unter folgenden Voraussetzungen:

- Das Telefonat mit dem Patienten muss vom Arzt persönlich geführt werden.
- Die Besprechung bloß organisatorischer Angelegenheiten (wie zB: Terminvereinbarungen) ist nicht verrechenbar, sondern nur die Besprechung den Krankheitszustand bzw. die Gesundheit eines Patienten betreffende Fragen.
- Die telefonische Beratung/Behandlung muss als persönliche und unmittelbare Berufsausübung iSd § 49 Abs 2 ÄrzteG zulässig sein; nach herrschender Auffassung ist das beispielsweise der Fall, wenn ein Befund besprochen wird, wenn es sich um eine reine Beratungstätigkeit ohne Untersuchungsnotwendigkeit handelt sowie wenn kein Zweifel über die Grundlage der medizinischen Entscheidung gegeben ist (beim geringsten Zweifel ist ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten zu veranlassen).
- Eine Krankmeldung erfordert jedenfalls eine persönliche Untersuchung durch den Vertragsarzt und kann nicht im Rahmen einer telefonischen Krankenbehandlung erfolgen.
- Pro Arzt und Quartal sind Telefonordinationen maximal im Ausmaß von 10 % der Summe aus weiteren Ordinationen (Pos. 53) und Telefonordinationen (Pos. 68) verrechenbar.
- Eine o-card-Konsultation ohne Papierbeleg muss bei der Telefonordination erzeugt werden.

7. Zuschlag für unvorhergesehene Zeitversäumnis

Bei Ordinationen und Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde

70	7 a	bei Tag	20
71	7 b	bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	40

Die Zuschläge nach 70 (7 a) und 71 (7 b) sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde. Das unvorhergesehene Zeitversäumnis ist zu begründen.

72	7 c	Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern, pro angefangene Viertelstunde (Ärztliches Gespräch)	14
----	-----	--	----

Die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten.

Patientenlimit: pro Patient und Quartal max. 3 mal 1/4 Stunde

Gesamtlimit: 12 % der abgerechneten Fälle,

Sofern die Pos. 72 von einem Facharzt am gleichen Tag wie die Pos. 416, 417 oder 454 verrechnet wird, werden diese Fälle weder auf das Patienten- noch auf das Gesamtlimit angerechnet.

73	7 d	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, pro 20 Minuten, Diese Pos. beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Diese Pos. dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention mit Dokumentation der Resultate. Voraussetzung zur Verrechnung dieser Pos. ist die Verleihung des „ÖÄK-Diploms psychosomatische Medizin“	35
----	-----	---	----

8. Zuschlag für Konsilium

80	8 a	bei Tag für den Berufenen	40
81	8 b	bei Tag für den Berufenden	30
82	8 c	bei Nacht für den Berufenen	80
83	8 d	bei Nacht für den Berufenden	60

II.
**Allgemeine Sonderleistungen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin
und Vertragsfachärzte**

Pos. Nr. neu / alt		Punkte
<u>10. Blutabnahme</u>		
100 10 a	Blutabnahme aus der Vene	4
101 10 b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 10 Jahren	8
102 10 c	Aderlaß (mindestens 150 ccm)	10
103 10 d	Mikroblutentnahme bei Kindern bis zu 6 Jahren, Zuschlag	4
<u>11. Injektionen</u>		
110 11 a	Subcutane, intracutane Injektion (mit der Ordination bzw. Besuch abgegolten)	-
111 11 b	Intramuskuläre Injektion	4
112 11 c	Intravenöse Injektion	6
113 11 d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 10 Jahren	10
114 11 e	Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	10
	Die Positionen 111 (11 b), 112 (11 c), 113 (11 d) und 114 (11 e) dürfen bei Serieninjektionen (mehr als 3 Injektionen) nur o h n e Ordination verrechnet werden.	
115 11 f	Intraarterielle Injektion	14
116 11 g	Intracardiale Injektion	14
117 11 h	Subconjunktivale Injektion	4
118 11 i	Parabulbäre Injektion	8
119 11 l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknotten	24
120 11 m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	50
121 11 o	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	12
122 11 q	Krampfaderverödung, max. 5 Verödungen pro Sitzung	8
123 11 s	Haemorrhoidenverödung durch Injektion	8
124 11 u	Periarticuläre Injektion	10
125 11 v	Intraarticuläre Injektion in ein Gelenk	20

12. Infiltrationen

130	12 a	Subcutane Infiltration	8
131	12 b	Intramuskuläre Infiltration	8
132	12 d	Perineurale Infiltration	8
133	12 e	Intrac. Infiltration durch Dermojet, pro Sitzung	8

13. Infusionen

140	13 a	Intraarterielle Infusion	40
141	13 b	Intravenöse Dauertropfinfusion	20

15. Allergietestungen und Impfungen

150	15 a	Tine-Test und ähnliche, je	2
151	15 b	Allergieproben, Hautfunktionsprüfung, epidermaler Lappchentest, je	2
152	15 c	Intradermaler Pricktest, je	6
153	15 e	Therapeutische Impfung	8

Die Positionen 151 (15 b) und 152 (15 c) können jeweils pro Patient und Quartal mit max. 50 Punkten verrechnet werden.

16. Punktionen (diagnostisch)

160	16 a	Aus oberflächlichen Körperteilen (z.B. Cysten, Schleimbeutel und Lymphknoten, Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä.)	10
161	16 b	Aus einem Gelenk	20
162	16 c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	14
163	16 d	Aus dem Herzbeutel	40
164	16 e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	30
165	16 f	Suboccipitalpunktion	30
166	16 h	Sternalpunktion	30
167	16 i	Punktion der Prostata	20
168	16 k	Punktion der Leber, Milz oder Niere ohne Laparoskopie	60
169	16 l	Punktion während der Laparoskopie	30
170	16 m	Punktion aus der Harnblase	20

17. Punktionen (therapeutisch)

171	17 a	Aus einer Cyste, einem Schleimbeutel, einem Lymphknoten, einem Abszeß oder Haematom	16
172	17 b	Aus größeren Gelenken einschließlich ev. Füllung	30
173	17 c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle oder Douglas	50
174	17 d	Aus dem Herzbeutel	60
175	17 e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	30
176	17 f	Suboccipitalpunktion	30
177	17 g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanella	30
178	17 i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung	20
179	17 k	Aus der Harnblase	30

18. Betäubung

180	18 a	Kälte- oder Oberflächenanästhesie	4
181	18 c	Infiltrationsanästhesie	8
182	18 d	Leitungsanästhesie	16
183	18 e	Inhalations- oder i.v. Narkose	30
184	18 f	Sacralanästhesie oder Plexusanästhesie	30
185	18 g	Lumbalanästhesie	40
186	18 h	Narkose mit Intubation	50
187	18 i	Lokalanästhesie in das Bruchhämatom	16
188	18 k	Lumbale Sympatikusblockade	24

19. Wiederbelebung

190	19 a	Intensiver Belebungsversuch beim schwer asphyktischen neugeborenen Kind	20
191	19 b	Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	30
192	19 c	Apparative Beatmung durch Saugdruckverfahren bei vitaler Indikation, als Zuschlag zu 191 (19 b) und 193 (19 d)	10
193	19 d	Künstliche Beatmung als Wiederbelebungsversuch einschließlich extrathorakaler Herzmassage	30

20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

200	20 a	Bougierung der Speiseröhre	10
201	20 b	Ausheberung und Spülung des Magens	40
202	20 c	Zuschlag für Ausspülen des Magens bei Kindern bis zu 10 Jahren	20
203	20 d	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Duodenums mit allfälligen Biopsien Zusätzlich gebührt zu dieser Pos. eine Unkostenabgeltung für Sachaufwand in Höhe von EUR 51,00 .	115

204	20 f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes mit allfälligen Biopsien	40
209	20 l	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	6
210	20 m	Bougierung des Mastdarmes oder einer Colostomiefistel	6
211	20 n	Proktoskopie	10
212	20 o	Sphinkterdehnung	10
213	20 p	Hohe Darmirrigation	10
214	20 q	Digitale Ausräumung des Mastdarmes	10
215		Schlingenpolypektomie im Kolon	40
216		Inkomplette (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung	EUR 199,08
217		Hohe (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung	EUR 274,57

Die Pos. 217 ist nur bei bildlich dokumentiertem Erreichen des Coekum verrechenbar, die Pos. 216 nur bei bildlich dokumentiertem Erreichen zumindest der flexura coli sinistra. Weitere Verrechnungsvoraussetzung für die Pos. 215 bis 217 ist die Einhaltung der in der Beilage 1 der zwischen Land Vorarlberg (Landesgesundheitsfonds), Kasse und Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg am 25.1.2007 abgeschlossenen Vereinbarung zur Vorsorgekoloskopie enthaltenen Bestimmungen sowie die Dokumentation der Befunde gemäß Beilage 2 dieser Vereinbarung (das Dokumentationsblatt muss erst ab jenem Zeitpunkt, ab dem auch die VlbG. Krankenhäuser dieses für die von ihnen durchgeführten Koloskopien vollständig ausgefüllt der VGKK übermitteln, verwendet und der VGKK übermittelt werden; bis dahin genügt die Dokumentation der Inhalte in der Arztkartei). Erforderliche Darmreinigungsmittel, Prämedikationsmittel, Kanülen und Aufziehnadeln, Reinigungs- und Desinfektionsmittel für das Koloskop und für das Koloskopie-Zubehör werden von der Kasse pro ordinatione zur Verfügung gestellt. An jenen Tagen, an denen eine Koloskopie laut Pos. 216 oder 217 verrechnet wird, ist die Verrechnung der Grundleistungs-Positionen 10 (1 A) bis 14 (1 d), 16, 17 (1 f und 1ff) und 18 sowie 50 (5 a) bis 59 (5 kk) des ärztlichen Honorartarifes für denselben Patienten nicht möglich, es sei denn, der Vertragsarzt wird an demselben Tag infolge eines Akutfalles noch einmal in Anspruch genommen. Der Vertragsarzt hat dies gegebenenfalls in der elektronischen Abrechnung zu begründen.

21. Sonstige ärztliche Verrichtungen

220	21 a	Extraktion eines Zahnes, einwurzelig	10
221	21 b	Extraktion eines Zahnes, mehrwurzelig	16
222	21 c	Oszillometrie mit graphischer Dokumentation	20
223	21cc	Oszillometrie ohne graphische Dokumentation	12
224	21 d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	4
225	21 e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	10
226	21 f	Durchtrennung des Zungenbändchens	8
227	21 g	Sondierung einer Fistel	4
228	21 h	Konservative Behandlung von Hernien, je Sitzung (Reposition oder Behandlung einer kindl. Nabelhernie)	6
229	21 i	Erhebung des Venenstatus an beiden Beinen (Prüfung	

		nach Trendelenberg usw.) mit Dokumentation	10
230	21 ij	Ausführlicher ärztlicher Befundbericht im kassenärztlichen Bereich	6
237	21 ik	Nadelakupunktur (nach den Kriterien des Obersten Sanitätsrates), verrechenbar nur mit ÄK-Diplom Akupunktur	20
235	21n	Wechseln von Magenaustauschsonden (Gastrotube)	14
236	21o	Wechsel von suprapubischen Blasenkathetern	14
238	21p	kassenärztliche Behandlung von Substitutionspatienten in den von der Vereinbarung der Kasse mit dem Land vom 22.02.2013 umfassten Einrichtungen zur Behandlung Drogenabhängiger durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin Die Verrechnung sonstiger Positionen der Honorarordnung im Rahmen der Untersuchung/Behandlung neben dem Pauschalhonorar ist unzulässig.	€ 86,38
239	21q	Heilmittelberatungsgespräch Limit: verrechenbar max. in 12% der abgerechneten Fälle bei Allgemeinmedizinern und max. in 7 % bei Fachärzten aller in der Honorarordnung geregelten Fachgruppen mit Ausnahme der Fachgruppen Radiologie und med. und chem. Labormedizin. Die Position kann für folgende Leistungen verrechnet werden. a) Durchforsten von vorhandenen oder vom Patienten mitgebrachten Medikamentenlisten unter Berücksichtigung von Neben- und Wechselwirkungen etc. Aktualisierung der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverordnungen zu vermeiden und/oder b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf dem Ökotool entsprechende kostengünstige Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars) und/oder c) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil). Das Heilmittelberatungsgespräch hat mind. 5 -10 min. zu dauern. Der Arzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (a – c) beziehen und ist in Stichworten in der Arztdokumentation zu dokumentieren.	10

Dopplerschall-Untersuchungen

231	21 j	Nicht direktionale Ultraschall-Doppleruntersuchung beider Beine	15
232	21 k	Direktionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung ev. Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	50
233	21 l	Dopplersonographische Untersuchung des Karotis-	

	vertebralisarteriensystems	50
234 21 m	Dopplersonographische Untersuchung des venösen Systems	24

III.
Sonderleistungen aus den einzelnen Fachgebieten

A. SONDERLEISTUNGEN
AUS DEM GEBIETE DER AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE

240	22 a	Subjektive Refraktionsbestimmung bei Astigmatismus	6
241	22 aa	Subjektive Refraktionsbestimmung ohne Astigmatismus	4
242	22 b	Skiaskopie (nach Lindner)	6
243	22 c	Untersuchung mit dem Refraktometer	6
244	22 d	Untersuchung mit dem Adaptometer nach Goldmann oder Engelking	14
245	22 e	Prüfung der Farbtüchtigkeit mit pseudoisochromatischen Tafeln und gleichwertigen Testen	4
246	22 f	Prüfung der Farbtüchtigkeit mit dem Anomaloskop	10
247	22 g	Prüfung des Gesichtsfeldes mit graphischer Darstellung	16
248	22 gg	Programmgesteuerte Perimetrie (Hochleistungsperimetrie)	20
249	22 h	Schirmertest	4
250	22 i	Break-up time (Verrechenbar von Fachärzten für Augeneheilkunde)	4
251	22 j	Tonometrie mit dem Applanationstonometer	10
252	22 k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder Durchleuchtungslampe	4
253	22 l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe), inklusive Oberflächenanästhesie	6
254	22 m	Heterophoriebestimmung sowie Prüfung der Fusion und des stereoskopischen Sehens	6
255	22 n	Prüfung auf Doppelbilder	6
256	22 nn	Prüfung der Doppelbilder mit dem Leescren	14
257	22 o	Kontaktglasuntersuchung (Goldmann usw.) inklusive Gonioskopie, inklusive Oberflächenanästhesie	20
258	22 p	Tagesdruckkurve mit mindestens 3 applanationstonometrischen Messungen, inklusive Anästhesie	20
259	22 q	Konvergenztrainer oder Muskeltrainer pro Sitzung	6
260	22 r	Lupenbrillen Anpassung	12
261	22 s	Dynamometrie (RAD)	20
262	22 u	Tonographie	30
263	22 v	Fundusfotographie oder Spaltlampenfotographie inkl. Sachleistung	26

264	22 w	Fluoreszenzangiographie inkl. Sachleistung	50
265	22 ww	Fluoreszenzangioskopie	18
266	22 x	Synoptophoruntersuchung	10
267	22 y	Pleoptophor oder Euthyskopbehandlung pro Sitzung, Amblyopie oder orthoptische Behandlung pro Sitzung	10
268	22 z	Untersuchung mit dem VOLK-Glas oder indirekte Ophthalmoskopie (verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde - nicht neben Pos. 257 (22 o))	6
269		Optische Kohärenztomographie (OCT)	EUR 73,70

23. Fremdkörperentfernung

270	23 a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	8
-----	------	--	---

24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

280	24 a	Wimpernepilation	6
281	24 b	Kauterisation der Hornhaut	40
282	24 c	Spaltung des Hordeolums	10
283	24 e	Retrobulbäre Injektion 1.	24
284	24ee	jede weitere	12
285	24 f	Tränensackspülung oder Sondierung 1.	40
286	24ff	wiederholt	14
287	24 i	Tränensackphlegmonenincision	40

B. SONDERLEISTUNGEN

AUS DEN GEBIETEN DER CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, ORTHOPÄDIE UND ORTHOP. CHIRURGIE, DERMATOLOGIE

25. Wundversorgung

290	25 a	Wunde mit Naht und Verband (eine Naht)	20
291	25 b	Kleine Wunde mit Butterfly oder Gewebekleber	10
292	25 c	Abtragung mehrerer großer Blasen in einer Sitzung	10
293		Nahtentfernung bei größeren Wundnähten (zB nach Bypass-OP) Diese Position ist einmal pro Patient und Tag verrechenbar, sofern zumindest 12 Nähte oder Klammern entfernt wurden.	10

26. Kleine operative Eingriffe

300	26 a	Incision eines oberflächlichen Abszesses, Furunkels, einer Paronychie, eines Panaritiums cutaneum oder eines vereiterten Atheroms	10
301	26 d	Exkochleation, Ätzung, Kaustik einer Warze oder einer leicht zugänglich gestielten Geschwulst	10
302	26 e	Exkochleation, Ätzung, Kaustik mehrerer Warzen oder Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste in einer Sitzung	20
303	26 g	Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	20
304	26 i	Bluttransfusion mit Konserve	30
305	26 b	Incision nach Krampfaderverödung und Thrombektomie	5

27. Verbände

310	27 a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband	14
311	27 d	Gipsverband, Hand und Unterarm	30
312	27 e	Gipsverband, Hand, Unter- und Oberarm	50
313	27 f	Gipsverband, obere Extremität und Schultergürtel	120
314	27 g	Gipsverband, Fuß, Unterschenkel oder Hüle	50
315	27 h	Gipsverband, Fuß, Unter- und Oberschenkel	80
316	27 i	Gipsverband, untere Extremität und Becken	150
317	27 k	Abnahme eines großen Gipsverbandes	10
318	27 l	Anbringung eines Gehbügels, Reparatur eines Gipsverbandes	10
319	27 m	Abänderung eines festen Verbandes (Fensterung, Schieneneinsetzung, Aufkeilung)	10
320	27 n	Abduktionsschienenverband mit Stärke- oder Gipsfixation	40
321	27 o	Armverband nach Désault mit Gipsfixation	50

322 27p Behandlung chron. Hautwunde (Ulcusbehandlung) inkl. Verbandanlage mit einem Zeitaufwand von mehr als 10 Minuten. Verbandsmaterial ist dem Patienten zu verordnen. 14

28. Orthopädische Verrichtungen

330 28 a Modell für Einlagen bei Senk-, Spreiz- oder Knickfuß (einschl. Kontrolluntersuchung nach Übernahme der Einlagen) 30

331 28 e Überprüfung und Anpassung eines orthopädischen Behelfes 10

332 28 f Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden oder Elastoplast oder Tape (normaler Kompressionsverband nach Varizenverödung nicht verrechenbar) 20

333 28 h Gezieltes manuelles Wirbelsäulenredressement (max. 3 mal pro Krankheitsfall) 20

334 28 i Manuelle Therapie der Gelenke (nach den Richtlinien der Gesellschaft für manuelle Medizin), max. 3 mal pro Krankheitsfall 12

335 28 k Anleitung und Demonstration gymn. Übungen durch den Arzt (verrechenbar für Kinderärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie) 10

29. Knochenbrüche

340 29 a Provisorische Versorgung kleiner Knochen (Finger, Zehen, Rippen) 10

341 29 b Alle übrigen Knochen 30

C. SONDERLEISTUNGEN

AUS DEM GEBIETE DER FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

30. Frauenheilkunde

350	30 a	Gynäkologische Untersuchung	4
351	30 b	Einlegen und Wechseln eines Pessars	6
352	30 d	Untersuchung mit dem Kolposkop	10
353	30 e	Entnahme von Untersuchungsmaterial für Zytodiagnostik oder für Sekretuntersuchung außerhalb der Krebsprophylaxe	4
354	30 h	Einlegung arzneihaltiger Tampons in die Scheide, Ausspülung, Ätzung oder Tamponade der Scheide	8
355	30 c	Elektrokauterisation der Portio oder Cervix	30
356	30i	Hysteroskopie incl. Cervixdilataion	27
357	30j	Probeexcision bei Hysteroskopie	13

verrechenbar nur für Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe.
Für Ärzte, bei denen diese Leistung nicht Bestandteil der Facharzt-
ausbildung ist, bzw. war, ist als Voraussetzung für die Verrechen-
barkeit eine Bestätigung der Ärztekammer für Vorarlberg über die
Qualifikation zur Erbringung dieser Leistungen vorzulegen.

31. Geburtshilfe

360	31 a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane unter sterilen Bedingungen (sofern keine geburtshilfliche Leistung verrechnet wird, während der Geburt oder Fehlgeburt)	14
361	31 b	Persönlicher Beistand bei einer Geburt, der während des Geburtverlaufes notwendig wird, sofern kein operativer Eingriff erforderlich ist, außer der aufgewendeten Zeit, aber einschließlich aller kleinen Leistungen wie gyn. Untersuchung, Anästhesierung, Credé-scher Handgriff, Dammschutz, Wiederbelebung des Neugeborenen usw. Bei Verrechnung der Position 361 (31 b) kann die Position 360 (31 a) nicht gleichzeitig verrechnet werden.	100
362	31 c	Manuelle Muttermunddilataion oder Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	14
363	31 d	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	50
364	31 e	Beistand bei Mehrfachgeburt ohne Kunsthilfe	150
365	31 f	Ultraschalldiagnostik nach dem Dopplerprinzip, Lokalisation der kindl. Herztöne und Feststellen der Frequenz (nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 366 (31 g))	4
366	31 g	Cardiotokographie, mindestens 30 Min.	30

D. SONDERLEISTUNGEN

AUS DEM GEBIETE DER HALS-, NASEN- UND OHRENKRANKHEITEN

32. Untersuchungen

370	32 a	Prüfung des statischen Gleichgewichtes, Prüfung auf Spontannystagmus	10
371	32 a ₁	Eingehende Prüfung des stat. Gleichgewichtes, Prüfung auf Spontansymptome, Prüfung auf Spontan- oder Provokationsnystagmus mit Kopfschüttelnystagmus und -Lagenystagmus, kalorische oder Drehprüfung	30
372	32 a ₂	Elektronystagmographie in Ruhe (Bei dieser Position ist 370 (32 a) eingeschlossen und darf daher nicht gesondert berechnet werden.)	50
373	32 a ₃	Elektronystagmographie einschließlich experimentieller Reizung	60
374	32 b	Sprachaudiometrie (Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufgehoben werden.)	50
375	32 b ₁	Erweiterte audiographische Abklärung oder Simulationsteste oder überschwellige Methoden	40
376	32 c	Ohrmikroskopie	10
377	32 f	Stimmgabelprüfung	8
378	32 h	Endoskopie der Nebenhöhlen, des Larynx oder des Nasen-Rachenraumes	30
379	32 i	Reintonaudiometrie	30
380	32 j	Sprachentwicklungstest bei Kindern (Laut, Begriff, Satz) - Zeitaufwand 10 Minuten	16

33. Therapeutische Verrichtungen

381	33 a	Schwierige Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	10
382	33 b	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu 10 Jahren	16
383	33 c	Umschriebene Ätzung, Elektrokoagulation der Nasenschleimhaut, einfache Nasentamponade, je Seite	12
384	33 d	Schichtentamponade	12
385	33 e	Cerumenentfernung, je Ohr	6
386	33 f	Anwendung des Tubenkatheters einschließlich Oberflächenanästhesie, je Seite	6
387	33 g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	40
388	33 h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	10

389	33hh	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, beidseitig	12
390	33 m	Speichelgangsondierung	20
391	33 n	Logopädische Behandlung, je Sitzung	10
392	33 r	Kaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	36
393	33 s	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell oder aus der Paukenhöhle mit scharfem Löffel oder andere Eingriffe (Entfernung von Ohrpolypen)	20

E. SONDERLEISTUNGEN
AUS DEM GEBIETE DER INNEREN MEDIZIN UND
DER KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE

34. Elektrokardiogramm

400	34 a	Ruhe-EKG (Standard, Goldberger)	10
401	34 b	Ruhe-EKG und 3 Brustwandableitungen	15
402	34 c	Ruhe-EKG mit 6 Brustwandableitungen	20
403	34 d	Ergometrie plus Ruhe-EKG	80
Die Pos. 400, 401 und 402 sind nicht neben der Pos. 403 verrechenbar.			
414	34 e	24-Stunden-Langzeit-EKG (verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie) Diese Leistung umfasst das Anlegen des Gerätes, die 24-Stunden-Registrierung, die Computerauswertung sowie die Befunderstellung. Die Geräteausstattung ist der Kasse bekanntzugeben. Die Leistung ist zu dokumentieren, aufzubewahren (entsprechend der Dokumentationspflicht des Ärztegesetzes) und der Kasse auf Verlangen innerhalb von 3 Jahren zur Verfügung zu stellen.	125
415	34 o	Automatisches ambulantes 24-Stunden-Blutdruckmonitoring	50

Indikationen:

1. Nicht klärbarer Hypertonieverdacht bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtetes durch die Kombination von Sprechstunden und Selbstmessung
 2. Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei sekundärer Hypertonie, Präeklampsie, Schlafapnoe, hypertoner Herzhypertrophie
 3. Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie
 - bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch),
 - bei Patienten nach Schlaganfall, Herzinfarkt,
 - bei Patienten mit Herzinsuffizienz,
 - bei Patienten mit echocardiographisch festgestellter Linkshypertonie,
 - bei Patienten mit Diabetes mellitus,
 - bei Schwangeren mit EPH-Gestose,
 - bei Patienten mit fehlender Rückbildung von Organschäden *)
 - bei Patienten mit Wechselschichtdienst *)
 - bei Patienten mit Symptomen von Überbehandlung (z.B. unerklärbarer Schwindel) *)
 - zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie *)
- *) Nur bei unzureichender Klärung durch die Kombination von Sprechstundenmessung und Selbstmessung.

Gerätevoraussetzungen:

- Entweder oszillatorische oder auskultatorische Messmethode
- Zulassung des Gerätetyps durch die Holtergesellschaft

- Prüfung des Gerätes durch das Amt für Eich- und Messtechnik.

Befunddokumentation:

Die Befunde sind zu dokumentieren und drei Jahre aufzubewahren.

Verrechnungsbeschränkung:

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie. Zur Therapiekontrolle gem. Ziff. 3 der Indikationen (nach erfolgter Neueinstellung) auch verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin. Zusätzlich gilt für beide Fachgruppen: verrechenbar nur bei Nachweis einer entsprechenden Ausbildung nach den jeweils geltenden einschlägigen Ausbildungsrichtlinien der ÖÄK

404	34 f	Zuschlag für EKG am Krankenbett (Die Positionen 400 (34 a) bis 404 (34 f) werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.)	20
405	34 g	Rheokardiographie, Apexcardiographie, Carotispulskurve	40
406	34 gg	Rheoangiographie, je Extremität	22
407	34 h	Phonokardiogramm	40
408	34 hh	Orthostaseprüfung nach Schellong	10
409	34 i	Pädiatrische Beratung beim Säugling und unmündigen Minderjährigen (max. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres), insbesondere detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen oder bei Dyspeptischen oder Distrophischen, sowie bei Stoffwechsel- und allergischen Erkrankungen und Ernährungsstörungen, einmal im Monat verrechenbar	10
410	34 k	Spezielle Untersuchung auf Cerebralparese (CP), Cerebralschäden bei Säuglingen und Kleinkindern (Risikokinder, Verdachts- oder Erkrankungsfälle) (Kann nur einmal vierteljährlich verrechnet werden)	24
411	34 l	Detaillierte genormte diagnostische Entwicklungsuntersuchung bei Kindern (Entwicklungs- und Intelligenzquotient und Befundaufstellung z.B. HAWIVA-Test, HAWIK-Test, AID-Test, Münchner Entwicklungsskala, ET 6-6, Ruf-Bächtiger-Test)	50
412	34 m	Sprachentwicklungstest bei Kindern (Laut, Begriff, Satz) (Zeitaufwand 10 Minuten)	16
413	34 n	Heilpädagogische Beratung bei Kindern	16
416		Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung	65

Verrechnungsbestimmungen für Pos. 416:

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Zusatzfach Rheumatologie, Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie und für diejenigen Internisten, die zur Verordnung von Biologicals lt. Vereinbarung mit der VGKK berechtigt sind. Die Therapieeinstellung beinhaltet die Aufstellung eines Behandlungsplanes inkl. eventuell notwendiger Hilfsmittelversorgung, Physio- und

Ergotherapieverordnung. Weiters die Patientenaufklärung betreffend Medikamentenwirkung, Vorsichtsmaßnahmen, Umgang mit Nebenwirkungen und verantwortungsvollen Umgang mit der Medikation, die Patientenschulung für die Selbstinjektion, die Koordination mit anderen Ärzten, gegebenenfalls die Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel und Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt und die Dokumentation der Krankheitsaktivität mittels standardisierter Verfahren. Der Krankheitsverlauf und der Behandlungserfolg sowie die Verträglichkeit einer Behandlung mit DMARD's sind vom Rheumatologen zu überwachen und schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation und die Überprüfung der Krankheitsaktivität sowie das Ansprechen auf die Basistherapie hat durch Erhebung eines validierten Scores wie dem Disease Activity Score 28 (DAS-28) oder dem Clinical Disease Activity Index (CDAI) bei rheumatoider Arthritis oder Psoriasisarthritis oder Erhebung des BASDAI bei ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew) bzw. bei Spondyloarthritis zu erfolgen. Die Messresultate sind zu interpretieren. Weiters gilt:

- a) Die Therapieeinstellung und –überwachung rheumatologischer Patienten lt. dieser Position dauert mindestens 40 Minuten im Quartal.
- b) Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- c) Eine gleichzeitige Verrechnung der Positionen 73, 81, 83 (Konsilium), 239 (Heilmittelberatungsgespräch) am gleichen Tag ist nicht zulässig.

417 Bodyplethysmographie (zur differenzierten Diagnostik aller Obstruktiven und restriktiven Atemwegserkrankungen) 23

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 417:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie sowie von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar. Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation (z.B. Zusatzfach Pädiatrische Pulmologie) sind zur Verrechnung befugt, wenn sie hiezu von der VGKK im Einvernehmen mit der ÄK berechtigt wurden. Die Leistung ist zu dokumentieren, Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der VGKK auf Verlangen vorzulegen.

418 Messung der CO-Diffusionskapazität (nach single breath oder steady state Methode) 20

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 418:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie und Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar.

419	Erstmalige Anlage eines Somatogramms bei klinisch begründetem Verdacht auf Minder- oder Riesenwuchs, Untergewicht, Adipositas, Mikro- oder Macrocephalie. Das Somatogramm ist aufzubewahren und bei Folgebesuchen zu verwenden.	8
429	Fortführung eines Somatogramms Einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Nicht im selben Quartal für einen Patienten verrechenbar, in dem die Pos. 419 zur Abrechnung gelangt.	6

F. SONDERLEISTUNGEN

AUS DEM GEBIETE DER NERVEN- UND GEISTESKRANKHEITEN

35. Untersuchungen

420	35 a	Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit (Kann am gleichen Tag nicht mit Pos. 421 (35 b) verrechnet werden)	16
421	35 b	Aufstellung eines genauen neurologischen Befundes durch elektrische oder andere Untersuchungsmethoden (Grundsätzlich nur einmal vierteljährlich verrechenbar. Bei chronisch degenerativen neurologischen Erkrankungen, die im Rahmen der Therapieeinstellung häufiger kontrolliert werden müssen (z.B. Encephalitis disseminata, Mb. Parkinson) oder bei traumatischen Nervenläsionen ist diese Position max. 3x pro Patient und Quartal verrechenbar.)	34
422	35 c	Bestimmung der Rheobase und Chronaxie	12
423	35 d	EEG (Ruhe und Hyperventilation)	74
424	35 e	Zuschlag für Schlaf-EEG und/oder Provokationsmethode	24
425	35 f	Elektromyographie oder Elektroneurographie und Befund	74
426	35 g	Anwendung und Auswertung neuro-psychiatrischer Testverfahren (z.B. Minimentaltest, CPM- oder SPM-Test)	28
427	35 h	Kleine neuro-psychiatrische Testmethoden (orientierende Testuntersuchung z.B. Uhrentest, Hachinskyi-Test, Alters-Konzentrationstest, BUEVA-Test, Heidelberger Sprachentwicklungstest)	18
428	35 i	Echo-EG	52

36. Therapeutische Verrichtungen

430	36 a ₁	Psychotherapeutische Behandlung - Zeitaufwand mind. 1 Stunde	80
-----	-------------------	---	----

431	36 a ₂	Psychotherapeutische Behandlung; Neuro-psychiatrische Exploration oder Außenanamnese (Angehörigengespräch zur Anamneseerhebung mit ausführlicher Niederschrift), Zeitaufwand mind. 15 min	30
432	36 a ₃	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 ½ Stunden pro Patient	20
433	36 a ₄	Psychotherapeutische Behandlung; erweiterte neuro-psychiatrische Exploration oder Außenanamnese (Angehörigengespräch zur Anamneseerhebung) bei schwerwiegenden Krankheitsbildern z.B. Schizophrenien, Borderline-Störungen, Depressionen, mit ausführlicher Niederschrift, Zeitaufwand mind. 30 min.	46
434	36 a ₅	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	100
435	36 b	Psychiatrische psychopharmakologische, parenterale Akutbehandlung einschließlich notwendiger Überwachung	30
436	36 d	Psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allf. Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notw. Zeugnisse	30
437		Sozialpsychiatrischer Koordinationszuschlag – 1. Außenanamnese mit Bezugspersonen (Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, persönlich oder telefonisch) und/oder 2. Sozialpsychiatrische Intervention (umfaßt eine eingehende sozial-psychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten)	10 pro beendeten 5 Minuten

Die Pos. 430 (36a1), 432 (36a3), 433 (36a4) hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungen, 434 (36a5), 435 (36b) sowie 436 (36d) sind nur für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychiatrie (nicht für Vertragsfachärzte für Neurologie) verrechenbar.

Die Pos. 430 (36a1), 431 (36a2), 432 (36a3), 433 (36a4) sind hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungen auch für andere Vertragsärzte mit Ärztekammerdiplom Psychotherapie III verrechenbar.

Die Pos. 430 (36a1), 432 (36a3) und 434 (36a5) können am selben Tag nicht zusammen mit den Pos. 435 (36b) und 436 (36d) verrechnet werden.

Die Pos. 437 ist nur für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie sowie für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (nicht für Vertragsfachärzte für Neurologie) verrechenbar. Der Koordinationszuschlag ist nur verrechenbar, wenn Uhrzeit und Verhältnis der konsultierten Personen zum Patienten dokumentiert sind. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der VGKK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Der Koordinationszuschlag ist maximal vier mal pro Patient und Quartal verrechenbar.

G. LEISTUNGEN

AUS DEM GEBIETE DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

1. 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 (§ 123 ASVG) der Versicherungsträger.
2. Die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung erfordert auf Grund der Störungsbilder neben einem entsprechenden zeitlichen Aufwand vor allem einen vernetzenden, interdisziplinären Zugang. Das ausführliche fachärztliche Gespräch ist sowohl für die Anamneseerhebung als auch für die Diagnostik, Behandlung und Beratung das wichtigste Element.
3. 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
 - Diagnose
 - Behandlungsplan
 - Leistungserbringer, an die die Patienten zur Diagnostik (klinischpsychologische Diagnostik, Labor etc.) weiter verwiesen werden
 - Leistungserbringer, an die 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.

4. Die Honorierung der von den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie erbrachten Leistungen erfolgt nach folgendem Schema:

Pos. Nr.	Pos.text/Verrechnungsbestimmungen	Punkte
490	Erstdiagnostikphase von 0 Jahren bis vollendetes 3. Lebensjahr Dauer 6 Wochen bis 1 Quartal	513

	Inhalt: intensive Diagnostik und Erstbehandlung (4,5 Stunden) Nur einmal pro Patient verrechenbar	
491	Erstdiagnostikphase ab dem 4. Lebensjahr Dauer 6 Wochen bis 1 Quartal Inhalt: intensive Diagnostik und Erstbehandlung (4,5 Stunden) Nur einmal pro Patient verrechenbar	466
492	Therapiephase 1 Inhalt: intensive Weiterbehandlung (4 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal für max. 2 Quartale	414
493	Therapiephase 2 Inhalt: Weiterbehandlung (3 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal für max. 6 Quartale	311
494	Therapiephase 3 - Inhalt: auslaufende Weiterbehandlung (1,5 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal	155

5. Mit der Honorierung gem. den vorstehenden Positionen sind alle Leistungen der Krankenbehandlung abgegolten und es können keine anderen Leistungspositionen gem. der Honorarordnung verrechnet werden.

H. SONDERLEISTUNGEN
AUS DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN
UND DER UROLOGIE

37. Untersuchungen

440	37 a	Endoskopia ureteralis anterior	20
441	37 b	Endoskopia ureteralis posterior	30
442	37 c	Endoskopie der Harnblase (Cystoskopie)	40
443	37 d	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsüberprüfung (Chromocystoskopie)	50
444	37 e	Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters oder eines Nierenbeckens einschl. Endoskopie und Nierenbeckenspülung	60
445	37 f	Dasselbe doppelseitig	80
446	37 g	Harngewinnung mittels sterilem Auffangbeutel bei Säuglingen und Kleinkindern	6
447	37 h	Retrograde Füllung der Harnröhre mit Kontrastmittel bis über den Blasenhalshinaus (UCG)	30
448	37 i	Verzögertes Cystogramm + Miktionscystogramm röntgenologisch (RCM)	40
449	37 j	Cystogramm und Miktionscystogramm (CM)	30
450	37 k	Uroflowmetrie	30
451	37 l	Zystomanometrie (Verrechenbar von Fachärzten für Urologie)	60
452	37 m	Urethralprofil (Verrechenbar von Fachärzten für Urologie)	40
453	37 n	E M G	16
454		Tumornachsorge nach maligner Hauterkrankung Diese Position umfaßt eine gezielte Anamnese, die Inspektion des gesamten Integuments sowie Palpation der Primärnarbe, In- transit- und Lymphabstromgebiete und Lymphknotenstationen. Die Pos. 454 ist nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten verrechenbar.	20

38. Therapeutische Verrichtungen

460	38 a	Katheterismus der männlichen Harnblase oder Installation	10
461	38 aa	bei Knaben bis zu 6 Jahren	12
462	38 b	Katheterismus der weiblichen Harnblase oder Installation	10
463	38 bb	bei Mädchen bis zu 6 Jahren	12
464	38 c	Einlegen eines Verweilkatheters (Verweilkatheters)	14
465	38 d	Blasenspülung (Katheterismus kann gesondert verrechnet werden)	4
466	38 e	Strikturdehnung der Harnröhre	10

467	38 f	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Harnröhre	10
468	38 g	Einspritzung, Einträufelung und Spülung der Harnröhre	4
469	38 h	Kleine Operation in der hinteren Harnröhre und Entfernung eines Uretherpolypen	20
470	38 i	Tiefe Instillation	4
471	38 k	Rezidivprophylaxe durch Einbringung von Cytostatika in die Harnblase	20
472	38 l	Meatotomie	40
473	38 m	Endourethrale Galvanokaustik	40
474	38 n	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und Warzen (Kaustik)	10
475	38 o	Reposition oder Dehnung der Paraphimose	6
476	38 p	Durchtrennung des Frenulum samt Naht	30
477	38 q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	70
478	38 s	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina	4
479	38 t	Prostatamassage	4
480	38 u	Curretement der Blase	30
481	40 a	Thermokauterbehandlung, Kohlendioxidbehandlung, Behandlung mit flüssigem Stickstoff bis 10 Läsionen	10
482	40aa	bei mehr als 10 Läsionen	20
483	40 b	Fräsen erkrankter Nagelplatten	10
484	40 e	Incision eines intravaricösen Thrombus mit Entleerung, pro Incision max. 5 Incisionen pro Sitzung	10
485	40 g	Anlage großer Dermato-therapeutischer Verbände oder Okklusivverbände (kleine Verbände sind in der Ordinationsgebühr einbezogen)	20

IV.
**Physikalische Behandlungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin
und Vertragsfachärzte**

Eine Ordination kann grundsätzlich nur zu Beginn und am Ende der Behandlung verrechnet werden. Eine ev. erforderliche Zwischenordination kann nur mit besonderer Begründung verrechnet werden.

1. Massage

500 P 1 a	Manuelle Teilmassage (mind. 10 Min.)	8
501 P 1 b	Apparatmassage (mind. 10 Min.)	4
502 P 1 c	Pneumomassage des Trommelfelles	6

Die Pos. 500 (P 1 a) und 501 (P 1 b) können pro Quartal max. 2 mal pro Patient verrechnet werden.

2. Gymnastik

510 P 2 a	Anleitung zu heilgymn. Übungen	6
511 P 2 b	Extensionsbehandlung am Extensionstisch	14
512 P 2 c	Orthop. Gruppenturnen für 2 - 4 Personen (Mindestdauer 30 Minuten) pro Person	8
513 P 2 d	Glissonschiene	6
514 P 2 f	Kryo-Therapie	4

3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen

520 P 3 a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. ä.)	4
521 P 3 c	Schwellstrom oder Exponentialstrom (Lähmungsbehandlung durch den Arzt)	10
522 P 3 d	Galvanisation, Interferenzströme, Diadynamische Ströme und Exponentialstrom mit elektr. gesteuerten Geräten	8
523 P 3 g	Iontophorese	8
524 P 3 i	Kurzwellen und verwandte Hochfrequenzverfahren	8
525 P 3 k	Ultraschall	8

4. Inhalationen

530 P 4 a	Dampfinhalation	4
531 P 4 b	Aerosolinhalation	6

5. PUVA - Bestrahlungen oder UVB

540 P 5 a	Gesamtbestrahlung	12
541 P 5 b	Lokalbestrahlung	6
542 P 5 c	Lichttestung	24

V.

Laboratoriumsuntersuchungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin)

Eine Ordinationsgebühr kann nur dann verrechnet werden, wenn der Kranke zusätzlich ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wird. Alle übrigen Laborleistungen können für Rechnung der Krankenkasse nur über behördlich zugelassene Laboratorien erbracht werden.

Stammen bei Vertragsfachärzten ab dem I. Quartal 2009 mehr als 45% bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 35% der abgerechneten Punkte aus eigenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

Stammen bei Vertragsfachärzten ab dem I. Quartal 2009 mehr als 45% bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 35% der abgerechneten Punkte aus zugewiesenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

Der Prozentsatz von 45% verringert sich bei Vertragsfachärzten ab dem 1.1.2010 jährlich um 3%-Punkte bis ein Prozentsatz von 25% erreicht ist, der Prozentsatz von 35% verringert sich bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin ab dem 1.1.2010 jährlich um 2%-Punkte bis ein Prozentsatz von 20% erreicht ist.

1. Morphologische Blutuntersuchungen

600	L 1 a	Blutbefund komplett mit Abnahme (Erythrocyten oder Haematokrit, Leukocyten, Haemoglobin, Differentialzählung, Färbeindex bzw. HbE)	30
601	L 1 b	Rotes Blutbild (Erythrocyten oder Haematokrit, Haemoglobin, Färbeindex bzw. HbE)	12
602	L 1 c	Weißes Blutbild (Leukocyten- und Differentialzählung)	16
603	L 1 d	Erythrocyten	6
604	L 1 e	Haemoglobin	4
605		Haemoglobin bei Kindern bis zu 2 Jahren	10
606	L 1 f	Leukocyten	8
607	L 1 g	Differentialzählung	10
608	L 1 h	Retikulocyten	14
609	L 1 i	Haematokrit	6
610	L 1 k	Haematokrit bei Kindern bis zu 2 Jahren	10
611	L 1 m	Untersuchung des Sternalpunktates (Differentialzählung und Beurteilung)	30
612	L 1 n	Prüfung der osmotischen Resistenz	20

2. Blutsenkung

620	L 2 a	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung mit Blutabnahme	8
621	L 2 b	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung mit Blutabnahme bei Kindern bis zu 10 Jahren	12

3. Blutgerinnung

630	L 3 b	Thrombocyten	12
631	L 3 c	Gerinnungszeit oder Rekalzifizierungszeit	6
632	L 3 d	Blutungszeit	4
633	L 3 e	Prothrombinzeit (Quick)	10
634	L 3 f	Partielle Thromboplastinzeit (PTT), Thrombinzeit	12
635	L 3 g	Antikoagulantienkontrolle Verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärzte für Innere Medizin	6
636		D-Dimer (Die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten.)	8

4. Reststickstoff, Eiweißkörper, Kohlehydrate

640	L 4 b	Bestimmung von Harnstoff	14
641	L 4 d	Indikan, Xanthoprotein, qualitativ je	10
642	L 4 i	Blutzucker, Streifentest	4
643	L 4 j	Blutzucker mittels Reflotest	10
644	L 4 k	Blutzucker, fotometrisch	12
645	L 4 l	Latex-Rheumafaktortest	14
646	L 4 m	C-reaktives Protein	18
647	L 4 n	Bilirubin	12
648	L 4 o	Blutzuckerkurve oder Tagesprofil, komplett (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, quantitativ, nur chemisch oder photometrisch)	40
649	L 4 p	Troponin-T Test (die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten)	7

5. Kolloidstabilitätsreaktion

650	L 5 h	Thymoltrübungsreaktion	6
-----	-------	------------------------	---

6. Farbstoffe, Wirkstoffe

660	L 6 l	Phosphatase (alkalisch, saure); +) Transaminasen (GOT, GPT) oder ähnliche Ferment- bestimmungen im Serum	11
-----	-------	--	----

8. Blutgruppenbestimmungen

670	L 8 a	Blutgruppenbestimmungen (A, B, AB, 0) mit Rhesusfaktor	20
671	L 8 b	Immunkörpertitration	12
672	L 8 c	Kompletter Blutgruppenstatus (A, B, AB, 0, deren Unter- gruppen sowie Rhesusfaktor einschl. Immunkörpertitration)	38
673	L 8 d	Blutgruppenbestimmung (Kreuzprobe)	10
674	L 8 e	Coombstest	20

9. Harnuntersuchungen

680	L 9 a	Harnuntersuchung mit Streifen, einzel oder mehrfach, oder Sulfosalizylsäure	2
681	L 9 b	Spez. Gewicht	2
682	L 9 c	Sediment	8
683	L 9 d	Harnkultur nach Objektträgermethode (z.B. Urikult) mit Anbrütung	6

11. Sputumuntersuchungen

690	L 11 b	Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen, Areaminfärbung o.ä., mit Antiforminanreicherung)	14
691	L 11 c	Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung o.ä., einfach	8
692	L 11 d	Untersuchung auf elastische Fasern	4
693	L 11 e	Nativpräparat	4
694	L 11 f	Färbepreparat	6

12. Magensaftuntersuchungen

700	L 12 a	Magensäurebestimmung mit Pentagastrinstimulation	40
-----	--------	--	----

14. Stuhluntersuchungen

710	L 14 b	Stuhl auf Blut	4
711	L 14 d	Bilirubin im Stuhl	4
712	L 14 e	Urobilinogen im Stuhl	4
713	L 14 g	Stuhl auf Wurmeier (nativ, auch mit Anreicherung)	8
714	L 14 h	Stuhl auf Fett	6

15. Funktionsproben

720	L 15 b	Bestimmung der Vitalkapazität	10
721	L 15 c	Bestimmung der VC. Tieffenaustest und Atemgrenzwert (incl. Aufzeichnung)	16
722	L 15 d	Pharmakodynamischer Funktionstest	16
723	L 15 e	Atemtraktwiderstandsmessung, nicht durch Bodyplethysmographie	12
726	L 15 g	Blutgasanalyse Limit: in 25 % der Fälle verrechenbar	35
724	L 15 o	Prüfung der Leberfunktion durch Bromthaleintest oder Zweifarbstofftest, einschl. i.v. Injektion und Butabnahmen	24
725	L 15 p	Prüfung der Nierenfunktion mit Phenolrotprobe, einschl. i.v. Injektion und dazugehöriger Harnuntersuchungen	20

16. Liquoruntersuchungen

730 L 16 b Zellzahl	10
731 L 16 c Pandy, Nonne-Appelt, je	4
732 L 16 i Untersuchungen auf Tbc	8
733 L 16 j Bakteriologisches Färbepräparat	6
<u>17. Untersuchung von Punktionsflüssigkeiten</u>	
740 L 17 b Spez. Gewicht	2
741 L 17 c Rivalta	4
742 L 17 d Nativpräparat	4
743 L 17 e Sediment, nativ	4
744 L 17 f Sediment, Färbepräparat	6
745 L 17 g Ziehl-Neelsen, o.ä. mit Anreicherung	14
<u>18. Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane</u>	
750 L 18 a Sekretabstrichuntersuchung auf Go, erste Stelle (höchstens 2 weitere Stellen verrechenbar)	8
751 L 18 b jede weitere Stelle	4
752 L 18 d Spirochätenuntersuchung (Dunkelfeld) mit Abnahme	20
753 L 18 e Spermogramm komplett (Volumen, Farbe, Verfl., Viskos., ph., Spermz., Motilität, abn. Form, Fructose) Beurteilung	70
754 L 18 f Sekretuntersuchung des Vaginalsmear (Phasen- kontrast, Methylenblau, Trichomonaden)	8
755 L 18 g Aufwendige native Untersuchung von Genitalsekreten, (Phasenmikroskopie), z.B. Sims Huner Test, Farn- krauttest, Funktionscytologie, Kurzroll-Miller-Test	20
<u>19. Untersuchung sonstiger Sekrete und Beläge</u>	
760 L 19 a Mikroskopische Untersuchung eines Materials auf Krankheits- erreger im Nativ-Präparat z.B. Pilze	6
761 L 19 b Mikroskopische Untersuchung eines Materials unter Anwen- dung einfacher Färbeverfahren z.B. Methylenblau-Färbung	8
762 L 19 c Mikroskopische Untersuchung eines Materials unter Anwen- dung komplizierter Färbeverfahren z.B. Gram-Färbung	14
763 L 19 e Pilz- bzw. Bakterien-Nachweis, grob-quantitativ, unter Verwendung eines vorgefertigten Nährbodens	20
764 L 19 f Trichogramm. Mikroskopische Differenzierung und ggf. Färbung von Haaren einschl. deren Wurzeln, einschl. Epilation	20
<u>20. Schwangerschaftsreaktion</u>	
770 L 20 c Serolog. Schwangerschaftstest (nur bei kurat. Notwendigkeit)	32

VI.

Tarife für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Teilradiologen (Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin und Lungenkrankheiten)

1. Allgemeine Bestimmungen

- 1.1. Die Vergütung für die bei Durchleuchtungen und Bildaufnahmen entstehenden Unkosten (Röntgen-Unkosten) erfolgt nach festen Sätzen laut Tarif (Pkt. 2).
- 1.2. Röntgenunkosten (Pkt. 1.1.) werden ab 01.01.2019 nur bis insgesamt EUR 14.772,14 pro Quartal vergütet.
- 1.3. Vertragsfachärzte für Lungenkrankheiten können pro Quartal bei maximal 30 % der Patienten eine durchgeführte Durchleuchtung (Pos. 800 (R 1)) verrechnen.

2. Tarife für Teilradiologen

			ab 01.01.2019
800	R 1	Durchleuchtung mit/ohne Kontrastbrei	€ 6,06
801	R 3	Magendurchleuchtung einschl. Motilitätsprüfung am gl. Tag	€ 9,87
802	R 4	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	€ 9,87
803	R 5	Motilitätsprüfung allein	€ 4,31
804	R 6	Zuschlag für lang dauernde Untersuchungen i.v. Pyelographie, i.v. Cholangiographie, Irrigoskopie, Tomographie)	€ 7,03
805	R 7	Untersuchung mit Doppelkontrast	€ 13,96
806		Zuschlag für Bildverstärker (nur in Verbindung mit den Pos.Nr. 800 (R 1) 801 (R 3) und 802 (R 4) verrechenbar	€ 6,06
<u>Aufnahmen</u>			
810		9 x 12	€ 5,43
811		10 x 10	€ 7,03
812		13 x 18	€ 6,42
813		18 x 24	€ 8,14
814		15 x 40	€ 8,75
815		24 x 30	€ 9,51
816		30 x 40	€ 12,95
817		35 x 35	€ 14,20
818		20 x 40	€ 11,44
819		35 x 43	€ 16,90
820		30 x 90	€ 39,96
821		Zahnfilm je Aufnahme	€ 2,87

Honorar Fachärzte für Radiologie

830	Erste Handhabung pro Quartal	22 Punkte
831	jede weitere	6 Punkte

Honorar Teilradiologie

835	Erste Handhabung pro Quartal	8 Punkte
836	jede weitere	2 Punkte

Honorar Fachärzte für Lungenkrankheiten

840	Erste Handhabung pro Quartal	20 Punkte
841	je weitere	6 Punkte

VII. Tarife für sonographische Untersuchungen

1. Allgemeine Bestimmungen:

- 1.1. Grundsätzlich ist die Abrechenbarkeit sonographischer Untersuchungen im kassenärztlichen Bereich gebunden
 - a) an die Befürwortung der Ärztekammer für Vorarlberg was die Qualifikation des Untersuchers betrifft, sowie
 - b) die Zulassung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse.
- 1.2. Als Organe im Sinne der unter Pkt. 2 beschriebenen Leistungen gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und Gefäße einer Körperregion mit Ausnahme der hirnversorgenden und Extremitätengefäße.
- 1.3. Die sonographische Untersuchung eines Organes erfordert die Differenzierung der Organstruktur in mindestens zwei Ebenen und schließt die allfällige Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände (z.B. Gallenblase vor und nach Reiz, Restharnbestimmung) ein. Die mit gezielter Organdiagnostik verbundene Darstellung von Nachbarorganen ist nicht abrechnungsfähig, es sei denn, daß dort ein relevanter pathologischer Befund erhoben wurde.
- 1.4. Nach operativer Entfernung oder bei fehlender Anlage eines Organes gilt die Untersuchung des Organes als durchgeführt, wenn die entsprechende Region untersucht worden ist.
- 1.5. Die Pos. 850 - 895 (SO 1 - 5d) sind nicht zugleich verrechenbar. Muß die Untersuchung auf ein über die jeweilige Position hinausgehendes Organ ausgedehnt werden, so ist die Pos. 950 (SO 18) zusätzlich zu verrechnen (z.B. Ultraschalluntersuchung des kompletten Abdomens 850 + 950 (SO 1 + SO 18), Untersuchung des weiblichen Beckens bei Urologen 890 (SO 5) für Harnblase + 950 (SO 18) für die urolog. relevante Umgebung). Untersuchungen zum Seitenvergleich sind nicht als gesonderte Untersuchungen verrechenbar.
Müssen mehrere Organe einer bestimmten Region untersucht werden, so ist die Pos. der entsprechenden Komplexuntersuchung (850 bis 880 (SO 1 bis SO 4)) anzuwenden.
- 1.6 Die Pos. SO 8 (920) und SO 8a (922) sind nicht zugleich verrechenbar.
- 1.7 Als ein Organ gelten, sofern nicht eine eigene Position dafür vorhanden ist, paarige Organe (z.B. beide Nieren), Organe, die wegen ihrer Topographie nur abschnittsweise untersucht werden können (z.B. Darmtrakt, große Gefäße), sowie Organe und Organteile, die sich topographisch als eine Region darstellen (z.B. Gallenblase und Gallenwege, eine Halsseite).

- 1.8 Unter der Voraussetzung der erbrachten Ausbildungsqualifikation sind grundsätzlich nur folgende Positionen für folgende Fachgruppen verrechenbar:

Vertragsärzte für Allgemeinmedizin:

- a) mit Qualifikation für abdominale Ultraschalldiagnostik:
850 (SO 1), 860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 950 (SO 18)
- b) mit Qualifikation für geburtshilflich-gynäkologischen Ultraschall:
870 (SO 3), 890 (SO 5), 892 (SO 5a), 900 (SO 6), 950 (SO 18)
- c) mit Berechtigung für den Ultraschall der Säuglingshüfte:
940 (SO 10)

Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

870 (SO 3), 890 (SO 5), 892 (SO 5a), 900 (SO 6), 950 (SO 18)

Für die Abrechenbarkeit der Pos. 910 (SO 7) ist eine besondere noch festzulegende Ausbildungsqualifikation und Genehmigung erforderlich.

Vertragsfachärzte für HNO-Krankheiten:

890 (SO 5), 950 (SO 18) zur Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)

Vertragsfachärzte für Innere Medizin:

850 (SO 1), 860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 920 (SO 8), 922 (SO 8a),
930 (SO 9), 945 (SO 11), 946, 947, 950 (SO 18)

Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

850 (SO 1), 860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 920 (SO 8), 922 (SO 8a), 940 (SO 10), 950 (SO 18)

Die Verrechnung der Pos. 920 (SO 8) und 922 (SO 8a) durch Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde ist an den Nachweis einer entsprechenden Ausbildung nach den folgenden Ausbildungsrichtlinien gebunden:

Die selbständige Anwendung der Echokardiographie setzt theoretische und praktische Kenntnisse der M-Mode, Schnittbild- und Dopplerechokardiographie voraus. Die Ausbildung kann nach den Richtlinien der Arbeitsgruppe Pädiatrische Kardiologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde grundsätzlich auf 3-fachem Weg erreicht werden:

1. Anerkennung als Facharzt für Kinderheilkunde mit dem Additivfach für pädiatrische Kardiologie (sobald das Additivfach anerkannt wird)

Nachweis: Approbation zum Additiv-Facharzt für pädiatrische Kardiologie

2. Im Rahmen der postpromotionellen Ausbildung zum Facharzt:
6 Monate Ausbildung im Sinne einer ständigen Tätigkeit (full time) oder 2 Jahre Ausbildung im Sinne einer begleitenden Tätigkeit

Die Ausbildung muss in einer von der Landesärztekammer anerkannten Ausbildungsstätte, deren Leiter den Additiv-Facharzt für pädiatrische Kardiologie besitzt, erfolgen. In diesem Zeitraum sind 500 selbständig durchgeführte und dokumentierte Untersuchungen, bei denen sowohl die M-Mode Echokardiographie als auch konventioneller Doppler und Farbdoppler zur Anwendung gelangen, nachzuweisen. Mindestens 75 Untersuchungen müssen an Patienten mit einer relevanten Herzpathologie durchgeführt worden sein.

Nachweis: Zeugnis über die erfolgreiche Ausbildung an einer von der Landesärztekammer anerkannten Ausbildungsstätte samt Angabe des Zeitraumes und der Anzahl der untersuchten Fälle.

3. Für Kinderfachärzte, die keine Ausbildung entsprechend Punkt 1 oder 2 absolviert haben – Zuerkennung der Qualifikation bei Erfüllung sämtlicher Voraussetzungen:
- 3 Monate begleitende Tätigkeit an einer von der Landesärztekammer anerkannten Ausbildungsstätte.
 - Theoretische, von der Landesärztekammer anerkannte Kurse im Ausmaß von 40 Stunden. Die Kurse müssen von einem Kinderkardiologen geleitet werden, der die Befähigung zur Führung einer Ausbildungsstätte für Echokardiographie aufweist.
 - 500 selbständig durchgeführte und dokumentierte Echokardiographien (bestätigtes Logbuch samt Videodokumentation durch den Leiter einer von der Arbeitsgruppe anerkannten Ausbildungsstätte), bei welchem sowohl die M-Mode Echokardiographie als auch konventioneller Doppler und Farbdoppler zur Anwendung gelangen müssen. Mindestens 75 Untersuchungen müssen an Patienten mit einer relevanten Herzpathologie durchgeführt worden sein.
 - Nachweis über die erfolgreiche Ablegung einer theoretischen und praktischen Prüfung bei einem Ausbilder.

Nachweis: Urkunde über die erfolgreiche Ablegung einer theoretischen und praktischen Prüfung bei einem Ausbilder samt Angabe des Ausbildungszeitraumes und der Anzahl der untersuchten Fälle. Nachweis über die Teilnahme an den vorgeschriebenen Kursen.

Die Ausbildung kann nur absolviert werden, wenn die entsprechende Kinderabteilung als Ausbildungsstätte für Echokardiographie von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannt ist. Für die Anerkennung als Ausbildungsstätte gelten die von der ÖGUM (Österreichische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin) festgelegten Voraussetzungen.

Derzeit sind als Ausbildungsstätten zu nennen (Stand April 2004):

Abteilung für Pädiatrische Kardiologie, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, AKH Wien
Leiterin: Univ. Prof. Dr. U. Salzer-Muhar

Abteilung für Pädiatrische Kardiologie, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck
Leiter: Univ. Prof. Dr. R. Geiger (interemistischer Leiter)

Abteilung für Kardiologie, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz
Leiter: Univ. Prof. Dr. A. Beitzke

Department für Kardiologie, Landeskinderklinik Linz
Leiter: Univ. Doz. Dr. G. Tulzer

Kinderspital Salzburg
Leiter: OA Dr. P. Covi

Beschreibung der erwähnten Kurse:

Der 20-stündige Grundkurs sollte folgende Inhalte vermitteln: Anatomie, physikalische Grundlagen, Untersuchungstechniken, Normalbefunde, Ventrikelfunktion, Klappenerkrankungen (Aorten- und Pulmonalvitien), Perikarderguß, Kardiomyopathien, Shunt-Vitien und Basisdiagnostik von cyanotischen Vitien.

Ein Drittel der Zeit sollte praktischen Übungen gewidmet sein, wobei 8 Teilnehmer pro Gerät und Tutor die Obergrenze darstellen.

Der 20-stündige Fortgeschrittenenkurs sollte die Kenntnisse bzgl. Klappen- und Shunt-Vitien vertiefen, die Diagnostik komplexer Vitien und die Bestimmung der Ventrikelfunktion beinhalten.

Die Prüfung wird in 2 Teilen durchgeführt:

1. Theoretischer Teil in Form einer mündlichen Prüfung
2. Nach erfolgreichem Abschluss des theoretischen Teils Beurteilung der praktischen Fähigkeiten:
 - a) Patientenuntersuchung
 - b) Präsentation von aufgezeichneten Fällen

Vertragsfachärzte für Neurologie (Neurologie und Psychiatrie):

945 (SO 11)

Vertragsfachärzte für Urologie:

860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 893 (SO 5b), 950 (SO 18)

Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie:

890 (SO 5), 895 (SO 5d), 940 (SO 10), 950 (SO 18)

Vertragsfachärzte für Radiologie:

850 (SO 1), 860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 892 (SO 5a), 893 (SO 5b), 894 (SO 5c), 895 (SO 5d), 930 (SO 9), 940 (SO 10), 945 (SO 11), 946, 947, 950 (SO 18)

Vertragsfachärzte für Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie bzw.

Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie:

946, 947

Vertragsfachärzte für Lungenkrankheiten bzw. Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Pneumologie:

890, 950

Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten:

947

- 1.9 Mit den Tarifen sind das ärztliche Honorar und sämtliche Kosten einschließlich Dokumentation und Koppelmittel etc. abgegolten.

2. Sonographietarife

		Punkte
850	SO 1 Oberbauch (Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz, Pankreas, große Gefäße sowie gegebenenfalls Nieren und die in der Region liegenden Abschnitte des Magen-Darmtraktes)	70
860	SO 2 Nieren, Retroperitoneum, gegebenenfalls inklus. ableitende Harnwege, Harnblase und Prostata sowie Gefäße der Region	60
870	SO 3 Weibliches Becken (Uterus, cervikale Abschnitte der Vagina, Adnexe beidseits, gegebenenfalls Harnblase, Gefäße und Darmabschnitte der Region)	50

880	SO 4	Männliches Becken (Harnblase, Prostata, gegebenenfalls Gefäße und Darmabschnitte der Region)	38
890	SO 5	Ein Organ (als ein Organ gelten z.B. Gallenblase und Gallenwege, beide Nieren, Uterus, Ovar, siehe auch erläuternde Bestimmungen)	35
892	SO 5a	Endovaginale Sonographie	42
893	SO 5b	Transrektale Prostatasonographie	42
894	SO 5c	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund	25
895	SO 5d	Sonographie der Weichteile einer Schulter	35
900	SO 6	Geburtshilflicher Ultraschall bei medizinischer Indikation	40
910	SO 7	Weiterführende differentialdiagnostische Untersuchung eines Feten nach vorangegangener Ultraschalluntersuchung mit Verdacht auf Schädigung auf Mißbildung oder Erkrankung (siehe erläuternde Bestimmungen).	70
920	SO 8	Echokardiographie (2-D-Bild + TM einschl. Dokumentation)	80
922	SO 8a	Dopplerechokardiographie/Farbdopplerechokardiographie	100
930	SO 9	Schilddrüse	35
940	SO 10	Hüftgelenke beim Säugling	35
945	SO 11	Duplexsonographie des Karotis-vertebralis-Arteriensystems	90
946		Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien zur exakten Diagnostik von arteriellen Durchblutungsstörungen	50
		<u>Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 946:</u> Diese Position ist nur verrechenbar bei Vorliegen pathologischer Vorbefunde im Rahmen der Druckindexbestimmung.	
947		Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen	50
		<u>Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 947:</u> Diese Position ist nur bei Vorliegen eines klinischen	

Hinweises auf eine Thrombose einer tiefen Vene oder zur Abklärung einer venösen Insuffizienz verrechenbar.

950 SO 18 Zuschlag zu den unter Pos. 850-895 und 930 (SO 1, 2, 3, 4, 5a-d und 9) genannten Leistungen bei indizierter Untersuchung von einem oder mehreren weiteren Organen

10

VIII.

Operationstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte

Für dringende Operationen an Sonn- und Feiertagen sowie für Nachoperationen und hierfür geleistete Assistenz und Narkose erhöhen sich die Tarifsätze um 50 %, doch muß die Notwendigkeit und Dringlichkeit begründet werden.

Gruppe	1. Operation	2. 1. Ass.	3. 2. Ass.	4. Narkose außer FA f. Anästhes.	5. Narkose durch FA f. Anästhes.
I	50	16	-	-	-
II	100	20	-	12	20
III	170	34	-	16	34
IV	300	60	30	30	60
V	600	120	60	36	140
VI	850	170	80	46	200
VII	1200	240	120	70	300
VIII	1530	300	150	100	380

Zu 4:

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

Zu 5:

V - VIII nur verrechenbar, wenn die Narkoseleistung eine i. v. Injektion mit Barbitursäurepräparaten oder Inhalationsnarkose überschreitet. Ansonsten ist der Tarif wie unter 4 anzuwenden.

OPERATIONSGRUPPENSHEMA
FÜR ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE

AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE

Gruppe I

- 2000 0 1 a Incision bei Dakryocystitis (eine Seite)
- 2001 0 1 b Entfernung kleiner Geschwülste der Lider
- 2002 0 1 c Operation eines Chalazions
- 2003 0 1 d Elektrokoagulation von kleineren Geschwülsten
- 2004 0 1 e Erstmalige Sondierung oder Spülung der Tränenwege bei Kindern bis 6 Jahre
- 2005 0 1 f Operation am Tränenröhrchen
- 2006 0 1 g Epilation (elektrolytisch oder ähnliche)
- 2007 0 1 h Alkoholinjektion bei Blepharospasmus
- 2008 0 1 i Nähte im Bereich der äußeren Augenanteile

Gruppe II

- 2010 0 2 a Tarsorrhapie
- 2011 0 2 b Fundusuntersuchung in Narkose
- 2012 0 2 c Anpassung eines Kontaktglases
- 2013 0 2 d Entfernung einer tiefen Lidgeschwulst mit Tarsusausschneidung
- 2014 0 2 e Abrasio corneae
- 2015 0 2 f Tätowierung der Cornea
- 2016 0 2 g Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens und Herpes corneae
- 2017 0 2 h Punktion der vorderen Kammer
- 2018 0 2 i Retrobulbäre Alkoholinjektion
- 2019 0 2 j Operative Entfernung von Xanthelasma

Gruppe III

- 2020 0 3 a Einfache Symblepharonoperation
- 2021 0 3 b Epicanthusoperation
- 2022 0 3 c Exstirpation des Tränensackes
- 2023 0 3 d Abtragung oder Reposition des Irisprolapses
- 2024 0 3 e Skleral- oder Cornealnaht
- 2025 0 3 f Sklerotomie
- 2026 0 3 g Plombenentfernung
- 2027 0 3 h Transfixion der Iris
- 2028 0 3 i Iridotomie
- 2029 0 3 j Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium
- 2030 0 3 k Operation des Pterygium

- 2040 0 4 a Schieloperation (ein Auge); drei Muskeln 1 1/2 x Gruppe IV
- 2041 0 4 b Einfache Ptosisoperation
- 2042 0 4 c Symblepharonoperation mit Plastik
- 2043 0 4 d Discission bei Cataracta secundaria
- 2044 0 4 e Nadeldiscission bei angeborener Cataracta
- 2045 0 4 f Iridektomie
- 2046 0 4 g Entfernung einer intraokularen Kunststofflinse

Gruppe V

- 2050 0 5 a Plastische Operation im Bereich der Lider
- 2051 0 5 b Komplizierte Ptosisoperationen (Blaskovics)
- 2052 0 5 c Trichiasisoperation
- 2053 0 5 d Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer
- 2054 0 5 e Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti
- 2055 0 5 f Eucleatio bulbi
- 2056 0 5 g Exenteratio bulbi
- 2057 0 5 h Bulbusfistel
- 2058 0 5 i Glaukomoperationen
- 2059 0 5 j Linearextraktion

Gruppe VI

- 2060 0 6 a Cataractoperation
- 2061 0 6 b Mikrochirurgische Glaukomoperation
- 2062 0 6 c Diasklerale Entfernung von Fremdkörpern
- 2063 0 6 d Entfernung intraokularer Fremdkörper
- 2064 0 6 e Plastischer Lidersatz
- 2065 0 6 f Lichtkoagulation bei Ablatio retinae
- 2066 0 6 g Laserkoagulation
- 2067 0 6 h Evisceratio orbitae mit Plastik
- 2068 0 6 i Linsenimplantation in das aphake Auge
- 2069 0 6 j Kryokoagulation im Augenhintergrund

Gruppe VII

- 2070 0 7 a Vitrektomie
- 2071 0 7 b Mikrochirurgische Cataractoperation
- 2072 0 7 c Biomikroskopische Laser- oder Lichtkoagulation
- 2073 0 7 d Ablatiooperation ohne Subretinaldrainage
- 2074 0 7 e Kombinierte Cataract-Glaukom-Operation
- 2075 0 7 f Serien-Laser oder Lichtkoagulation bei ausgedehnten Funduserkrankungen pro Serie und Auge

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE

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

Gruppe I

- 2100 0 8 a Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines kleinen Gelenkes
- 2101 0 8 b Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Fraktur eines kleinen Knochens (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer)
- 2102 0 8 c Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm
- 2103 0 8 d Incision eines Panaritium subcutaneum
- 2104 0 8 e Paquelinisierung eines Karbunkels
- 2105 0 8 f Incision einer oberflächlichen Phlegmone
- 2106 0 8 g Entfernung eines subcutan gelegenen, tastbaren Fremdkörpers mit Incision und Naht
- 2107 0 8 h Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naevus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)
- 2108 0 8 i Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose
- 2109 0 8 j Thermokaustik einer Fissura ani einschl. Sphinkterdehnung
- 2110 0 8 k Percutane Bluttransfusion mit Konserve
- 2111 0 8 l Unterbindung einer oberflächlichen Arterie und Vene mit Präparation
- 2112 0 8 m Amnioneinpflanzung nach Filatow
- 2113 0 8 n Probeexcision bis 3 cm mit Wundverschluß, Stanzung
- 2114 0 8 o Operative Entfernung eines Thrombus aus einer oberflächlichen Vene

Gruppe II

- 2120 0 9 a Unblutige Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines großen Gelenkes mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation
- 2121 0 9 b Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) einer Fraktur des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei einer Bandruptur am Knie- und Sprunggelenk
- 2122 0 9 c Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette)
- 2123 0 9 d Incision eines Karbunkels
- 2124 0 9 e Buelausche Heberdrainage
- 2125 0 9 f Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation
- 2126 0 9 g Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenologisch lokalisierten Fremdkörpers
- 2127 0 9 h Unblutige Reposition einer Jochbeinfraktur
- 2128 0 9 i Radikaloperation eines Unguis incarnatus

- 2129 0 9 j Technisch einfache Operation einer größeren Geschwulst bis 30 mm Durchmesser (eines großen Fibroms, Atheroms, Lipoms, Schloffertumors, kleinen Anginoms, Epithelioms, Epulis, Varixknotens, einer kleinen Exostose an einem Finger oder an einer Zehe, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)
- 2130 0 9 k Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose
- 2131 0 9 l Spaltung einer oberflächlichen Fistula ani
- 2132 0 9 m Unterbindung einer größeren Arterie und Vene mit Präparation (Gefäß-angabe nötig)
- 2133 0 9 n Bluttransfusion mit Freilegung der Vene
- 2134 0 9 o Probeexstirpation eines Tumors oder Probeexcision über 3 cm
- 2135 0 9 p Amputation oder Enucleation einer Phalanx
- 2136 0 9 q Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur
- 2137 0 9 r Drüsenimplantation
- 2138 0 9 s Reposition eines unkomplizierten Nasenbeinbruches

Gruppe III

- 2140 0 10 a Incision eines Panaritium tendineum oder osseum
- 2141 0 10 b Blutige Reposition einer Fraktur eines kleinen Knochens bzw. Gelenkes, unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband
- 2142 0 10 c Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis
- 2143 0 10 d Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung
- 2144 0 10 e Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)
- 2145 0 10 f Kleine Plastik (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u. ä.)
- 2146 0 10 g Resektion eines kleinen Gelenkes
- 2147 0 10 h Entfernung eines Fremdkörpers aus einem kleinen Gelenk oder eines tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpers bzw. eines Nagels nach Knochennagelung
- 2148 0 10 i Operation einer Geschwulst über 30 mm bzw. transanale Operation eines Rektalpolypen
- 2149 0 10 j Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis
- 2150 0 10 k Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes
- 2151 0 10 l Operation nach Doppler
- 2152 0 10 m Phrenicusexhairese
- 2153 0 10 n Vasektomie oder Vasoligatur
- 2154 0 10 o Operation von Varicen (durch Ligatur der Saphena und Verödung oder Operation nach Romich)
- 2155 0 10 p Nodulioperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck
- 2156 0 10 q Schleimbeutellexstirpation
- 2157 0 10 r Arthroskopie

- 2158 0 10 s Radikaloperation einer einfachen Hydrocele
- 2159 0 10 t Radikaloperation eines Sakral Dermoids
- 2160 0 10 u Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion

Gruppe IV

- 2170 0 11 a Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkel-fraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband
- 2171 0 11 b Naht eines Nervens bei frischen Verletzungen
- 2172 0 11 c Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)
- 2173 0 11 d Exstirpation eines Kabunkels
- 2174 0 11 e Incision einer Phlegmone des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfil-tration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen
- 2175 0 11 f Entfernung eines Fremdkörpers aus einem großen Gelenk; Drainage eines großen Gelenkes
- 2176 0 11 g Tracheotomie, Mediastinoskopie
- 2177 0 11 h Thorakokaustik, Thorakoskopie mit PE, Rippenresektion, Operation nach Kux
- 2178 0 11 i Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis
- 2179 0 11 j Colostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Colostomieverschluß
- 2180 0 11 k Radikaloperation einer Hernie, Erstoperation oder Verschluß einer Bruch-pforte mittels künstlichen Netzes
- 2181 0 11 l Adhäsiolyse
- 2182 0 11 m Appendektomie
- 2183 0 11 n Übernähung des perforierten Magens oder Darmes
- 2184 0 11 o Radikaloperation innerer Noduli
- 2185 0 11 p Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff
- 2186 0 11 q Radikaloperation der Analfistel mit Spinkterbeteiligung
- 2187 0 11 r Periarterielle Sympathektomie nach Leriche
- 2188 0 11 s Probelaparotomie
- 2189 0 11 t Reamputation
- 2190 0 11 u Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung, Exstirpation von Venen-convoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich
- 2191 0 11 uu Exostosenabmeißelung an den Röhrenknochen
- 2192 0 11 v Entfernung von tief gelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern
- 2193 0 11 vv Probearthrotomie
- 2194 0 11 w Operation der Kahnbeinpseudarthrose (Exstirpation)
- 2195 0 11 ww Einfache Darmnaht
- 2196 0 11 x Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des

Kryptorchismus einseitig

- 2197 0 11 xx Generatorwechsel nach Schrittmacherimplantation
- 2198 0 11 y Embolisation von Tumoren innerer Organe
- 2199 0 11 yy Verödung von Ösophagusvarizen mittels Pfortaderkatheter
- 2200 0 11 z Verschiebeplastik, Schwenklappenplastik, Rotationsplastik, Fernlappenplastik

Gruppe V

- 2210 0 12 a Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes
- 2211 0 12 b Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zusätzlicher Unterbindung der Vv. perforantes
- 2212 0 12 c Nervenplastik
- 2213 0 12 d Posttraumatische Naht einer Arterie oder tiefen Vene einer Extremität
- 2214 0 12 e Neurolyse mit Naht
- 2215 0 12 f Einbau eines intracardialen permanenten Schrittmachers
- 2216 0 12 g Sehnenplastik, Seitenbandplastik am Kniegelenk
- 2217 0 12 h Exstirpation eines Parotistumors
- 2218 0 12 i Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk
- 2219 0 12 j Operation einer angeborenen Halsfistel oder Cyste ohne Verbindung zum Pharynx
- 2220 0 12 k Scalenotomie
- 2221 0 12 l Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen, ausgenommen die erste Rippe
- 2222 0 12 m Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch
- 2223 0 12 n Gastroenterostomie
- 2224 0 12 o Enteroanastomose
- 2225 0 12 p Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie)
- 2226 0 12 q Radikaloperation einer inneren Hernie oder einer großen Ventralhernie mit über handflächengroßer Bruchpforte, Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation)
- 2227 0 12 r Appendektomie bei perforierter Appendix
- 2228 0 12 s Operative Versorgung des Ileus
- 2229 0 12 t Vagusresektion (trunkal)
- 2230 0 12 u Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik
- 2231 0 12 uu Amputation oder Enukeation eines großen Knochens, der Mittelhand, des Mittelfußes, Amputation des Ober- oder Unterschenkels, Ober- oder Unterarmes
- 2232 0 12 v Knochentransplantation
- 2233 0 12 vv Osteosynthese eines kleinen Knochens
- 2234 0 12 w Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses
- 2235 0 12 ww Operation eines Oesophagus- oder Kardianeoplasmas mit dem Coelestin-tubus a.s.

- 2236 0 12 x Blutige Reposition einer Fraktur oder traumatischen Luxation eines großen Knochens bzw. Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)
- 2237 0 12 xx Anlegen eines A.V.Shunt für die Haemodialyse
- 2238 0 12 y Resektion, Arthrodese oder Arthrolyse eines großen Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)
- 2239 0 12 yy Ascitesklappe nach Le Veen
- 2240 0 12 z Subcutane Mastektomie
- 2241 0 12 zz Assistierte Zirkulation mittels intraaort. Ballonpumpe

HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

- 2300 0 16 a Elektrotomie eines ausgedehnten flächenhaften Hauttumors
- 2301 0 16 b Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata
- 2302 0 16 c Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naerus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)
- 2303 0 16 d Kaustik oder Kryotherapie großer Warzen (Mosaikwarzen, Plantarwarzen)
- 2304 0 16 e Incision einer oberflächlichen Phlegmone
- 2305 0 16 f Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm
- 2306 0 16 g Probeexcision bis 3 cm und Wundverschluß, Stanzung
- 2307 0 16 h Incision eines Panaritiums subcutaneum
- 2308 0 16 i Incision Bartholinischer Abszeß
- 2309 0 16 j Nagelextraktion an Fingern und Zehen
- 2310 0 16 k Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose
- 2311 0 16 l Abtragung von Condylomen

Gruppe II

- 2320 0 16 m Excision einer größeren Geschwulst bis 30 mm Durchmesser (eines großen Fibroms, Atheroms, Lipoms, kleinen Angioms, Epithelioms, Varixknotens, einzelner Lymphknoten)
- 2321 0 16 n Operative Entfernung von Xanthelasmen
- 2322 0 16 o Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose
- 2323 0 16 p Probeexstirpation eines Tumors oder Probeexcision über 3 cm
- 2324 0 16 q Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette)
- 2325 0 16 r Radikaloperation eines Unguis incarnatus

Gruppe III

- 2330 0 17 a Dermoabrasion bis 10 qcm nach jeder Methode
- 2331 0 17 b Schleifbehandlung nach Aknenarben
- 2332 0 17 c Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung
- 2333 0 17 d Thiersche Plastik

- 2334 0 17 e Operation einer Geschwulst über 30 mm
 2335 0 17 f Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes
- 2336 0 17 g Operation von Varicen (durch Ligatur der Saphena und Verödung oder Operation nach Romich)
 2337 0 17 h Nahlappenplastik am Körper

Gruppe IV

- 2340 0 17 i Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung, Exstirpation von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich
 2341 0 17 j Rhinophymoperation
 2342 0 17 k Nahlappenplastik am Kopf
 2343 0 17 l Vollhauttransplantation

Gruppe V

- 2350 0 17 m Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zusätzlicher Unterbindung der Vv. perforantes
 2351 0 17 n Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Gruppe I

Frauenheilkunde

- 2400 0 18 a Strichcurettage
 2401 0 18 b Hymenspaltung
 2402 0 18 c Incision Bartholinischer Abszeß
 2403 0 18 d Abtragung eines Cervixpolypen
 2404 0 18 e Abtragung von Condylomen
 2405 0 18 f Abtragung vaginaler Granulationen
 2406 0 18 g Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes
 0407 0 18 h Amniotomie

Gruppe II

Frauenheilkunde

- 2410 0 20 a Pertubation der Hysterosalpingographie (ohne Röntgen)
 2411 0 20 b (Probe)excision (oder Exkochleation) aus der Portio
 2412 0 20 c (Probe)excision aus der Scheide
 2413 0 20 d Abtragung von Urethralpolypen
 2414 0 20 e Elektrokoagulation oder Freezing einer Erosion
 2415 0 20 f Insemination

- 2416 0 20 g Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose
- 2417 0 20 h Amnioskopie
- 2418 0 20 i Entfernung eines eingewachsenen Pessars

Geburtshilfe

- 2420 0 21 a Muttermunddiscision
- 2421 0 21 b Kopfschwartenzange
- 2422 0 21 c Episiotomie oder Versorgung eines Darmrisses (aller Grade) oder Cervixrisses
- 2423 0 21 d Amniocentese
- 2424 0 21 e Credé in Narkose

Gruppe III

Frauenheilkunde

- 2430 0 22 a Curettage und Cervixdilataion (Metrorrhagie, Abortus aller Monate)
- 2431 0 22 b Exstirpation einer Bartholinischen Cyste oder Marsupalisation
- 2432 0 22 c Conisation oder Portioamputation, Sturmdorf- oder Emmetplastik
- 2433 0 22 d Laparoskopie
- 2434 0 22 e Coeliotomie
- 2435 0 22 f Vaginale konservative Myomoperation

Geburtshilfe

- 2440 0 23 a Cerclage
- 2441 0 23 b Manualhilfe und Extraktion (BEL)
- 2442 0 23 c Vakuumextraktion
- 2443 0 23 d Zange
- 2444 0 23 e Äußere Wendung aus Querlage
- 2445 0 23 f Reposition vorgefallener Kindesteile
- 2446 0 23 g Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt oder Fehlgeburt

Gruppe IV

Frauenheilkunde

- 2450 0 24 a Plastik (vordere und/oder hintere)
- 2451 0 24 b Konservative Myomoperation p.lap.
- 2452 0 24 c Tubenligatur (als selbständiger Eingriff)

Geburtshilfe

- 2460 0 25 a Manuelle Placentalösung oder Nachtastung
- 2461 0 25 b Kombinierte Wendung
- 2462 0 25 c Cervixspaltung (künstliche Fehlgeburt nach dem vierten Monat)

Gruppe V

Frauenheilkunde

- 2470 0 26 a Operation an den Adnexen (Grav.Tub., Exstirpation des Ovars, der Tube, Stomatoplastik, Tubenimplantation, Estes'sche Operation)
- 2471 0 26 b Colpocleisis
- 2472 0 26 c Vaginaefixatio sacralis abdominalis (Prolaps Scheidenblindsack)

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

- 2500 0 31 a Probeexcision aus dem Kopf-Halsbereich, auch Stanze
- 2501 0 31 b Incision eines gegen die Körperoberfläche zu gelegenen Abszesses
- 2502 0 31 c Nadelbiopsien
- 2503 0 31 d Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (Splitter, Steine etc.)
- 2504 0 31 e Probeexcision aus Rachen
- 2505 0 31 f Speichelgangschlitzung und Konkrementextraktion
- 2506 0 31 g Incision eines Peritonsillar- oder Retropharyngealabszesses
- 2507 0 31 h Chirurgische Versorgung einer Nachblutung nach Tonsillektomie oder Adenotomie
- 2508 0 31 i Nasenmuschelkaustik einseitig
- 2509 0 31 j Nasenmuschelresektion einseitig
- 2510 0 31 k Nasenmuschelinfraktion, ein- oder beidseitig
- 2511 0 31 l Abtragung von Septumauswüchsen einseitig
- 2512 0 31 m Probeexcision aus der Nase
- 2513 0 31 n Einseitige Abtragung von Nasenpolypen als 2. und folgende Sitzung
- 2514 0 31 o Abtragung eines Ohrpolypen ohne Mikroskop
- 2515 0 31 p Parazentese oder Mittelohrpunktion ohne Mikroskop
- 2516 0 31 q Entfernung eines oder beider Paukenröhrchen unter dem Mikroskop
- 2517 0 31 r Incision eines Gehörgangfurunkels

Gruppe II

- 2520 0 32 a Excision eines kleinen benignen Tumors
- 2521 0 32 b Einfache Exstirpation eines einzelnen Lymphknotens
- 2522 0 32 c Chirurgische Lymphknotenbiopsie (Teil- oder Keilresektion)
- 2523 0 32 d Intubation (ausgenommen Narkose)
- 2524 0 32 e Entfernung adenoider Vegetationen
- 2525 0 32 f Epipharyngoskopie, Laryngoskopie mit Spezialoptiken, Kaltlicht etc.
- 2526 0 32 g Exstirpation kleiner Schleimcysten aus dem Mund-Rachen-Bereich
- 2527 0 32 h Nachcurettage des Epipharynx nach Adenotomie und Bellocq-Tamponade
- 2528 0 32 i Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle (Mikulicz)
- 2529 0 32 j Abtragung von Nasenpolypen einseitig (1. Sitzung)
- 2530 0 32 k Durchtrennung der V. angularis
- 2531 0 32 l Kieferhöhlenpunktion mit Trokar und Dauerdrainage einseitig
- 2532 0 32 m Reposition eines unkomplizierten Nasenbeinbruches mit fixierendem Verband
- 2533 0 32 n Bellocq-Tamponade, kombiniert mit vorderer Tamponade
- 2534 0 32 o Ohrfremdkörperentfernung mit Incision

- 2535 0 32 p Parazentese oder Punktion des Mittelohres unter dem Operationsmikroskop, ev. mit Sekretabsaugung
- 2536 0 32 q Kleine plastische Operationen, wie Narbenexcisionen etc.

Gruppe III

- 2540 0 33 a Excision größerer benigner Tumore
- 2541 0 33 b Exstirpation mehrerer Lymphknoten, nicht en bloc
- 2542 0 33 c Indirekte endolaryngeale Eingriffe
- 2543 0 33 d Direkte endolaryngeale Eingriffe ohne Mikroskop
- 2544 0 33 e Oesophagoskopie, Tracheoskopie, Bronchoskopie
- 2545 0 33 f Sklerosierung von nicht blutenden Speiseröhrenvarizen
- 2546 0 33 g Laser- und Kryochirurgie in Mund und Rachen, je Sitzung
- 2547 0 33 h Exstirpation großer Zysten oder benigner Geschwülste aus dem Mund-Rachen-Bereich
- 2548 0 33 i Aufsuchung und Unterbindung d. V. jug. int. oder eines ihrer Äste
- 2549 0 33 j Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser, diagnostisch
- 2550 0 33 k Tonsillektomie einseitig (doppelseitig 1 1/2-fach)
- 2551 0 33 l Stirnhöhleneröffnung nach Beck
- 2552 0 33 m Nasale Entfernung eines Choanenpolypen
- 2553 0 33 n Eröffnung der Kieferhöhle durch die Fossa canina zur Fremdkörper- oder Zahnwurzelentfernung
- 2554 0 33 o Nasennebenhöhlenendoskopie einschließlich Kieferhöhlenpunktion mit Spezialoptiken, Kaltlicht etc.
- 2555 0 33 p Silberklammerung oder Exhairese des N. trigeminus, je Ast
- 2556 0 33 q Paukendrainage unter dem Mikroskop einseitig (Parazentese, Absaugung des Mittelohres, Einsetzen des Röhrchens)
- 2557 0 33 r Chirurgische Versorgung einer frischen Trommelfellverletzung (unter dem Mikroskop)
- 2558 0 33 s Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion

Gruppe IV

- 2560 0 34 a Abszeßtonsillektomie einseitig
- 2561 0 34 b Zungenkeilresektion
- 2562 0 34 c Exstirpation einer Ranula
- 2563 0 34 d Oesophagoskopie mit Probeexcision oder Fremdkörperextraktion oder Bougierung
- 2564 0 34 e Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser mit Probeexcision
- 2565 0 34 f Endolaryngeale Stimmlippenkorrektur (Injektion von plastischem Material in die exkavierte Stimmlippe)
- 2566 0 34 g Tracheotomie
- 2567 0 34 h Aufsuchung und Unterbindung der A. carotis ext. (ev. - int.) oder eines ihrer Äste

- 2568 0 34 i Endoskopische Schwellendurchtrennung eines Zenker'schen Divertikels
- 2569 0 34 j Laser- und Kryochirurgie des Kehlkopfes, je Sitzung unter Mikroskop
- 2570 0 34 k Tonsillektomie beidseitig einschließlich Adenotomie
- 2571 0 34 l Septumoperation nach Killian
- 2572 0 34 m Kieferhöhlenradikaloperation nach Caldwell-Luc
- 2573 0 34 n Operation eines Nasen-Rachen-Fibroms ohne Zusatzeingriffe
- 2574 0 34 o Ozaena-Operation nach Lautenschläger oder Modifikation
- 2575 0 34 p Rhinophym-Operation
- 2576 0 34 q Siebbeinradikaloperation durch Nase oder Kieferhöhle
- 2577 0 34 r Reposition und Versorgung eines offenen Nasenbeinbruches
- 2578 0 34 s Freilegung der Dura bei endokraniellen Komplikationen nach vorangegangenen Haupteingriff (rhino- oder otogen)
- 2579 0 34 t Stirnhöhleneröffnung nach Beck + Probeexcision und/oder Endoskopie
- 2580 0 34 u Probetympanotomie
- 2581 0 34 v Mastoidektomie
- 2582 0 34 w Radikaloperation des Mittelohres
- 2583 0 34 x Exstirpation einer praeaurikulären Fistel
- 2584 0 34 y Teilresektion oder Amputation der Ohrmuschel
- 2585 0 34 yy Plastischer Verschluß einer Fistel zwischen Kieferhöhle und Mundvorhof (nach vorangegangener Kieferhöhlenradikaloperation nur IV/2)
- 2586 0 34 z Trachealplastik, 2. und folgende Akte
- 2587 0 34 zz Ohrmuschelkorrektur sowie andere plastische Operationen an der Ohrmuschel, einseitig (beidseitig 1 1/2-fach)

Gruppe V

- 2590 0 35 a Exstirpation mehrerer Lymphknoten en bloc
- 2591 0 35 b Unterkieferspeicheldrüsenexstirpation
- 2592 0 35 c Exstirpation einer medianen oder lateralen Halsfistel
- 2593 0 35 d Entfernung von benignen Kehlkopfgeschwülsten mittels Laryngofissur (ohne Tracheotomie)
- 2594 0 35 e Collare Mediastinotomie mit Jugularisligatur oder Carotisunterbindung
- 2595 0 35 f Operative Entfernung des Clonus caroticum
- 2596 0 35 g Mikrochirurgie des Kehlkopfes nach Kleinsasser (Abtragung von Tumoren, Dekortication etc.)
- 2597 0 35 h Operation einer angeborenen medianen oder lateralen Halsfistel ohne Verbindung mit benachbarten Körperhöhlen
- 2598 0 35 i Operation einer einseitigen Choanalatresie
- 2599 0 35 j Operation einer einseitigen Nasenatresie
- 2600 0 35 k Tränensackoperation nach West oder Falk
- 2601 0 35 l Operation einer Septumdeviation nach Cottle und/oder Septumrekonstruktion
- 2602 0 35 m Siebbeinoperation von außen

- 2603 0 35 n Radikaloperation der Stirnhöhle nach Riedel oder Modifikation
- 2604 0 35 o Radikaloperation der Kieferhöhle nach Denker
- 2605 0 35 p Operation einer Gehörgangstenose, I. Akt (jeder weitere Eingriff Gruppe III)
- 2606 0 35 q Exstirpation eines Parotistumors (ohne Freilegung des Gesichtsnerves oder eines seiner Äste)
- 2607 0 35 r Gehörgangsbegradigung zusätzlich zur Tympanoplastik
- 2608 0 35 s Radikalhöhlenverkleinerung
- 2609 0 35 t Operation eines Rhinophyms mit Hautplastik
- 2610 0 35 u Trachealplastik I. Akt
- 2611 0 35 v Verschiedene Lappenplastiken oder Rundstiellappenplastik für Kopf und Hals, I. Akt. Weitere Akte in Gruppe III einzuordnen

ORTHOPÄDIE

(Soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

Gruppe I

- 2700 0 42 a Modellverband: Hand- oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm, Halskrawatte, Oberschenkel (1 1/2-fach)
- 2701 0 42 b Redressement in Narkose bei Finger, Zehen
- 2702 0 42 c Wiederholtes Redressement bei einfachem Plattfuß, Klumpfuß, Klauenhand, Klumphand
- 2703 0 42 d Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Beck'sche Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)
- 2704 0 42 e Subcutane Tenotomie
- 2705 0 42 f Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke
- 2706 0 42 g Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen eines kleinen Knochens (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer)
- 2707 0 42 h Incision einer Bursitis olecrani und praepatellaris
- 2708 0 42 i Entfernung eines subcutan gelegenen, tastbaren Fremdkörpers mit Incision und Naht
- 2709 0 42 j Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naevus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)
- 2710 0 42 k Incision einer oberflächlichen Phlegmone
- 2711 0 42 l Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm
- 2712 0 42 m Unterbindung einer oberflächlichen Arterie und Vene mit Präparation
- 2713 0 42 n Probeexcision mit Naht
- 2714 0 42 o Halskrawatte
- 2715 0 42 p Modellverband Oberschenkel (1 1/2-fach)
- 2716 0 42 q Incision eines Panaritium subcutaneum
- 2717 0 42 r Percutane Bluttransfusion mit Konserve

Gruppe II

- 2720 0 43 a Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke
- 2721 0 43 b Plantarfasciotomie
- 2722 0 43 c Exostosenabmeißelung an Hand oder Fuß
- 2723 0 43 d Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper
- 2724 0 43 e Radikaloperation eines Unguis incarnatus
- 2725 0 43 f Erstmaliges Redressement bei leichtem Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur
- 2726 0 43 g Wiederholtes Redressement bei hochgradigem Plattfuß und Klumpfuß
- 2727 0 43 h Offene Tenotomie
- 2728 0 43 i Unblutige Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines großen Gelenkes mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation
- 2729 0 43 j Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) einer Fraktur des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und des Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbruches und bei einer Bandruptur am Knie- und Sprunggelenk
- 2730 0 43 k Unblutige Reposition einer Jochbeinfraktur
- 2731 0 43 l Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur
- 2732 0 43 m Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenologisch lokalisierten Fremdkörpers
- 2733 0 43 n Technisch einfache Operation einer größeren Geschwulst bis 30 mm Durchmesser (eines großen Fibroms, Atheroms, Lipoms, Schloffertumors, kleinen Angioms, Epithelioms, Epulis, Varixknotens, einer kleinen Exostose an einem Finger oder an einer Zehe, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)
- 2734 0 43 o Reposition eines unkomplizierten Nasenbeinbruches
- 2735 0 43 p Entfernung leicht zugänglichen Osteosynthesematerials
- 2736 0 43 q Stellungskorrektur durch Aufkeilen eines Gipsverbandes
- 2737 0 43 r Versorgung kleiner Wunden mit kosmetischer Naht
- 2738 0 43 s Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette), Secundärnaht
- 2739 0 43 t Amputation oder Enucleation einer Phalanx
- 2740 0 43 u Schienen aus Gips oder einem anderen, modellierbaren Material zur Korrektur von Fehlstellungen von Gliedmaßengelenken
- 2741 0 43 v Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformalität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschl. Fixation

Gruppe III

- 2750 0 44 a Arthrodesse, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)
- 2751 0 44 b Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis

- 2752 0 44 c Trepuration des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis
- 2753 0 44 d Gipshose

- 2754 0 44 e Gipsmieder, Gipsschale
- 2755 0 44 f Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen
- 2756 0 44 g Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation
- 2757 0 44 h Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes
- 2758 0 44 i Resektion eines kleinen Gelenkes
- 2759 0 44 j Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke
- 2760 0 44 k Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers
- 2761 0 44 l Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an Fingern und Zehen
- 2762 0 44 m Blutige Reposition einer Fraktur eines kleinen Knochens bzw. Gelenkes, unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband
- 2763 0 44 n Operation nach Doppler
- 2764 0 44 o Exartikulation und Amputation von Fingern und Zehen
- 2765 0 44 p Incision eines Panaritium tendineum oder osseum
- 2766 0 44 q Entfernung eines Fremdkörpers aus einem kleinen Gelenk oder eines tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpers bzw. eines Nagels nach Knochennagelung
- 2767 0 44 r Operation einer Geschwulst über 30 mm
- 2768 0 44 s Marknagel- und Schenkelhalsnagelentfernung (oder anderes schwer zugängliches Osteosynthesematerial und Drähte)
- 2769 0 44 t Kleine Plastiken (Thierschplastik oder Reverdinplastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger und ähnliches)
- 2770 0 44 u Sacraldermoid-Operation
- 2771 0 44 v Schleimbeutelexstirpation
- 2772 0 44 w Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)
- 2773 0 44 ww Sequestrotomie
- 2774 0 44 x Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung, Secundärnaht
- 2775 0 44 xx Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes
- 2776 0 44 y Unblutige Eingriffe zur Stellungskorrektur oder Mobilisation
- 2777 0 44 yy Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion
- 2778 0 44 z Behandlung der angeborenen Hüftgelenksdysplasie nach allen Methoden pro Quartal (ausgenommen Breitwickeln oder Spreizkissen)
- 2779 0 44 zz Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)

Gruppe IV

- 2780 0 45 a Aufmeißelung eines großen Röhrenknochens bei Osteomyelitis
- 2781 0 45 b Operation des hohen Calcaneus

- 2782 0 45 c Operation bei Dupuytren'scher Kontraktur ohne Hautplastik
- 2783 0 45 d Gipsbett
- 2784 0 45 e Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode
- 2785 0 45 f Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren
- 2786 0 45 g Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren
- 2787 0 45 h Plastik kleiner Gelenke
- 2788 0 45 i Redressement in Narkose bei Kontraktur des Hüftgelenkes
- 2789 0 45 j Redressement in Narkose von Fußdeformitäten
- 2790 0 45 k Sequestrotomie mit Spül- und Saugdrainage
- 2791 0 45 l Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen
- 2792 0 45 m Freie Transplantation von Periost und Knochen
- 2793 0 45 n Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkel-fraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextention, einschließlich Reposition und Gipsverband
- 2794 0 45 o Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)
- 2795 0 45 p Incision und Drainage von Empyemen großer Gelenke
- 2796 0 45 q Reamputation
- 2797 0 45 r Entfernung eines Fremdkörpers aus einem großen Gelenk, Drainage eines großen Gelenkes
- 2798 0 45 s Marknagel- und Schenkelnagel-Wechsel
- 2799 0 45 t Incision eines Phlegmons des Mundbodens, Beckenbodens und Urinin-filtration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen
- 2800 0 45 u Versorgung von Wunden mit Eröffnung von Sehnenscheiden und Gelenken bei starker Verschmutzung
- 2801 0 45 uu Bei frischen Verletzungen Naht eines Nerven
- 2802 0 45 v Rippenresektion (eine)
- 2803 0 45 vv Periarterielle Sympathektomie nach Leriche
- 2804 0 45 w Patellektomie
- 2805 0 45 ww Entfernung kleiner Endoprothesen
- 2806 0 45 x Exostosenabmeißelung an den Röhrenknochen
- 2807 0 45 xx Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung, Exstirpation von Venen-konvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich
- 2808 0 45 y Operation der Epicondylitis nach jeder Methode
- 2809 0 45 yy Muskeloperationen
- 2810 0 45 z Totalplastik eines Fingergelenkes (Implantation eines künstlichen Ge-lenkes mit Stellungskorrektur)
- 2811 0 45 zz Korrigierende (Keil)Gipsverbände

Gruppe V

- 2820 0 46 a Arthrodesse des Ellbogens-, Hand-, Knie- und Sprunggelenkes

- 2821 0 46 b Resektion, Arthrodese oder Arthrolyse eines großen Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)
- 2822 0 46 c Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule)
- 2823 0 46 d Keilresektion aus dem Tarsus
- 2824 0 46 e Explorative Laminektomie
- 2825 0 46 f Laminektomie und Hemilaminektomie

- 2826 0 46 g Meniscusoperation, Operation freier Gelenkskörper oder Löffler
- 2827 0 46 h Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahren
- 2828 0 46 i Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahren
- 2829 0 46 j Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder an langen Röhrenknochen
- 2830 0 46 k Aufrichtung von Wirbelbrüchen, einschließlich Anlegung eines Gipsmieders
- 2831 0 46 l Fixation mit Drähten und Schrauben
- 2832 0 46 m Goetze-Cerclage des Schienbeins
- 2833 0 46 n Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit Hautplastik
- 2834 0 46 o Operation der Kahnbeinpseudoarthrose
- 2835 0 46 p Amputation oder E nukleation eines großen Knochens, der Mittelhand, des Mittelfußes, Amputation des Ober- oder Unterschenkels, Ober- oder Unterarmes
- 2836 0 46 q Knochentransplantation
- 2837 0 46 r Osteosynthese eines kleinen Knochens
- 2838 0 46 s Rectussehennaht, Achillessehennaht, Patellarnaht und Naht des Ligamentum patellae propium
- 2839 0 46 t Scalenotomie
- 2840 0 46 tt Schenkelhalsnagelung
- 2841 0 46 u Operative Verlängerung oder Transposition einer Sehne
- 2842 0 46 uu Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zusätzlicher Unterbindung des Vv. perforantes
- 2843 0 46 v Nervenplastik
- 2844 0 46 vv Neurolyse mit Nervennaht
- 2845 0 46 w Sehnenplastik, Seitenbandplastik am Kniegelenk
- 2846 0 46 ww Schulterblatthochstand
- 2847 0 46 x Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik
- 2848 0 46 xx Wachstumsbeeinflussende Operation
- 2849 0 46 y Operation der Luxatio acromio-clavicularis (inkl. Fascienplastik)
- 2850 0 46 yy Blutige Reposition einer Fraktur oder traumatische Luxation eines großen Knochens bzw. Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)
- 2851 0 46 z Synovektomie eines großen Gelenkes oder mehrerer kleinerer Gelenke bzw. Tenosynovektomie bei PCP
- 2852 0 46 zz Carpaltunnelsyndrom

UROLOGIE

Gruppe I

2900 0 48 a Abtragung von Condylomen

Gruppe II

2910 0 49 a Prostatabiopsie rectal oder perineal (Saug- oder Stanzmethode)

2911 0 49 b Urethralpolyp und Urethralprolaps bei Frauen

2912 0 49 c Unblutige Reposition einer Paraphimose

2913 0 49 d Operation der Phimose

Gruppe III

2920 0 50 a Renovasographie bzw. Cavographie

2921 0 50 b Hodenbiopsie

2922 0 50 c Nierenbiopsie

2923 0 50 d Pneumoretroperitoneum

2924 0 50 e Schlingenextraction eines Uretersteins

2925 0 50 f Elektrokoagulation einzelner kleiner Papillome der Harnblase, Harnröhre

2926 0 50 g Vasectomie bzw. Vasoligatur

2927 0 50 h Operation (scrotal) einer Hydrocele

2928 0 50 i Urethrotomie externa zur Steinentfernung

2929 0 50 j Eröffnung eines Prostataabszesses

2930 0 50 k Eröffnung eines paraurethralen Abszesses

2931 0 50 l Entfernung einer Cyste der glandula vestibularis minor oder eines Varixknotens an der äußeren Harnröhrenmündung der Frau

2932 0 50 m Lymphographie

2933 0 50 n Perkutane Nephrostomie

2934 0 50 o Innere Ureterschienung mit dem Gibbon- bzw. Pigtail-Katheter

2935 0 50 p Tefloninjektion in die Harnröhre bei Inkontinenz

Gruppe IV

2940 0 51 a Elektrokoagulation mehrerer Blasenpapillome und Blasentumore

2941 0 51 b Probeexcision aus Harnblasentumoren und Prostata

2942 0 51 c Cystostomie

2943 0 51 d Sectio alta zur Stein- oder Fremdkörperentfernung

2944 0 51 e Semicastratio

2945 0 51 f Orchiectomie bds. intrakapsulär

2946 0 51 g Penisamputation

2947 0 51 h Epididymectomie

2948 0 51 i Operation des Kryptorchismus (inquinale Ektopie)

- 2949 0 51 j Einfache Orchidopexie
- 2950 0 51 k Operation einer Varicocele scrotal

Gruppe V

- 2960 0 52 a Nephropexie
- 2961 0 52 b Cystotomie mit Entfernung von Blasentumoren
- 2962 0 52 c Lithotrypsie
- 2963 0 52 d Endourethrale optische Stricturschlitzung
- 2964 0 52 e Erweiterte Inkontinenzoperation bei der Frau (Schlingenoperation u.dgl.)
- 2965 0 52 f Harnröhrenplastik bei Epi-, Hypospadie oder Strictus, Harnröhrendivertikel, je Akt
- 2966 0 52 g Plastische Operation am Samenleiter (Recanalisation etc.)
- 2967 0 52 h Plastische Operation am Penis (Induratio penis plastica und dgl., z.B. Penisprothese)
- 2968 0 52 i Implantate zur elektrischen Stimulation
- 2969 0 52 j Kryptorchismus (Orchidopexie mit Funikulyse)
- 2970 0 52 k Varicoceleoperation nach Palomo
- 2971 0 52 l Penisamputation mit Drüsenausräumung

Zweiter Teil

Ärztlicher Honorartarif für Vertragsfachärzte für Radiologie (Organtarif)

Erstes Kapitel

Allgemeine Bestimmungen

1. Auf die Verrechnung der ärztlichen Leistungen laut dem Organtarif (Zweites Kapitel) finden die Regelungen über die Punktwerte gemäß dem Ersten Teil, Erstes Kapitel, Punkt 2 entsprechende Anwendung. Für die Verrechnung der ärztlichen Handhabungen sind die für Vertragsfachärzte für Radiologie im Ersten Teil, zweites Kapitel, Abschnitt VI festgelegten Punktesätze anzuwenden.
2. Bei den Honoraren der Vertragsfachärzte für Radiologie wird keine Punktequote (Erster Teil, Erstes Kapitel, Punkt 3) zur Anwendung gebracht.
3. Die Vergütung für Röntgen-Unkosten erfolgt nach festen Sätzen laut Organtarif.
4. Die Abrechnung von Leistungen, welche im Zweiten Kapitel nicht katalogisiert sind, hat nach Maßgabe des Tarifes für Teilradiologen (Erster Teil, Zweites Kapitel, Abschnitt VI) zu erfolgen.
Die Verrechnung der ärztlichen Handhabungen hat hierbei nach den für Vertragsfachärzte für Radiologie gültigen Punktesätzen zu erfolgen.

Zweites Kapitel

Organtarif für Vertragsfachärzte für Radiologie

Pos. Nr.	Organ		Punkte	Unkosten ab 01.01.2019
	<u>Schädel</u>			
3100	Schädel	2x24/30	28	€ 19,01
3101	Schädel und Schädelbasis nach Unfall	3x24/30	34	€ 28,52
3103	Schädelbasis (kann in begründeten Fällen vom Radiologen zusätzlich zur Pos. 3100 verrechnet werden, aber höchstens in 10 % aller auf Schädel	1x24/30	22	€ 9,51

	lautenden Zuweisungen)			
3104	Sella	1x13/18	22	€ 6,42
3105	beide Schläfenbeine	6x13/18	52	€ 38,48
3106	beide Schläfenbeine nach Stenvers	2x18/24	28	€ 16,29
3110	Gesichtsschädel	2x18/24	28	€ 16,29
3111	Nasennebenhöhlen (NNH)	3x18/24 zu 60 %, 3x13/18 zu 40 %	34	€ 22,36
3112	Nasenbeine	1x13/18	22	€ 6,42
3113	Oberkiefer/Seite	1x18/24	22	€ 8,14
3114	Unterkiefer/Seite	1x18/24	22	€ 8,14
3115	beide Kiefergelenke	4x13/18	40	€ 25,65
3116	1 Kiefergelenk	2x13/18	28	€ 12,83
3121	Zahnstatus/Panorama	10 Zahnfilme		€ 28,61
	<u>Wirbelsäule/Knöcherner Thorax</u>			
3200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seitl.	2x30/90	28	€ 79,93
3201	WS Ganzaufnahme stehend, ap od. seitl.	1x30/90	22	€ 39,96
3210	HWS	2x18/24,1x13/18	34	€ 22,71
3211	HWS + Funktionsaufnahmen	3x18/24,1x13/18, 1x24/30	46	€ 40,35
3212	Foramina Intervertebralia der HWS	2x18/24	28	€ 16,29
3220	BWS	2x20/40 zu 90 %, 2x30/40 zu 10 %	28	€ 23,19
3229	LWS	2x20/40	28	€ 22,89
3230	LWS-Kreuzbein	2x20/40,1x24/30	34	€ 32,40
3231	Kreuz- und Steißbein	2x24/30	28	€ 19,01
3240	Rippen bds. nach Unfall	2x30/40 +1xR1	34	€ 38,03
3241	Rippen eine Seite nach Unfall	1x30/40 +1xR1	28	€ 25,07
3243	Rippen eine Seite (knöcherner Thorax)	1x30/40	22	€ 12,95
3250	Sternum	2x24/30	28	€ 19,01
3251	Sternum-Zonographie	4x18/24 +1xR6	40	€ 39,61
	<u>Schulter- u. Beckengürtel, Extremitäten</u>			
3310	bde Schultergelenke	4x18/24	40	€ 32,57
3311	ein Schultergelenk	2x18/24	28	€ 16,29
3312	Scapula bds	4x24/30	40	€ 38,03
3313	Scapula einseitig	2x24/30	28	€ 19,01
3314	Clavicula bds	2x18/24	28	€ 16,29
3315	Clavicula bds mit Belastung	2x18/24,1x20/40	34	€ 27,73
3316	Clavicula einseitig	1x18/24	22	€ 8,14
3317	ein Sternoclaviculargelenk	1x24/30	22	€ 9,51

3318	bde Sternoclaviculargelenke	2x24/30	28	€ 19,01
3319	bde Sternoclaviculargelenke-Zonographie	4x24/30 +1xR6	40	€ 45,05
3320	bde Oberarme (ohne Gelenke)	4x20/40	40	€ 45,78
3321	1 Oberarm (ohne Gelenke)	2x20/40	28	€ 22,89
3322	bde Ellbogengelenke	4x18/24	40	€ 32,57
3323	1 Ellbogengelenk	2x18/24	28	€ 16,29
3324	bde Unterarme (ohne Gelenke)	4x20/40	40	€ 45,78
3325	1 Unterarm (ohne Gelenke)	2x20/40	28	€ 22,89
3330	bde Hände	2x24/30	28	€ 19,01
3331	1 Hand	1x24/30	22	€ 9,51
3332	bde Handwurzeln	4x13/18	40	€ 25,65
3333	1 Handwurzel	2x13/18	28	€ 12,83
3334	bde Handgelenke und distaler UA	4x18/24 zu 85 % und 1x24/30 in15 %	46	€ 29,11
3335	1 Handgelenk und distaler UA	2x18/24 zu 85 % und 1x24/30 in15 %	34	€ 15,27
3336	1 Finger oder 1 Zehe bds	4x13/18	40	€ 25,65
3337	1 Finger oder 1 Zehe einseitig	2x13/18	28	€ 12,83
3339	Naviculare Serie nach Trauma	4x13/18	40	€ 25,65
3340	Beckenübersicht ab 7. Lj. (einschl.Hüftgelenk ap)	1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	€ 16,12
3341	Becken bis 2. Lj.	1x18/24	22	€ 8,14
3342	Becken 3. bis 6. Lj.	1x24/30	22	€ 9,51
3343	Becken + Sacroiliacalgelenk	1x35/43,2x18/24	34	€ 33,19
3344	Sacroiliacalgelenke	2x18/24	28	€ 16,29
3345	Sacroiliacalgelenke-Zonographie	6x18/24 +1xR6	52	€ 55,92
3349	bde Hüftgelenke ap und axial,bis 7. Lj.	1x24/30,2x18/24 (hier Pos. 3342 bereits incl.)	34	€ 25,80
3350	bde Hüftgelenke ap und axial ab 7. Lj.	2x24/30,1x35/43 (hier Pos. 3340 bereits incl.)	34	€ 35,91
3351	1 Hüftgelenk ap und axial	2x24/30	28	€ 19,01
3353	Hüftgelenk axial bei bereits vorhandener Beckenaufnahme/Seite	1x24/30	22	€ 9,51
3354	Hüfte axial bei bereits vorhandenerBeckenaufnahme/Seite	1x18/24 (gilt bei Pos.3342)	22	€ 8,14
3355	Hüfte Faux profil	1x24/30	22	€ 9,51
3356	Antetorsionsaufnahme der Hüftgelenke	1x35/43	22	€ 16,90
3357	Hüftgelenk bei Endoprothese/Seite	1x20/40	22	€ 11,44
3358	bde Oberschenkel	4x20/40	40	€ 45,78
3359	1 Oberschenkel	2x20/40	28	€ 22,89
3360	bde Kniegelenke	4x18/24	40	€ 32,57
3361	1 Kniegelenk	2x18/24	28	€ 16,29

3362	bde Kniegelenke + Patella axial	4x18/24, 1x24/30	46	€ 42,08
3363	1 Kniegelenk + Patella axial	3x18/24	34	€ 24,43
3364	bde Kniegelenke stehend	1x30/40	22	€ 12,95
3365	Tunnelaufnahme (Knie)/Seite	1x18/24	22	€ 8,14
3367	Defilée/Seite (30°, 60°, 90°)	3x18/24	34	€ 24,43
3368	bde Unterschenkel	4x20/40	40	€ 45,78
3369	1 Unterschenkel	2x20/40	28	€ 22,89
3370	bde Füße (ohne Sprunggelenk)	2x18/24, 2x24/30	40	€ 35,30
3371	1 Fuß (ohne Sprunggelenk)	1x18/24, 1x24/30	28	€ 17,65
3372	bde Sprunggelenke	4x18/24	40	€ 32,57
3373	1 Sprunggelenk	2x18/24	28	€ 16,29
3374	bde Vorfüße	4x18/24	40	€ 32,57
3375	1 Vorfuß	2x18/24	28	€ 16,29
3376	bde Calcanei seitlich und axial	4x13/18	40	€ 25,65
3377	1 Calcaneus seitlich und axial	2x13/18	28	€ 12,83
3380	bde untere Extremitäten Ganzaufnahmestehend ap	2x30/90	28	€ 79,93
3381	1 untere Extremität Ganzaufnahme stehend ap	1x30/90	22	€ 39,96
3390	Tomographie Skelett/Ebene (max 2)	8x18/24, 1xR6	64	€ 72,18
3391	Tomographie Skelett/1 Ebene	4x18/24, 1xR6	40	€ 39,61
	<u>Halsorgane, Herz und Lunge</u>			
3400	Herz-Lunge, ab 9. Lj.	2x35/35 zu 50 %, 2x35/43 zu 50 %	28	€ 31,11
3401	Herz-Lunge, bis 9. Lj.	2x24/30	28	€ 19,01
3402	Herz-Lunge, Durchleuchtung	1xR1	22	€ 12,12
3403	Herz-Schrägaufnahme ab 9. Lj.	2x35/35 (zusammen mit Pos.3400/3402)	28	€ 28,41
3404	Herz-Schrägaufnahme bis 9. Lj.	2x24/30 (zusammen mit Pos.3401/3402)	28	€ 19,01
3410	Halsorgane	2x24/30 zu 60 %, 2x18/24 zu 40 %, 1xR1	34	€ 30,04
3490	Tomographie Lunge/Ebene (max. 2)	6x24/30/Ebene, 1xR6	52	€ 64,07
3491	Tomographie bde Lungen (nur 1 Ebeneverrechenbar)	8x35/35, 1xR6	64	€ 120,65
3492	Tomographie Mediastinum und/oder beider Hili	7x24/30, 1xR6	58	€ 73,57
	<u>Magen/Darmtrakt</u>			
3500	Abdomen, Übersicht (mit Begründung 2xverrechenbar im Stehen und Liegen)	1x35/43	22	€ 16,90

3510	Oesophagus	8x10/10, 1xR1	70	€ 68,37
3520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast)	8x10/10,1x24/30, 1xR3, 1xR7	82	€ 95,66
3530	Dünndarmpassage	3x24/30,1x35/35	40	€ 42,72
3540	Darmpassage	1x35/35	22	€ 14,20
3541	frakt. Dickdarmpassage	2x35/35,1x24/30, 1x18/24, 1xR1	46	€ 58,17
3550	Appendix	2x18/24	28	€ 16,29
3560	Irrigoskopie (Doppelkontrast)	8x10/10,1x35/43, 2x35/35, 1xR4,1xR6, 1xR7	94	€ 138,49
3561	Dünndarmdarstellung nach Sellink	2x35/43,2x24/30, 2x18/24, 1xR1,1xR6, 1xR7	64	€ 102,21
	<u>Gallentrakt</u>			
3600	Gallenblase, nativ	1x18/24 zu50 %, 1x24/30zu 50 %	22	€ 8,82
3601	orale Cholecystographie	2x18/24,1x24/30	34	€ 25,80
3610	i.v. Cholexystangiographie	4x24/30	46	€ 38,03
3611	Inf. Cholexystangiographie	4x24/30, 1xR6	60	€ 45,05
3620	i.v. Cholangiographie	4x24/30	46	€ 38,03
3621	Inf. Cholangiographie	4x24/30, 1xR6	60	€ 45,05
3690	Tomographie Gallenblase und Gallenwege (bei Verrechnung von 3610 oder 3611oder 3620 oder 3621)	4x18/24, 1xR6	40	€ 39,61
	<u>Harntrakt</u>			
3700	Harntrakt, nativ liegend (mit Begründung 2 x verrechenbar, wenn erforderlich)	1x35/43 zu75 %, 1x30/40 zu 25 %	22	€ 15,92
3702	Harnblase, Nativaufnahme	1x18/24	22	€ 8,14
3710	i.v. Pyelographie (incl. Pos. 3700)	3x35/43,2x24/30, 1x18/24, 1xR6	58	€ 84,90
3711	stehende Aufnahme bei i.v.P. oder auchals Spätaufnahme	1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	€ 16,12
	(zusätzlich zu Pos. 3710 verrechenbar)			
3712	Cystographie nach i.v.P.	3x18/24	34	€ 24,43
3713	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	3x24/30, 1xR1	40	€ 40,64
3714	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	6x10/10, 1xR1	58	€ 54,32
3730	Urethrographie retrograd	2x24/30,1x18/24, 1xR1	40	€ 39,27
3731	Retrograde Cystographie	2x24/30,1x18/24, 1xR1, 1xR6	40	€ 46,30

3732	Retrograde Pyelographie/Seite	3x20/40,1xR1, 1xR6	40	€ 53,48
3790	Tomographie beider Nieren (nativ)	4x24/30, 1xR6	40	€ 45,05
3791	Tomographie beider Nieren (incl.i.v.P.)	3x35/43,4x24/30, 1x18/24, 1xR6	70	€ 103,92
	<u>Spezialuntersuchungen</u>			
3810	Mammographie	6x18/24,1x18/24 zu 15 %	48	€ 43,32
3811	Mammographie nach Ablatio	3x18/24	28	€ 21,12
3812	Galaktographie	2x18/24	28	€ 16,29
3813	Pneumozystographie	2x18/24	28	€ 16,29
3820	Phlebographie/obere Extremität/Seite	2x20/40,6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	€ 84,23
3821	Phlebographie/untere Extremität/Seite	4x20/40,8x10/10, 1xR1, 1xR6	74	€ 121,19
3831	Fistelfüllung	1x24/30,2x18/24, 1xR1	40	€ 37,90
3833	Hystero-Salpingographie	2x18/24,6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	€ 77,63
3834	Arthrographie-Schulter/Seite	3x18/24,6x10/10, 1xR11xR6, 1xR7	82	€ 99,74
3835	Handarthrographie	6x13/18,1xR1, 1xR6	58	€ 57,63
3840	Fremdkörperlokalisation	3x18/24, 1xR1	40	€ 36,55
3841	Augenfremdkörper	3x18/24	34	€ 24,43
3842	Osteoporosemessung (DEXA oder pQCT)	ärztliche Handhabung mit dem unter Unkosten ausgewiesenen Betrag abgegolten		€ 45,33

3900 Pos. für nicht katalogisierte Leistungen (Abrechnung nach bisherigem Muster)

Drittes Kapitel

Mammographien

I. Leistungsvoraussetzungen:

Kurative Mammographien gem. dem Zweiten Kapitel (Pos. 3810 und 3811) können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen erbracht werden (Leistungserbringer), welche die in der nachstehenden Vereinbarung geregelten Voraussetzungen erfüllen und von der Kasse auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Aufnahme einer Radiologin / eines Radiologen in das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP) erfolgt immer mit einem Monatsersten, wobei nach Einbringung aller erforderlichen Unterlagen bei der Akademie der Ärzte GesmbH eine organisatorische Vorlaufzeit von zumindest sechs Kalenderwochen besteht. Die Aufnahme eines Standorts in das Programm erfolgt mit dem nächstfolgenden Quartalsbeginn nach Mitteilung an den Standort (Vertragspartner) durch die Kasse, wobei eine organisatorische Vorlaufzeit von zumindest 10 Kalenderwochen ab Einreichung aller erforderlichen Unterlagen bei der Koordinierungsstelle des Programms besteht.

Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (siehe I. Punkt 11) der Verrechnungsmöglichkeit von der Kasse schriftlich und rechtzeitig im Vorhinein informiert.

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

- a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
- b) technische Qualitätssicherung gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ Teil 1 (vgl. Anlage 1 des 2. ZP VU-GV)
- c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
- d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographie durchführen (I. Punkt 10.).

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

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

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von HV und BKNÄ im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz; maximal aber um sechs Monate. Wenn ein/e Radiologin/Radiologe eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie mit einem Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammografien (im Folgenden: Intensivbefundertraining wieder einsteigen.

Neueinsteigerinnen/Neueinsteiger ins Programm, die keinen Nachweis über 2000 Befundungen von Mammografieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings vor Programmeinstieg erbringen. Gelingt die Erfüllung der Mindestfrequenzen im ersten Jahr der Programmteilnahme nicht, kann das Einstiegs-Intensivbefundertraining einmalig angerechnet werden.

Die Einstiegsregelung soll auch in der Zertifikatsrichtlinie zum ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV) umgesetzt werden.

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist das Kriterium gemäß I. Punkt. 2. lit. a auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 30.06. des auf das Kalenderjahr, in dem die personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahres an die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während dieses Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Programmteilnahme aufrecht.

Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbietern derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom HV genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

Die voranstehende Regelung zum Intensivbefundertraining soll auch in der Zertifikatsrichtlinie zum ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV) umgesetzt werden.

- b) Absolvierung von Weiterbildungskursen (Multidisziplinärer Kurs und Befunderkurs) vor Programmteilnahme, aufrechtes dfp-Diplom, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation (jährlicher Qualitätszirkel einberufen durch den regionalverantwortlichen Radiologen) durch eine laufende Fortbildung im Ausmaß von 40 dfp-Punkten für die Fortbildung im Bereich der Senologie jeweils in einem Fortbildungszeitraum entsprechend dem Diplom-Fortbildungs-Programm von 5 Jahren.
- 3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß I. Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
- 4.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (I. Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
- 5.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß I. Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/ der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.
- 6.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß I. Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen unbefristeten Zertifikaten erfolgt durch die ÖÄK.
- 7.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß I. Punkt 4 - 6, 8, 9 und 11 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wurde, eingespeist und stehen der SV und der ÖÄK zur Verfügung.
- 8.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes I. 3. zu erfüllen.
- 9.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und

Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Für die Einstiegsschulung und regelmäßige Fortbildung der Erstellerinnen/Ersteller ist der Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung zu berücksichtigen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen/von der Radiologin nachzuweisen.

- 10.) Stellt sich heraus, dass Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vorliegen, endet die Programmteilnahme bzw. die Verrechenbarkeit der Leistungen nach Mitteilung durch die Kasse mit Ende des darauffolgenden Quartals.
- 11.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt I. 3. durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“, Teil 2 geregelt.
- 12.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“, Teil 2 bei der ÖÄK eingerichtet.

I.a Sonderregelungen für Standorte

(1) Ein erstmalig ins Programm einsteigender Standort hat die erforderlichen Mindestfrequenzen innerhalb der ersten 24 Monate ab Programmteilnahme (gilt ab dem ersten vollen Kalenderjahr) nachzuweisen. Alle anderen Anforderungen an den Standort sind vor Programmteilnahme zu erfüllen. Die Hauptverband und ÖÄK bekennen sich dazu, dass Mammographie in erster Linie im niedergelassenen Bereich stattfinden soll.

(2) Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen HV und BKNÄ von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft aus einem anerkannten wichtigen Grund (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

(3) Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen HV und BKNÄ von der Anforderung der Mindestfrequenz befristet für eine zwischen HV und BKNÄ festgelegte Dauer bei Ausbildungsrelevanz oder bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung

aufgrund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristiger Erkrankung) abgewichen werden.

(4) Die Hauptverband und ÖÄK werden unter Gewährleistung derselben oder vergleichbarer Voraussetzungen für intramurale wie für niedergelassene BKFP-Standorte die Wiederaufnahmemöglichkeiten für einen Standort in dem für Sonderregelungen für Standorte (gem. Abs. 2) vorgesehenen Prozess anlassbezogen prüfen und entscheiden.

II. Ausschließliche Indikationen für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie:

Asymptomatische Frauen:

1. familiär erhöhte Disposition
2. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. Lj
3. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie

Symptomatische Frauen:

4. BIRADS III bei letzter diagnostischer Mammauntersuchung
5. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
6. Mastodynie einseitig
7. Histologisch definierte Risikoläsionen
8. Sekretion aus Mamille
9. Z.n. Mamma-Ca.OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)
10. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
11. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
12. Sonstige medizinische Indikation, nämlich: <Angabe der konkreten Indikation>

Erläuterungen/Anmerkungen zu den einzelnen Indikationen sind Bestandteil der Anlage I „Kompendium Mammographie“, Teil 3 (Beilage zu dieser Honorarordnung).

Zukünftige zwischen ÖÄK und HV vereinbarte Änderungen der Indikationenliste werden auf www.hauptverband.at und www.aerztekammer.at veröffentlicht und treten mit dem Datum der Veröffentlichung in Kraft, es sei denn, es wurde ein anderer Zeitpunkt des Inkrafttretens vereinbart.

Hauptverband und ÖÄK werden die Auswirkungen der Indikation „sonstige medizinische Indikation“ auf Bundesebene gemeinsam beobachten und gemeinsam evaluieren, sowie bei Auffälligkeiten gemeinsame Maßnahmen setzen. Zahlenmäßige Auffälligkeiten und deren Ursachen, insbesondere bei einzelnen Zuweiserinnen und Zuweisern, werden auch auf Landesebene gemeinsam beobachtet und dort allenfalls notwendige Maßnahmen veranlasst.

Hauptverband und ÖÄK werden, sobald einer der beiden dies einfordert, in Verhandlungen bezüglich der Auswirkungen dieser Position sowie deren allfällige Änderung eintreten. Dies kann gegebenenfalls auch zur Übernahme einer einzelnen Indikation in die Indikationenliste oder zur Begrenzung dieser Position führen.

Sollte es hinsichtlich dieses Prozederes sowie der von Hauptverband oder ÖÄK gewünschten Überarbeitung der Position „sonstige medizinische Indikation“ unlösbare Differenzen geben, werden Hauptverband und ÖÄK Gespräche zur Installierung eines Schiedsgerichtes, welches sodann Entscheidungen im gegebenen Zusammenhang zu treffen hat, führen.

III. Dokumentation

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

1a) Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie, eine – wie im Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.

- 1b) Es wird ein neues Doku-Blatt „Selbstzahler Mammografie (SMZ)“ zur Dokumentation von Frauen, die der Screeningpopulation angehören, aber in kürzeren Intervallen eine Mammografie durchführen lassen, welche sie selbst bezahlen, eingeführt. Dies ermöglicht einerseits eine korrekte Dokumentation; andererseits können diese Mammografien so den Frequenzen angerechnet werden. Eine Datenübermittlung erfolgt nur bei Zustimmung der Frau.
- 2.) Das Datenflussmodell gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“, Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK geregelt, ist bei Änderungen einvernehmlich zu regeln und hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. folgenden Grundsätzen zu folgen:
- (a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsstelle, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
 - (b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
 - (c) Die Daten werden von der Pseudonymisierungsstelle an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
 - (d) Eine Identifikation einer medizinischen Einrichtung bzw. eines Arztes ist nur der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle zum Zwecke der Feedbackberichte möglich;
 - (e) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.
 - (f) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an die gemeinsame Verrechnungsstelle muss gesichert sein.
- 3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

IV. Evaluierung

- 1.) Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.
- 2.) Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

Die Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ ist in Anlage I enthalten.

Die Bestimmungen dieses Kapitels sowie des Punkt 4. der Anlage E treten mit dem im Rahmen des 2. ZP VU-GV (Durchführung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms) auf den Einladungsversand folgenden Quartalsbeginn in Kraft und gelten nur in jenem zeitlichen und inhaltlichen Ausmaß, in dem das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm gemäß dem 2. ZP VU-GV durchgeführt wird. Bei Außerkrafttreten des 2. ZP VU-GV treten die Bestimmungen dieses Kapitels sowie des Punkt 4. der Anlage E gleichzeitig außer Kraft und gelten wiederum die Bestimmungen des Punkt 4. der Anlage E in der Fassung der Honorarordnung, welche vor dem Inkrafttreten dieser Honorarordnung in Geltung stand.

Viertes Kapitel

Magnetresonanztomographien

1. Zur Verrechnung von Magnetresonanztomographien (im folgenden MRT) sind nur Vertragsfachärzte für Radiologie (Medizinische Radiologie-Diagnostik) berechtigt, die von der Ärztekammer für Vorarlberg befürwortet und von der Kasse zugelassen worden sind (s. Abschnitt II, Pkt. 2. lit. d der Honorarordnung). Der Vertragsarzt muss den Qualitätserfordernissen für MR-Untersuchungen der Österreichischen Ärztekammer (Facharzt f. Radiologie, MR-Ausbildung mindestens sechs Monate in einer entsprechenden Abteilung; alternativ: mindestens sechsmonatige Erfahrung mit Computertomographie sämtlicher Körperregionen und zusätzlich mindestens dreimonatige MR-Ausbildung) entsprechen.
2. Die MRT dürfen nur mit Ganzkörpergeräten, welche eine Feldstärke von mindestens 1 Tesla aufweisen, durchgeführt werden.
3. Die MRT können nur aufgrund von Zuweisungen mittels des von der Kasse hierfür aufgelegten Röntgen-Überweisungsscheines in Anspruch genommen werden.
4. Die Durchführung der MRT ist an die vorherige ausdrückliche Genehmigung des chef(vertrauens)ärztlichen Dienstes der Kasse für jede einzelne Körperregion gebunden. Der Umfang der Untersuchungen ist laut untenstehendem Schema eingeschränkt.
5. Für die erbrachten MRT wird der untenstehende Tarif pro Untersuchung festgelegt. Dieser Tarif ist pro Tag und Versicherten nur einmal verrechenbar. Bei Vorliegen einer med. gerechtfertigten Diagnose können vom chef(vertrauens)ärztlichen Dienst auch zwei Untersuchungen an einem Tag bewilligt werden.
6. Mit dem Tarif sind alle mit der MRT-Untersuchung verbundenen Leistungen (insbesondere Personalkosten, Sachkosten, zusätzliche Schichtuntersuchungen, sonstiges Gebrauchsmaterial etc.) abgegolten.

Tarif	pro MRT	ab 01.11.2011	€ 135,00
-------	---------	---------------	----------

Das Kontrastmittel wird von der VGKK beigestellt.

Umfang der MR-Untersuchungen (Regionen)

SCHÄDEL

- * cerebrale MR (übliche Darstellung des Gehirns)
- * hintere Schädelgrube, Schädelbasis (Schwindel, Akustikusneurinom)
- * Sella
- * Orbita
- * Innenohr
- * NNH (= Gesichtsschädel)
- * Mundboden - Zunge - Speicheldrüsen

HALS

- * Halslymphknoten
- * Schilddrüse
- * Larynx

THORAX

- * Lunge
- * Mediastinum
- * Herz
- * Gefäße

ABDOMEN

- * Oberbauch (Leber, Milz)
- * Pankreas
- * Nieren
- * Unterbauch = Becken

BANDSCHEIBEN, SKELETT, GELENKE

- * HWS
- * BWS
- * LWS
- * Temporo-Mandibulargelenk
- * Schulter
- * Oberarm
- * Ellbogen
- * Unterarm
- * bd. Hände
- * bd. Handgelenke
- * bd. Sacro-Iliacalgelenke
- * bd. Hüftgelenke
- * Oberschenkel
- * Knie
- * Unterschenkel
- * Sprunggelenk
- * Fuß
- * MR-Arthrographie

MR-ANGIOGRAPHIE

- * Kopf
- * Hals
- * Thorax
- * Oberbauch
- * Nieren
- * Becken
- * Extremität

SONSTIGE

Mamma, Hoden etc. sowie unklassifizierbare Untersuchungen
bis 3 Sequenzen = 1 Untersuchung

Dritter Teil

Ärztlicher Honorartarif für Vertragsfachärzte für Labormedizin

Erstes Kapitel

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Abrechnung der Vertragsleistungen erfolgt monatlich. Die Abrechnungen sind bis jeweils zum 20. des Folgemonats bei der gemeinsamen Verrechnungsstelle einzureichen.
2. Die einzelnen Vertragsleistungen (Zweites Kapitel) sind in Punkten bemessen. Der Punktewert beträgt ab 01.01.2019 EUR 0,28.
3. Bei den Honoraren der Vertragsfachärzte für Labormedizin wird keine Punktequote (Erster Teil, Erstes Kapitel, Pkt. 3) zur Anwendung gebracht.
4. Es sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf dem jeweiligen Untersuchungsauftrag verlangt werden und im Katalog enthalten sind. Analoge Leistungspositionen können ausnahmsweise verrechnet werden, wenn die vorherige Zustimmung des Krankenversicherungsträgers vorliegt.
Für vom Zuweiser verlangte Leistungen, für die der Krankenversicherungsträger leistungszuständig ist, darf kein Privathonorar vom Patienten verlangt werden.
Leistungen, für die eine chefärztliche Bewilligung erforderlich ist, sind nur dann verrechenbar, wenn die Bewilligung vor Erbringung der Leistung(en) vorliegt. Die Abrechnung der Leistungen bedingt positive Ergebnisse der Qualitätskontrollen gemäß Pkt. 13.
5. Die Abrechnung von Leistungen ist mit dem Untersuchungsauftrag vorzunehmen. Aufbau und Inhalt des Untersuchungsauftrages bedürfen der Zustimmung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Vorarlberg. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
6. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung von Laboruntersuchungen nötigen Geräte, Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe, Formulare usw. sowie die erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten. Für in vivo Funktionstests (z.B. TRH Test) ist das Medikament auf Rezept zu verschreiben.
7. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 verrechenbar sind.

8. Werden mehrere Untersuchungen im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
9. Die Untersuchungsergebnisse sind in schriftlicher Form (= Befund) auszufertigen. Über die erbrachten Laborleistungen und die durchgeführten Qualitätskontrollen sind Aufzeichnungen zu führen. Die erhobenen Laborbefunde sind mindestens 3 Jahre aufzubewahren und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
10. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
11. Sofern in einzelnen Positionen nichts vermerkt ist und die Art der Untersuchung es zulässt, sind alle Tests nach quantitativen, dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechenden Verfahren durchzuführen. Die Wahl der Methode obliegt dem Leistungserbringer.
12. Untersuchungen auf Rechnung der Kasse dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechen und über welche zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse Einvernehmen besteht.
13. Jedes Vertragslaboratorium hat regelmäßig auf eigene Rechnung an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilzunehmen und laufend interne Qualitätskontrollen entsprechend dem jeweiligen Stand der Labormedizin durchzuführen. Die positive Qualitätskontrolle ist über einvernehmliches Verlangen von Vorarlberger Gebietskrankenkasse und Ärztekammer für Vorarlberg nachzuweisen.
14. Sonderbestimmung für Zuweiser:
Sämtliche besonderen Bestimmungen für Vertragslaboratorien sind von den zuweisenden Vertragsärzten bei der Zu(Über)weisung zu berücksichtigen.

Zweites Kapitel

Katalog der Vertragsleistungen für die Laboratoriumsmedizin

<u>Pos.Nr.</u>	<u>Positionstext</u>	<u>Bewertungszahlen</u>
<u>Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen</u>		
1.01	Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung. Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter (Mechanisieretes Blutbild und Differentialblutbild).	13
1.02	Kleines Blutbild (Blutbild bzw. Absolutwerte): Rotes Blutbild und Leukozyten-Zählung (Mechanisieretes Blutbild <u>ohne</u> Differentialblutbild).	7
1.03	Rotes Blutbild: Zählung der Erythrozyten, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung. Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter.	5
1.04	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung	9
1.05	Leukozyten-Zählung	3
1.06	Erythrozyten-Zählung	3
1.07	Hämoglobin-Bestimmung	3
1.08	Hämatokrit	3
1.09	Retikulozyten-Zählung	5
1.10	Untersuchung der Erythrozyten auf basophile Tüpfelung oder Heinz`sche Innenkörper	5
1.11	Osmotische Erythrozytenresistenz	11
1.12	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	10
1.13	Sternalpunktat: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung	30
1.14	Zytochemische Spezialfärbungen (höchstens 2 verrechenbar), je	10

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
1.15	Fetales Hb quantitativ	10
1.16	Freies Hb im Serum	8
1.17	CO-Hb	8
1.18	MET-Hb	8
1.19	Hämoglobinelektrophorese	22
	HbA ₁ (HbA _{1c}) - siehe Gruppe 3	
1.20	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	3
1.21	MCV	3
1.22	Alkalische Leukozytenphosphatase	10
1.23	Zelltypisierung mit monokl. Antikörpern	Rechnung
1.24	Differenzierung B u. T-Lymphozyten	35
1.25	HLA B 27 mit Kreuzreaktionen	120
1.29	Säulenchromatische Haemoglobinauftrennung	35
1.30	Osmolalität (Serum oder Harn)	10

Gruppe 2: Blutgerinnung

2.01	Gerinnungsstatus: Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung (Quick), partielle Thromboplastinezeit-Bestimmung	18
2.02	Blutungszeit-Bestimmung	3
2.03	Thrombozyten-Zählung	4
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, "Quick") oder Normotest (nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar)	8
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	8
2.06	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	8
2.07	Thrombinzeit (TZ)	8
2.08	Fibrinogen	8
2.09	Fibrinogen - Fibrin-Spaltprodukte	6
2.10	Antithrombin III-Bestimmung	12
2.11	Protein C	35
2.12	Protein S	35
2.13	Faktor V	12
2.14	Faktor VII	12
2.15	Faktor VIII	12
2.16	Faktor IX	12
2.17	Faktor XIII	12
2.18	Ristocetincofaktor	35
2.19	Euglobulinlysiszeit	Rechnung
2.20	Gerinnungszeit	3
2.21	Thrombelastogramm	35
2.22	Faktor X (Stuart Prower)	12
2.23	Thrombozytenaggregation	25
2.24	Reptilasezeit	6
2.25	Aethanol Gel Test	6

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
<u>Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen</u>		
3.01	Blutzuckerbestimmung	5
3.02	Fruktosamine (nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar)	5
3.03	HbA ₁ oder HbA _{1c} (nur bei Diabetes; nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar)	15
3.04	Harnstoff oder BUN	5
3.05	Kreatinin	5
3.06	Harnsäure	5
3.07	Gesamtbilirubin	5
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin	5
3.09	Gesamteiweiß-Bestimmung	5
3.10	Albumin	5
3.11	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	22
3.12	Triglyceride (Neutralfette)	5
3.13	Gesamtcholesterin	5
3.14	HDL-Cholesterin	6
3.15	LDL-Cholesterin	6
3.16	Natrium	5
3.17	Kalium	5
3.18	Kalzium	5
3.19	Chloride	5
3.20	Phosphor	5
3.21	Magnesium	5
3.22	Lithium	5

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
3.23	Zink	5
3.24	Kupfer	8
3.25	Eisen	5
3.26	Eisenbindungskapazität = Transferin x Faktor	12
3.27	Ferritin - siehe Pos. Nr. 11.63	18
3.28	Blei (Atomabs)	Rechnung
3.29	Cadmium	Rechnung
3.30	Quecksilber	Rechnung
3.31	Lipidelektrophorese	22
3.32	Aethylalkohol (pro medico)	10
3.33	Gallensaeuren	5
3.34	Phospholipide	5
3.35	Galaktose	5
3.36	Xylose	5
3.37	Aethylalkohol - Notfall	20
3.38	Amoniak	10
3.39	Laktat	10

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
<u>Gruppe 4: Enzyme</u>		
4.01	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	18
4.02	Aldolase	5
4.03	Alkalische Phosphatase	5
4.04	a-Amylase	5
4.05	Cholinesterase	5
4.06	CK (Creatin-Kinase)	5
4.07	CK-MB-Isoenzym (nur bei Infarktverdacht verrechenbar)	9
4.08	Myoglobin (nur bei Infarktverdacht verrechenbar)	5
4.09	GOT (ASAT)	5
4.10	GPT (ALAT)	5
4.11	g - GT	5
4.12	GLDH	5
4.13	a-HBDH	5
4.14	Lipase-Bestimmung	5
4.15	LDH	5
4.16	Lysozym	12
4.17	Prostata-spezifische Phosphatasen (SPPH)	6
4.18	Saure Phosphatasen, gesamt	5
4.19	Isoenzym-Elektrophorese (LDH, CPK, APH)	22
4.20	Osteoklasten Phosphatase	5
4.21	Amylase Differenzierung Parot Pankr.	22
4.22	Glucose 6 PDH	40
4.23	Immunelektrophorese (Immunfix) Serum oder Harn	37
4.24	LAP (Leucin-Aryl-Amidase)	5

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
<u>Gruppe 5: Harnuntersuchungen</u>		
5.01	Kompletter Harnbefund: makroskopische Beschreibung, chemischer Harnbefund mittels Streifentests (mindestens 5 Parameter) und Sediment	4
5.02	Streifentest im Harn (auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar)	1
5.03	Sediment	2,5
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	3
5.05	Albumin - neph. oder turbid.	12
5.06	Gesamteiweiß-Bestimmung	5
5.07	Elektrophorese der Harnproteine (nur bei Verdacht auf Paraproteinämie und erhöhter Eiweiß-Ausscheidung verrechenbar)	22
5.08	Glukose	5
5.09	Harnstoff oder BUN	5
5.10	Kreatinin	5
5.11	Harnsäure	5
5.12	Natrium	5
5.13	Kalium	5
5.14	Kalzium	5
5.15	Chloride	5
5.16	Phosphor	5
5.17	Kupfer (Atomabsorption)	Rechnung
5.18	a-Amylase	5
5.19	Lysozym	12
5.20	Fujiwara-Reaktion	6
5.21	Phorphyrine gesamt (Uroporphyrine, Koproporphyrine, Zwischenporphyrine) je	12

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
5.22	Porphobilinogen	12
5.23	Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	20
5.24	5-Hydroxyindolessigsäure	20
5.25	Mikroalbumin (turbid)	12
5.26	Bence Jones Prot Immunfix	37
5.27	Kreatin	12
5.28	Hydroxyprolin	12
5.40	Trichloressigsäure	12
5.43	Diskelektrophorese	22
5.44	Oxalsäure	10
5.45	b2-Mikroglobulin	12
5.46	Blei (Atomabs)	Rechnung
5.47	Katecholamine je Best. (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Metanephrin) - siehe Gruppe 14	20
5.50	Vanillinmandelsäure	20
5.51	Homovanillinsäure	20
5.53	Schwangerschaftstest qual.	12

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

6.01	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes qualitativ	10
6.02	Röntgenstruktur-Analyse eines Harnkonkrementes	65
6.03	Infrarot Spektroskopie	65

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

7.01	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern)	10
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3 mal 20 P.), je Untersuchung (inkl. Testbriefchen)	6
7.03	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	10
7.04	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	10
7.05	Stuhl auf Chymotrypsin	10

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

8.01	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung	10
8.02	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung	10
8.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane (nativ auf Trichomonaden und Pilze), Gramfärbung (Bakterien und Pilze)	10
8.05	Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert, Verflüssigungszeit und Fruktosegehalt	30
8.06	Spermafructose	5
	Gonokokken-Nachweis - siehe Gruppe 12	
	Chlamydien-Nachweis - siehe Gruppe 12	
	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä.) mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest - siehe Gruppe 12	

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

9.01	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung	10
9.02	Sediment nativ und Färbepreparat	10
9.03	Bestimmung der Zellzahl	5
9.04	Mikroskopischer Kristallnachweis	10
9.05	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	10
9.06	Albumin - neph. oder turbid.	12
9.07	Gesamteiweiß-Bestimmung	5
9.08	Glukose	5
9.09	Harnsäure	5
9.10	LDH	5
9.11	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test qualitativ	5
9.12	CRP quantitativ (turbid., neph.)	12
9.13	Kalzium	5
9.14	Rheumafaktor Latex	5
9.16	Rheumafaktor (turbid., neph.)	12

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

10.01	Blutgruppenstatus: ABO-System und Rhesusfaktor (nur mit Begründung, z.B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar)	20
10.02	Rhesusuntergruppen (Rhesusfaktoraufschlüsselung) bei Anti-D negativen Patienten oder bei Erstschwangerschaft	16
10.03	ist 10.04	
10.04	3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest (nur bei Anti-D negativen Schwangeren verrechenbar)	20
10.05	Coombstest direkt	10
10.06	Coombstest indirekt = 10.04 (3-Stufen-Antikörperbestimmung u. Enzymtest)	20
10.07	Kälteagglutinationsreaktion	11
10.08	Du	40
10.09	Kontrolle unklarer Ergebnisse (Bestätigungstests)	Rechnung
10.10	Antikörperidentifizierung (Wärme und Kälte)	80

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchungen

11.01	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM) je Parameter	12
11.02	Immunelektrophorese oder Immunfixation (nur bei M-Gradienten in der Sermun- elektrophorese verrechenbar)	37
11.03	Kappa- und Lambdaketten quantitativ	12
11.04	Bence-Jones-Nachweis	37
11.05	IgE gesamt, Phadiatop je Parameter	25
11.06	Multidisc auf mindestens 4 Allergene	25
11.07	Allergen Einzeltest (höchstens 5 Einzeltests pro Patient verrechenbar)	25
11.08	a1-Antitrypsin	12
11.09	a2-Makroglobulin	12
11.10	Haptoglobin	12
11.11	Coeruloplasmin	12
11.13	Anti-Nukleäre-Antikörper-IF (ANA), Austitration	14
11.14	Anti-DNS-RIA	35
11.15	Mitochondriale Antikörper IF, Austitration	14
11.16	Glatte Muskulatur Antikörper IF, Austitration	14
11.17	Thyreoglobulin Antikörper	35
11.18	Mikrosomale Antikörper	35
11.19	Konsumptionstest, erstes Antigen	18
11.20	jedes weitere Antigen (höchstens 3 weitere pro Patient und pro Quartal verrechenbar)	10
11.21	Immunfluoreszenztest mit Zellen oder Gewebeschnitten	14
11.23	HBs-Antigen	18

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
11.24	HBs-Antikörper	18
11.25	HBc-Antikörper	18
11.26	HBc-IgM-Antikörper	18
11.27	HBe-Antigen	18
11.28	HBe-Antikörper	18
11.29	HAV-Antikörper	18
11.30	HAV-IgM-Antikörper	18
11.31	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL), Austitration	6
11.32	TPHA-Test, Austitration	12
11.33	Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS), Austitration	14
11.34	19 S (IgM) FTA-ABS-Test, Austitration	14
11.35	RF (Rheumafaktor)-Test-Objektträger-test qualitativ	6
11.36	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch quantitativ	12
11.37	Antistreptolysin-O-Objektträger-test qualitativ	6
11.38	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	12
11.39	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test qualitativ	6
11.40	CRP (C-reaktives Protein)-Test neph. oder turbid.	12
11.41	Waalser Rose mit Titerbestimmung, Austitration	12
11.42	LE (Lupus erythematoses)-Test-Objekt-träger-test qualitativ	6
11.43	Reaktion nach Paul Bunnell, Hanganutziu-Deicher	6
11.44	Mononukleosetest als Objektträger-test	6

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
11.45	Immunologischer Schwangerschaftstest quantitativ (nur bei Verdacht auf Extrauterin gravidität oder Blasenmole verrechenbar) - siehe Pos. Nr. 14.05	25
11.46	Delta Antigen	Rechnung
11.47	Delta Antikörper Rechnung	Rechnung
11.48	C3-Komplement b1c Globulin	12
11.49	C4-Komplement	12
11.50	PAP	25
11.51	PSA	21
11.52	APCA	12
11.53	Acetylcholin Receptor Ak	35
11.54	ENA	35
11.55	AFP	25
11.56	CEA	18
11.57	CA-19-9	35
11.58	CA 125	35
11.59	CA-50	35
11.60	CA 15-3	35
11.61	IgM SPHA 19 S	35
11.62	AStar	25
11.63	Ferritin	25
11.64	Transferrin	12
11.65	Hämopexin	12
11.66	Anti Streptodornase B	35
11.67	IgD	12
11.68	Insulin AK	35
11.69	Antikörper gegen quergestreifte Muskulatur	35

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
11.70	Antikörper gegen Herzmuskulatur	35
11.71	Inselzell Antikörper	35
11.72	Antikörper gegen Speicheldrüsen	35
11.73	C1 Esterase Inhibitor	12
11.74	Vitamin B12	25
11.75	Folsäure	25
11.76	TRAK Thyreotropin Receptor Autoantikörper	35
11.77	Colon Epithel Antikörper	35
11.78	Reticulin Antikörper	35
11.79	IgG-Rast Wespe	35
11.80	IgG-Rast Biene	35
11.81	Malaria Antikörper falciparum IF	14
11.82	Kryoglobuline (Immunfix)	37
11.90	AST turbidim. u. neph.	12
11.91	Apolipoprotein A	12
11.92	Apolipoprotein B	12
11.93	Vitamin A, B, C, D, E je	35
11.94	Hepatitis-C-Untersuchung	18

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
<u>Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen</u>		
12.01	Nativpräparat mikroskopisch	2,5
12.02	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc	6
12.03	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung (Ziehl-Neelson)	8
12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä.) mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	16,3
12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	15
12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	15
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	16
12.08	Kultur auf Mykoplasmen	16
12.09	Kultur auf Protozoen	16
12.10	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger (höchstens 2 Subkulturen verrechenbar), je	8
12.11	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	20
12.12	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate	15
12.13	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	5
12.14	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit einschließlich Tbc-Resistenz auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 6 zu prüfende Substanzen), je Erreger (12 Substanzen s. Pos.Nr. 12.82)	18

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
12.15	Tierversuch, erstes Tier	30
12.16	Tierversuch, jedes weitere Tier (höchstens 2 weitere pro Patient und pro Quartal verrechenbar)	15
12.17	Adeno-Viren KBR, Austitration	12
12.18	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	18
12.19	Amöben - AK HHT	12
12.20	Bilharziose (Schistosomiasis) - IFT (Elisa s. Pos.Nr. 12.83)	14
12.21	Bilharziose (Schistosomiasis) - HHT	12
12.22	Brucella AK KBR	12
12.23	Campylobakter KBR intest., jej., pylori je (Elisa oder Urease s. Pos.Nr. 12.84)	1,2
12.24	Candida alb. HT	12
12.25	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je (Elisa s. Pos.Nr. 12.85)	16,3
12.26	Chlamydien - Antigen EIA	18
12.27	Chlamydien - IgG oder IgM Antikörper (EIA), je	18
12.28	Coxsackie- B KBR (3 B1 - B6, A, B, Echo) je	12
12.29	Echinokokken KBR	12
12.30	Echinokokken HT (Elisa s. Pos.Nr. 12.86)	12
12.31	Enteroviren KBR	12
12.32	Echoviren KBR	12
12.33	Epstein-Barr V. KBR	12
12.34	Epstein-Barr V. - IgG oder IgM Antikörper (IFT), je (Elisa s. Pos.Nr. 12.87)	14
12.35	FSME HHT	12

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
12.36	FSME - IgM oder IgG AK (EIA), je	18
12.37	Gonokokken - Antigen (EIA)	18
12.38	Gruber - Widal (O- u. H-Antigene) Salmonellen typhi paratyphi A, B, C	30
12.39	HIV - AK (Elisa)	18
12.40	HIV-Western-Blot (nur bei positivem HIV-Test verrechenbar)	40
12.41	Herpes simplex IgG oder IgM-AK, Typ 1, Typ 2 je (Elisa s. Pos.Nr. 12.88)	14
12.42	Influenza A KBR	12
12.43	Influenza A - IgG oder IgM-AK (IF). je (Elisa s. Pos.Nr. 12.89)	14
12.44	Influenza B KBR	12
12.45	Influenza B - IgG oder IgM-AK (IF), je (Elisa s. Pos.Nr. 12.90)	14
12.46	Leptospiren (Aggl.T)	6
12.47	Legionella KBR	12
12.48	Listerien KBR	12
12.49	Leishmaniose KBR (HAT s. Pos.Nr. 12.91)	12
12.50	Malaria - dicker Tropfen	10
12.51	Malaria - AK (IF)	14
12.52	Masern - KBR, je (Elisa s. Pos.Nr. 12.92)	12
12.53	Mumps KBR, je (Elisa s. Pos.Nr. 12.93)	12
12.54	Ornithose KBR	12
12.55	Pertussis KBR	12
12.56	Pertussis IF, je (Elisa s. Pos.Nr. 12.94)	14

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
12.57	Picorna Virus KBR	12
12.58	Qu-Fieber KBR	12
12.59	Rota Viren KBR (Elisa s. Pos.Nr. 12.95)	12
12.60	Röteln HHT	17,6
12.61	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA) je	18
12.62	Toxoplasmose (Sabin-Feldmann oder IF)	16,3
12.63	Toxoplasmose KBR	16,3
12.64	Toxoplasmose IgM-AK (EIA)	18
12.65	Trichinose KBR	12
12.66	Trichinose IF (Elisa s. Pos.Nr. 12.96)	14
12.67	Tularämie (KBR) (Agglutination s. Pos.Nr. 12.97)	12
12.68	Varicellen-Zoster KBR	12
12.69	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	18
12.70	Yersinia KBR, Typ 3, Typ 9, pseudotuberculosis je	12
12.71	Zytomegalie KBR (IF s. Pos.Nr. 12.98)	12
12.72	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	18
12.73	Zystizerkosen KBR	12
12.74	Zystizerkosen IF	14
12.75	Borellien	35
12.76	Early Antigen-IF	14
12.77	Respiratory Syncytial Virus Elisa	18
12.78	Respiratory Syncytial Virus IF	14
12.79	Tetanus AK EIA	18
12.80	Tetanus AK IF	14

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
12.81	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä.) mittels Elisatest	18
12.82	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit einschließlich Tbc-Resistenz auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 12 zu prüfende Substanzen) je Erreger	25
12.83	Bilharziose (Schistosomiasis) - EIA	18
12.84	Campylobakter EIA oder Urease	18
12.85	Candida EIA	18
12.86	Echinokokken EIA	18
12.87	Epstein-Barr V. - IgG oder IgM Antikörper (EIA), je	18
12.88	Herpes simplex IgG oder IgM-AK Typ 1, Typ 2 (EIA), je	18
12.89	Influenza A-IgG oder IgM-AK (EIA), je	18
12.90	Influenza B - IgG oder IgM-AK (EIA), je	18
12.91	Leishmaniose HAT	12
12.92	Masern - EIA, je	18
12.93	Mumps EIA, je	18
12.94	Pertussis EIA, je	18
12.95	Rota Viren EIA	18
12.96	Trichinose EIA	18
12.97	Tularämie (Agglutination)	6
12.98	Zytomegalie IF	14
12.99	Streptokokken A EIA Rachenabstrich	18

Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen

13.01	Antikonvulsiva (Phenytoin, Phenobarbital, Carbamacepin, Ethosuximid, Primidon, Valproinsäure)	25
	Lithium - siehe Gruppe 3	
13.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	25
13.03	Theophyllin	25
13.04	Antiarrhythmika	25
13.05	Antibiotika und Zytostatika	25
13.06	Drogennachweis (außer die Pos. 13.08 bis 13.13)	25
13.07	Salicilate	25
13.08	Opiate im Harn	13,4
13.09	Benzodiazepine	13,4
13.10	Amphetamine im Harn	13,4
13.11	Cannabis im Harn	13,4
13.12	Kokain im Harn	13,4
13.13	Methadon im Harn	13,4

Gruppe 14: Hormone

Sexualhormone dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.

14.01	Gesamt-T4 oder freies T4	19
14.02	Gesamt-T3 oder freies T3	19
14.03	TSH	19
	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation) - siehe Gruppe 15	
14.04	Aldosteron	35
14.05	Chorion-Gonadotropin (b-HCG) (Notfall + 75 %)	25
14.06	Cortisol	25
14.07	Follikelstimulierendes Hormon (FSH) (Notfall + 75 %)	25
14.08	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin) je	20
14.09	Katecholamine im Sammelharn (Adrenalin, Noradrenalin, Methanephrine, Dopamin) je	20
14.10	17-Ketosteroide im Harn	25
14.11	17-OH-Kortikosteroide im Harn	25
14.12	Luteinisierendes Hormon (LH) (Notfall + 75 %)	25
14.13	Gesamtöstrogene	25
14.14	Östradiol (E2) (Notfall + 75 %)	25
14.15	Gesamt-Östriol oder freies Östriol (E3)	35
14.16	Parathormon	35
14.17	Plazenta-Laktogen (HPL)	35
14.18	Pregnandiol im Harn	20

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
14.19	Progesteron (Notfall + 75 %)	35
14.20	Prolaktin	20
14.21	Testosteron	25
14.22	Wachstumshormon (STH, HGH)	25
14.23	Dehydroepiandrosteronsulfat DHEAS	35
14.24	Thyreoglobulin	20
14.25	ETR	19
14.26	SHBG Sexualhormon bindendes Globulin	35
14.27	Gastrin	35
14.28	C-Peptid	35
14.29	ACTH	35
14.30	Osteocalcin	35
14.31	Calcitonin	35
14.32	Insulin	35
14.33	Freies Testosteron	35
14.34	Renin	35
14.35	NT-pro-BNP	60

Gruppe 15: Funktionsproben

15.01	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blutzuckerbestimmungen) je Glucose	5
15.02	Kreatinin-Clearence endogen	12
15.03	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	38
15.04	Schillingtest	
15.07	Dexamethasontest Anzahl Cortisol	
15.08	ACTH Test Anzahl Cortisol	
15.09	Xylosebelastung Anzahl Xylose	Abrechnung nach Anzahl der entsprechenden Bestimmungen (s. entsprechender Tarif)
15.10	Galaktosebelastung Anzahl Galaktose	
15.12	Phosphat Clearence Anzahl Phosphat	
15.13	Metopirontest Anzahl 17 Ketosteroide Anzahl 11 Hydroxysteroide	

Gruppe 16: Histologie -Zytologie

16.01	Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	17,8
16.02	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	10,7
	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten - siehe Gruppe 9	
16.03	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	8,4

Gruppe 17: Sonstige Leistungen

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

18.01	Blutentnahme aus der Vene	3
18.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	5
18.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt (1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar)	
18.04	Abstrich je Abnahmestelle	
18.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	
18.06	Katheterabnahme (nur bei bakteriologischer Harnuntersuchung verrechenbar)	
18.07	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	

Alphabetischer Index

Leistungsbezeichnung	Pos.Nr.	Leistungsbezeichnung	Pos.Nr.
		a-Amylase (siehe auch 5.18)	4.04
A		Amylase Differenzierung Parot Pankr.	4.21
Abnahme und Fixierung für zyto- logische Untersuchungen	18.07	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	4.01
Abstrich je Abnahmestelle	18.04	Antiarrhythmika	13.04
Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä.) mittels Elisatest	12.81	Antibiogramm: Prüfung der Er- regerempfindlichkeit ein- schließlich Tbc-Resistenz auf Antibiotika bzw. Chemo- therapeutika - mindestens 6 zu prüfende Substanzen	12.14
Acetylcholin Receptor Ak	11.53	Antibiogramm: Prüfung der Er- regerempfindlichkeit ein- schließlich Tbc-Resistenz auf Antibiotika bzw. Chemo- therapeutika - mindestens 12 zu prüfende Substanzen	12.82
ACTH	14.29	Antibiotika	13.05
ACTH Test Anzahl Cortisol	15.08	Anti-DNS-RIA	11.14
Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	12.18	Antigen - erstes (Konsumationstest)	11.19
Adeno-Viren KBR, Austitration	12.17	Antigen - jedes weitere	11.20
Aethanol Gel Test	2.25	Antigen - HBe	11.27
Aethylalkohol - Notfall	3.37	Antigen - HBs	11.23
Aethylalkohol (pro medico)	3.32	Antikörper - HBc-IgM	11.26
AFP	11.55	Antikörper - HBc	11.25
Albumin	3.10	Antikörper - HBs	11.24
Albumin - neph. oder turbid.	5.05	Antikörper gegen Herzmuskulatur	11.70
Albumin - neph. oder turbid.	9.06	Antikörperidentifizierung (Wärme und Kälte)	10.10
Aldolase	4.02	Antikörper - Mikrosomale	11.18
Aldosteron	14.04		
Allergen Einzeltest	11.07		
Amöben - AK HHT	12.19		
Amoniak	3.38		
Amphetamine im Harn	13.10		

Antikörper - Michondriale IF, Austitration	11.15	Bakterien - Kultur anaerob	12.06
		Bence-Jones-Nachweis	11.04
Antikörper gegen quergestreifte Muskulatur	11.69	Bence Jones Prot Immunfix	5.26
Antikörper gegen Speicheldrüse	11.72	Benzodiazepine im Harn	13.09
Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest (nur bei Anti-D negativen Schwangeren verrechbar)		Bilharziose (Schistosomiasis) - EIA	12.83
- 3-Stufen Antikörpersuchtest	10.04	Bilharziose (Schistosomiasis) - IFT (Elisa s. Pos.Nr. 12.83)	12.20
Antikonvulsiva (Phenytoin, Phenobarbital, Carbamacepin, Ethosuximid, Primidon, Valproinsäure)	13.01	Bilharziose (Schistosomiasis) - HHT	12.21
Anti-Nukleäre-Antikörper-IF (ANA), Austitration	11.13	Bilirubin - Gesamt	3.07
Antistreptolysin-O-Objektträger-test qualitativ	11.37	Bilirubin - direkt u. indirekt	3.08
Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	11.38	Blei (Atomabs)	3.28 5.46
Antithrombin III-Bestimmung	2.10	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	18.02
a1-Antitrypsin	11.08	Blutbild - kleines	1.02
APCA	11.52	Blutbild - komplettes	1.01
Apolipoprotein A	11.91	Blutbild - rotes	1.03
Apolipoprotein B	11.92	Blutbild - weißes	1.04
AStar	11.62	Blutentnahme aus der Vene	18.01
AST turbidim. u. neph.	11.90	Blutgruppenstatus: ABO-System und Rhesusfaktor	10.01
		Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	12.11
		Blutparasiten im Ausstichpräparat oder dicken Tropfen	1.12
Bakterien - Abstrichpräparat mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	12.04	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	1.20
Bakterien - Kultur aerob	12.05	Blutungszeit-Bestimmung	2.02

Blutzuckerbestimmung	3.01		
Borellien	12.75	Chlamydien - IgG oder IgM Antikörper (EIA)	12.27
Brucella AK KBR	12.22		
BUN	3.04	Chloride	3.19 5.15
BUN	5.09	Cholesterin - Gesamt	3.13
Bunell Paul - Reaktion	11.43	Cholesterin - HDL	3.14
		Cholesterin - LDL	3.15
		Cholinesterase	4.05
		Chorion-Gonadotropin (b-HCG)	14.05
		CK (Creatin-Kinase)	4.06
		CK-MB-Isoenzym	4.07
		C3-Komplement b1c Globulin	11.48
		C4-Komplement	11.49
		Coeruloplasmin	11.11
		CO-Hb	1.17
		Colon Epithel Antikörper	11.77
		Coombstest direkt	10.05
		Coombstest indirekt (3-Stufen-Antikörperbestimmung und Enzymtest)	10.06
		Cortisol	14.06
		Coxsackie - B KBR (3 B1 - B6, A, B, Echo)	12.28
		CRP (C-reaktives Protein)-Test - qualitativ	9.11 11.39
		CRP quantitativ (turbid., neph.)	9.12 11.40
Chlamydien - Abstrichpräparat mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	12.04		
Chlamydien - Antigen EIA	12.26		

C

D

Dehydroepiandrosteronsulfat DHEAS	14.23
Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	5.23
Delta Antigen	11.46
Delta Antikörper	11.47
Dexamethasontest Anzahl Cortisol	15.07
Digoxin oder Digitoxin	13.02
Diskelektrophorese	5.43
Drogennachweis	13.06
Du	10.08

Epstein-Barr V. - IgG oder IgM Antikörper (IFT)	12.34
Ebstein-Barr V. KBR	12.33
Erythrozyten auf basophile Tüpfelung oder Heinz'sche Innenkörper	1.10
Erythrozytenresistenz	1.11
Erythrozyten-Zählung	1.06 5.04
ETR	14.25
Euglobulinlysiszeit	2.19

E

Early Antigen-IF	12.76
Echinokokken EIA	12.86
Echinokokken HT (Elisa s. Pos.Nr. 12.86)	12.30
Echinokokken KBR	12.29
Echoviren KBR	12.32
Eisen	3.25
Eisenbindungskapazität	3.26
Eiweiß-Bestimmung - Gesamt	3.09 5.06 9.07
Elektrophorese der Harnproteine	5.07
ENA	11.54
Enteroviren KBR	12.31
Epstein-Barr V. - IgG oder IgM Antikörper	12.87

F

Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung	8.02 12.03
Färbepreparat (Gram usw.), außer Tbc	12.02
Faktor V	2.13
Faktor VII	2.14
Faktor VIII	2.15
Faktor IX	2.16
Faktor X (Stuart Prower)	2.22
Faktor XIII	2.17
Ferritin	3.27 11.63
Fibrinogen	2.08
Fibrinogen - Fibrin-Spalt- produkte	2.09
Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	14.07

		g-GT	4.11
Folsäure	11.75		
Fruktosamine	3.02		
FSME HHT	12.35		
FSME - IgM oder IgG AK (EIA)	12.36		
FTA-ABS-Test, Austitration - 19 S (IgM)	11.34		
Fujiwara-Reaktion	5.20		
G			
Galaktose	3.35		
Galaktosebelastung	15.10		
Gallensaeuren	3.33		
Gastrin	14.27		
Gerinnungsstatus: Thrombo- zyten-Zählung, Prothrombin- zeit-Bestimmung (Quick), partielle Thromboplastin- zeit-Bestimmung	2.01		
Gerinnungszeit	2.20		
GLDH	4.12		
Glucose	5.08 9.08		
Glucose 6 PDH	4.22		
Glucose-Toleranztest - oral	15.01		
Gonokokken - Antigen (EIA)	12.37		
GOT (ASAT)	4.09		
GPT (ALAT)	4.10		
Gruber - Widal (O- u. H-Antigene)	12.38		

H

Hämokrit	1.08
Haemoglobinauftrennung - Säulen- chromatisch	1.29
Hämoglobin-Bestimmung	1.07
Hämoglobinelektrophorese	1.19
Hämopexin	11.65
Haptoglobin	11.10
Harnbefund - komplett und Sediment	5.01
Harnkonkrement - Chemische Analyse qualitativ	6.01
Harnkonkrement - Röntgenstruktur- Analyse	6.02
Harnsäure	3.06 5.11 9.09
Harnstoff	3.04 5.09
Harn - Streifentest	5.02
HAV-Antikörper	11.29
HAV-IgM-Antikörper	11.30
HbA1 oder HbA1 c	3.03
Hb - fetal quantitativ	1.15
Hb - frei im Serum	1.16
HBc-Antikörper	11.25
HBc-IgM-Antikörper	11.26
a-HBDH	4.13

HBe-Antigen	11.27		
HBe-Antikörper	11.28	Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS), Austitration - indirekter	11.33
HBs-Antigen	11.23		
HBs-Antikörper	11.24	Immunfluoreszenztest mit Zellen oder Gewebeschnitten	11.21
Hepatitis-C-Untersuchung	11.94	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	11.01
Herpes simplex IgG oder IgM-AK, Typ 1, Typ 2	12.41	Influenza A - IgG oder IgM-AK (IF)	12.43
Herpes simplex IgG oder IgM-AK, Typ 1, Typ 2 (EIA)	12.88	Influenza A-IgG oder IgM-AK (EIA)	12.89
		Influenza A KBR	12.42
Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe	16.01	Influenza B - IgG oder IgM-AK (EIA)	12.90
HIV - AK (Elisa)	12.39		
HIV-Western-Blot	12.40	Influenza B - IgG oder IgM-AK (IF)	12.45
HLA B 27 mit Kreuzreaktionen	1.25	Influenza B KBR	12.44
Homovanillinsäure	5.51	Inselzell Antikörper	11.71
5-Hydroxyindolessigsäure	5.24	Insulin	14.32
Hydroxyprolin	5.28	Insulin AK	11.68
		Isoenzym-Elektrophorese (LDH, CPK, APH)	4.19
		I	
		K	
IgD	11.67		
IgE gesamt, Phadiatop je Parameter	11.05	Kälteagglutinationsreaktion	10.07
IgG-Rast Biene	11.80	Kalium	3.17
IgG-Rast Wespe	11.79	Kalium	5.13
IgM SPHA 19 S	11.61	Kalzium	3.18
Immunelektrophorese (Immunfix) Serum oder Harn	4.23	Kalzium	5.14
		Kalzium	9.13
Immunelektrophorese oder Immunfixation	11.02	Kappaketten - quantitativ	11.03
		Katecholamine (Adrenalin,	

Noradrenalin, Dopamin, Metanephrin)	5.47		
Katecholamine im Sammelharn (Adrenalin, Noradrenalin, Methanephrine, Dopamin)	14.09	LDH	4.15 9.10
Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin)	14.08	LDL-Cholesterin	3.15
Katheterabnahme	18.06	LE (Lupus erythematodes)-Test- Objekträger test qualitativ	11.42
Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheter- harn)	12.13	Legionella KBR	12.47
		Leishmaniose HAT	12.91
17-Ketosteroide im Harn	14.10	Leishmaniose KBR	12.49
Kokain im Harn	13.12	Leptospiren (Aggl.T)	12.46
Konsumtionstest, erstes Antigen	11.19	Leukozytenphosphatase - alkalische	1.22
	11.20	Leukozyten-Zählung	1.05 5.04
Kortikosteroide im Harn - 17-OH	14.11	Lipase-Bestimmung	4.14
Kreatin	5.27	Lipidelektrophorese	3.31
Kreatinin	3.05	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL), Austitration	11.31
	5.10		
Kreatinin-Clearence endogen	15.02	Listerien KBR	12.48
Kristallnachweis - Mikroskopischer	9.04	Lithium	3.22
Kryoglobuline (Immunfix)	11.82	Luteinisierendes Hormon (LH) (Notfall + 75 %)	14.12
Kupfer	3.24	Lymphozyten - Differenzierung B und T	1.24
Kupfer (Atomabsorption)	5.17	Lysozym	4.16
		Lysozym	5.19
L			
Laktat	3.39	M	
Lambdaketten quantitativ	11.03		
LAP (Lencin-Aryl-Amidase)	4.24	Magnesium	3.21
		a2-Makroglobulin	11.09

Malaria - AK (IF)	12.51	Natrium	3.16 5.12
Malaria Antikörper falciparum IF	11.81	NT-pro-BNP	14.35
Malaria - dicker Tropfen	12.50		
Masern - EIA, je	12.92		
Masern - KBR, je	12.52	O	
MCV	1.21	Östradiol (E2)	14.14
Methadon im Harn	13.13	Gesamt-Östriol oder freies Östriol (E3)	14.15
MET-Hb	1.18	Gesamtöstrogene	14.13
Metopirontest	15.13	Opiate im Harn	13.08
Mikroalbumin (turbid)	5.25	Ornithose KBR	12.54
b2-Mikroglobulin	5.45	Osmolalität (Serum oder Harn)	1.30
Mikrosomale Antikörper	11.18	Osteocalcin	14.30
Mitochondriale Antikörper IF, Austitration	11.15	Osteoklasten Phosphatase	4.20
Mononukleosetest als Objekt- trägertest	11.44	Oxalsäure	5.44
Mulidisc auf mindestens 4 Allergene	11.06	P	
Mumps EIA	12.93	PAP	11.50
Mumps KBR	12.53	Parathormon	14.16
Glatter Muskulatur Antikörper IF, Austitration	11.16	C-Peptid	14.28
Mykoplasmen - Abstrichpräparat mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	12.04	Pertussis EIA	12.94
Mykoplasmen - Kultur auf	12.08	Pertussis IF	12.56
Myoglobin	4.08	Pertussis KBR	12.55
N		Phorphyrine gesamt (Uropor- phyrine, Koproporphyrine, Zwischenporphyrine)	5.21
Nativpräparat mikroskopisch	12.01	Phosphatase - Alkalische	4.03
		Phosphat Clearance Anzahl Phosphat	15.12

Phosphatasen, gesamt - Saure	4.18	Quick	2.01
Phospholipide	3.34	Quecksilber	3.30
Phosphor	3.20 5.16	R	
Picorna Virus KBR	12.57	Renin	14.34
Pilzen - Abstrichpräparat mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	12.04	Reptilasezeit	2.24
Pilze - Kultur auf	12.07	Respiratory Syncytial Virus Elisa	12.77
Plazenta-Laktogen (HPL)	14.17	Respiratory Syncytial Virus IF	12.78
Porphobilinogen	5.22	Reticulin Antikörper	11.78
Pregnandiol im Harn	14.18	Retikulozyten-Zählung	1.09
Progesteron	14.19	Rhesusuntergruppen (Rhesus- faktoraufschlüsselung)	10.02
Prolaktin	14.20	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch quantitativ	11.36
Prostata-spezifische Phosphatasen (SPPH)	4.17	Rheumafaktor Latex	9.14
Protein C	2.11	RF (Rheumafaktor)-Test-Objekt- träger-test qualitativ	11.35
Protein S	2.12	Rheumafaktor (turbid., neph.)	9.16
Prothrombinzeit-Bestimmung (Quick)	2.01	Ristocetincofaktor	2.18
Protozoen - Kultur	12.09	Röntgenstruktur-Analyse eines Harnkonkrementes	6.02
PSA	11.51	Röteln HHT	12.60
Punktionsflüssigkeiten - Zytologische Beurteilung	9.05	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA)	12.61
Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ, spez. Gewicht, Gram- färbung	9.01	Rota Viren EIA	12.95
		Rota Viren KBR	12.59
Q		S	
Qu-Fieber KBR	12.58	Salicilate	13.07

Schillingtest	15.04	Stuhl auf okkultes Blut (3 mal 20 P.), je Untersuchung (inkl. Testbriefchen)	7.02
Schwangerschaftstest qual.	5.53		
Schwangerschaftstest - immunologisch quantitativ	11.45 14.05	Stuhl auf Chymotrypsin	7.05
Sediment	5.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	7.04
Sediment nativ und Färbepräparat	9.02	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	7.03
Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	18.05		
Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt	18.03	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern)	7.01
Sekrete der Geschlechtsorgane (nativ auf Trichomonaden und Pilzen), Gramfärbung (Bakterien und Pilzen) - Mikroskopische Untersuchung	8.03	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger	12.10
Serumproteine - Elektrophorese (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	3.11	T	
		T3 - Gesamt oder freies	14.02
SHBG Sexualhormon bindendes Globulin	14.26	T4 - Gesamt oder freies	14.01
Spektroskopie - Infrarot	6.03	Tbc - Färbepräparat nach Anreicherung (Ziehl-Neelson)	8.02 12.03
Spermafructose	8.06	Tbc - Kultur	12.12
Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl	8.05	Testosteron	14.21
Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung	8.01	Testosteron - freies	14.33
		Tetanus AK EIA	12.79
Sternalpunktat: Färbepräparat	1.13	Tetanus AK IF	12.80
		Theophyllin	13.03
Streptokokken A EIA Rachenabstrich	12.99	Thrombelastogramm	2.21
Anti Streptodornase B	11.66	Thrombinzeit (TZ)	2.07

Thromboplastinzeit-Bestimmung - partielle	2.01	Tularämie (Agglutination)	12.97
Thromboplastinzeit (PTT) - Partielle	2.06	Tularämie (KBR)	12.67
Thromboplastinzeit (TPZ, "Quick") oder Normotest	2.04	V	
Thrombotest	2.05		
Thrombozytenaggregation	2.23	Vanillinmandelsäure	5.50
Thrombozyten-Zählung	2.01 2.03	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA)	12.69
		Varicellen-Zoster KBR	12.68
Thyreoglobulin	14.24		
Thyreoglobulin Antikörper	11.17	Viren - Abstrichpräparate mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	12.04
Tierversuch, erstes Tier	12.15		
Tierversuch, jedes weitere Tier	12.16	Vitamin A, B, C, D, E je	11.93
Toxoplasmose IgM-AK (EIA)	12.64	Vitamin B12	11.74
Toxoplasmose KBR	12.63		
Toxoplasmose (Sabin-Feldmann oder IF)	12.62	W	
TPHA-Test, Austitration	11.32	Waalser Rose mit Titerbestimmung, Austitration	11.41
TRAK Thyreotropin Receptor Autoantikörper	11.76	Wachstumshormon (STH, HGH)	14.22
Transferrin	11.64		
TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	15.03	X	
Trichinose EIA	12.96	Xylose	3.36
Trichinose IF	12.66	Xylosebelastung Anzahl Xylose	15.09
Trichinose KBR	12.65		
Trichloressigsäure	5.40	Y	
Triglyceride (Neutralfette)	3.12		
TSH	14.03	Yersinia KBR, Typ 3, Typ 9, pseudotuberculosis	12.70

Z

Zelltypisierung mit monokl. Antikörpern	1.23
Zellzahl - Bestimmung	9.03
Zink	3.23
Zytizerkosen IF	12.74
Zytizerkosen KBR	12.73
Zytochemische Spezialfärbung	1.14
Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch)	16.02
Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou)	16.03
Zytomegalie IF	12.98
Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA)	12.72
Zytomegalie KBR	12.71
Zytostatika	13.05

Anlage B

Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen der Krankenbehandlung von Anspruchsberechtigten gemäß § 133 ASVG

Die im Rahmen der ärztlichen Hilfe für Anspruchsberechtigte notwendigen Laboruntersuchungen sind Teil der Krankenbehandlung gemäß § 133 ASVG.

Die Honorierung der Vertragsfachärzte für Labormedizin ist in Anlage A geregelt. Ebenfalls aus Mitteln der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. der Honorarordnung werden die Kosten jener Laboruntersuchungen abgegolten, welche

- a) von der „Medizinisches Zentrallaboratorium GmbH“, Feldkirch oder Dornbirn,
 - b) vom pathologischen Institut, Feldkirch sowie
 - c) von Laboreinrichtungen außerhalb des Bundeslandes Vorarlberg, die mit Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden,
- erbracht werden.

Hinsichtlich der Abgeltung der erbrachten Leistungen des pathologischen Institutes gem. lit. b) wird Folgendes vereinbart:

Bis 31.12.2006 wurden die Kosten der Laboruntersuchungen durch das pathologische Institut nach den tatsächlich angefallenen Untersuchungen und gem. den vor Inkrafttreten der Regelungen zur LKF-Finanzierung aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und dem pathologischen Institut geltenden Tarifen abgegolten. Ab 01.01.2007 werden diese Leistungen pauschaliert abgegolten. Basis für die Pauschalierung sind die für 2006 abgegoltenen Kosten in Höhe von € 178.439,62 für das I. Quartal, € 171.794,41 für das II. Quartal, € 202.728,27 für das III. Quartal und € 185.389,64 für das IV. Quartal. Diese verändern sich jedes Kalenderjahr im gleichen Verhältnis wie die Gesamtvergütung gem. Abschnitt I, Z 1 lit. a) der Honorarordnung für das betreffende Quartal. Sie werden jeweils auf dem Vorschlag für die Honorarverteilung unter dem Titel Pathologie Feldkirch als Ausgaben angelastet. Diese Regelung gilt solange, wie die für Anspruchsberechtigte der Vorarlberger Gebietskrankenkasse anfallenden Kosten für Laboruntersuchungen des pathologischen Institutes Feldkirch in der LKF-Finanzierung enthalten sind. Ist dies nicht mehr der Fall, ist über die Art und Weise der Abgeltung der dann anfallenden Kosten Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse herzustellen, wobei die Kosten für die Leistungen des pathologischen Institutes oder eines allfällig alternativ für diese Leistungen mit Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse von Vertragsärzten in Anspruch genommen

Labors jedenfalls weiterhin aus Mitteln der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. der Honorarordnung abgegolten werden.

Anlage C

MRT

1. Die Honorierung der Vertragsfachärzte für Radiologie für MRT ist in Anlage A, Zweiter Teil, Drittes Kapitel geregelt. Ebenfalls aus Mitteln der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. der Honorarordnung werden die Kosten jener MRT abgegolten, welche von freiberuflich tätigen einschlägig berufsberechtigten Ärzten erbracht werden und für die eine Leistungspflicht der soz. Krankenversicherung besteht.
2. Die Regelung gem. Ziff. 1. gilt nicht
 - a) für Leistungen mithilfe von MRT-Geräten, welche nach dem 31.07.2011 ohne Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg zusätzlich in den für Vorarlberg geltenden Regionalen Strukturplan (RSG) aufgenommen werden und/oder
 - b) für Leistungen mithilfe von MRT-Geräten, welche zum 31.07.2011 in dem für Vorarlberg geltenden RSG enthalten sind, wenn nach dem 31.07.2011 die krankenanstaltenrechtliche Bewilligung zum Betrieb dieser MRT-Geräte entfällt bzw. ausgesetzt wird und die MRT-Geräte sodann ausschließlich im Rahmen einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit betrieben werden.
3. Für Zuweisungen wird abweichend von § 13 a Gesamtvertrag folgende Regelung getroffen:

Die Vertragsärzte sind verpflichtet, MRT für die eine Leistungspflicht der soz. Krankenversicherung besteht, ausschließlich an Vertragsärzte (Vertragseinrichtungen) zuzuweisen, die im für Vorarlberg geltenden Regionalen Strukturplan Gesundheit enthaltene MRT-Geräte betreiben. Zur Zuweisung an andere Leistungserbringer bedarf es der besonderen Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse. Liegt eine solche Zustimmung nicht vor, werden die der Kasse entstehenden Aufwendungen für die MRT dem zuweisenden Vertragsarzt im Rahmen der nächstfolgenden kurativen Abrechnung vom zustehenden Honorar abgezogen und bei bereits erfolgter Belastung der Gesamtvergütung dieser wieder zugeschrieben.

Anlage D

Einvernehmlich festgelegte Kostenbeteiligung für psychotherapeutische Behandlungen von Anspruchsberechtigten

Aus Mitteln der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. der Honorarordnung wird die in der zwischen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Vorarlberg abgeschlossenen Tarifvereinbarung vom 05.05.1997 einvernehmlich festgelegte Kostenbeteiligung abgegolten.

Anlage E

Tarife für die Gesundenuntersuchungen gemäß § 132 b ASVG

Für Gesundenuntersuchungen gem. dem Gesamtvertrag über Vorsorgeuntersuchungen vom 09.03.05 in der Fassung der Zusatzvereinbarung vom 27.06.2005 gelten folgende Tarife:

1. Das allgemeine Untersuchungsprogramm wird ab 01.01.2018 honoriert mit € 82,00
und ab 01.10.2019 mit € 85,00
2. Die Laborleistungen werden honoriert wie folgt:
Frauen, Männer ab 18. Lebensjahr
Gesamt- und HDL-Cholesterin, g-GT gesamt € 6,00
(Die Parameter Triglyceride, rotes Blutbild für Frauen und Harnstreifen werden nicht mehr veranlasst und honoriert).
3. a) Die gynäkologische Untersuchung wird ab 01.01.2019 honoriert mit € 27,10
b) Die im Rahmen gynäkologischer Untersuchungen zu veranlassende zytologische Untersuchung wird mit € 6,40 honoriert.
4. Vorsorgemammographien und Vorsorgemammasonographien gemäß dem 2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag (VU-GV) werden ab 01.01.2019 wie folgt honoriert:
 - Vorsorgemammographien (beidseitig) € 81,82
 - Vorsorgemammasonographien (beidseitig) € 28,27Für den Fall, dass es nach dem vorgesehenen Untersuchungsprozess im Rahmen des BKFP zu einer Einladung zum ReScreen vor Ablauf der definierten Untersuchungsintervalle kommt und im Zuge dessen die Durchführung einer Mammasonographie ohne vorherige Durchführung einer Mammographie vorgesehen ist, ist die Verrechenbarkeit dieser Mammasonographien nicht an die Limitierung gemäß § 13 Abs. 2, 2. ZP VU-GV gebunden.
5. Zur Sicherstellung der umfassenden Information und individuellen Beratung der Frauen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr im Zusammenhang mit dem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP) wird vereinbart, ab 01.01.2019 eine Honorarposition für Vorsorgeuntersuchungs-Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe folgendermaßen zu schaffen:

Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP € 3,00

Diese Position ist verrechenbar einmal innerhalb von zwei Jahren für Frauen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr. Diese Position gilt für die Laufzeit der zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung zum BKFP, solange sie auch in dieser enthalten ist.

6. Die Bestimmung des PSA-Wertes wird ab 01.01.2019 honoriert mit € 5,88

Liefert ein VU-Vertragsarzt die VU-Befundblätter (allgemeines Befundblatt, Dokumentationsblatt PAP-Abstrich, Dokumentationsblatt Mammographie) nicht in elektronischer Form über das e-card-System gemäß dem Zusatzprotokoll vom 17.6.2008 zum VU-Gesamtvertrag vom 9.3.2005, erfolgt - unbeschadet der rechtlichen Verpflichtung des VU-Vertragsarztes zur elektronischen Lieferung - bis auf Weiteres ein Abzug von € 6 vom VU Honorar.

Anlage F

Kassenärztliche Behandlung von Personen im Sinne des § 18 des Gesamtvertrages vom 10.11.1956 (Betreuungsfälle)

1. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, Personen im Sinne des § 18 des Gesamtvertrages vom 10.11.1956 (Betreuungsfälle) gegen Vorlage des Krankenkassenschecks (Betreuungskrankenscheines) zu behandeln.
2. Die diesbezüglichen Abrechnungsunterlagen sind vom Vertragsarzt gesondert und entsprechend den Erläuterungen der Abrechnungskarte vorzulegen.
3. Die Honorierung der erbrachten Leistungen erfolgt auf Grundlage der Honorarordnung für Vertragsärzte der Vorarlberger Gebietskrankenkasse, jedoch außerhalb der Gesamtvergütung. Hierbei sind die in der Honorarordnung angeführten Staffellungen und Limitierungen nicht anzuwenden. Die Punktwerte betragen für die

EUR ab
01.01.19

- | | |
|--|--------|
| a) kassenärztliche Behandlung von Versicherten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen anderer österreichischer Krankenversicherungsträger oder anderer Krankenversicherungsträger aus dem.... Anwendungsbereich der VO (EG) 883/2004 | 1,4946 |
| b) kassenärztliche Behandlung von Personen, denen mangels eines Versicherungsverhältnisses in der gesetzlichen Krankenversicherung und aufgrund ihrer Hilfsbedürftigkeit Krankenhilfe von einem Träger der Sozialhilfe gewährt wird ("Sozialhilfeempfänger")..... | 1,4946 |
| c) kassenärztliche Behandlung von Personen, die von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes (KOVG), Heeresversorgungsgesetzes (HVG), Opferfürsorgegesetzes (OFG) oder des Strafvollzugsgesetzes (StVG) ("zugeteilte Anspruchsberechtigte") zu betreuen sind | 1,1792 |

Anlage G

Behandlung von Versicherten und Anspruchsberechtigten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern

1. Die Honorierung der erbrachten kurativen Leistungen durch Vertragsärzte erfolgt nach dem ärztlichen Honorartarif für das Bundesland Vorarlberg (Anlage A) mit der Maßgabe, dass die in diesem ärztlichen Honorartarif angeführten Staffellungen (Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Allgemeine Bestimmungen, Ziff. 2) nicht anzuwenden sind und der einzige Punktwert für alle Vertragsärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Medizinische und Chemische Labordiagnostik, für welche der Punktwert gem. Anlage A Dritter Teil gilt) ab 01.01.2013 €1,0237 und ab 01.01.2014 € 1,0442 beträgt. Dieser Punktwert verändert sich ab 1.1.2015 jeweils im gleichen Verhältnis und zum gleichen Zeitpunkt, wie sich die Summe der Produkte aus der Zahl der für Anspruchsberechtigte der Vorarlberger Gebietskrankenkasse honorierten Punkte mit den jeweils anzuwendenden Punktwerten gem. Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel Punkt 2 im Rahmen der jeweils gültigen Honorarordnung zur Summe der Produkte der gleichen Zahl und Verteilung der für Anspruchsberechtigte der Vorarlberger Gebietskrankenkasse honorierten Punkte mit den jeweils anzuwendenden Punktwerten der letztgültigen (von dieser abgelösten) Honorarordnung verändert. Zudem kommt der letzte Absatz des Pkt. 4.2. lit. f der Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Allgemeine Bestimmungen, nicht zur Anwendung.
2. Die Honorierung der Gesunden(Vorsorge)untersuchungen erfolgt gemäß den Tarifen laut Anlage E.
3. Die Abrechnung der kurativen Leistungen der Vertragsärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Medizinische und Chemische Labordiagnostik) erfolgt quartalsweise über die kassenärztliche Verrechnungsstelle bei der Ärztekammer für Vorarlberg.
4. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern leistet für die administrative Mitarbeit der Vertragsärzte 1 v.H. (zzgl. allfälliger USt), für die Mitwirkung der Ärztekammer für Vorarlberg an der gemeinsamen Verrechnungsstelle 0,5 v.H. (zzgl. allfälliger USt) der kurativen Jahreshonorarsumme aller SVB-Fälle an die Ärztekammer für Vorarlberg.
5. Im Anschluss an die vierte Quartalsabrechnung eines jeden Kalenderjahres wird ein Jahresausgleich wie folgt vorgenommen:

Bei Überschreitung der durchschnittlichen Punktequote pro Quartal werden nach Vorliegen der vier Quartalsabrechnungen für den jeweiligen Abrechnungszeitraum

- a) die Operationstarife für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte in den Gruppen I und II, Anlage A, Zweites Kapitel, Abschnitt VIII., sowie die Sonderleistungen aus den Gebieten Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Dermatologie, Abschnitte 25 „Wundversorgung“ und 26 „Kleine operative Eingriffe“, Anlage A, Zweites Kapitel, Abschnitt III. B und
- b) der 2. und 3. Krankenbesuch (aus der Pos. Nr. 20 und 61) pro Patient außerhalb der durchschnittlichen Punktequote berechnet und honoriert.
- c) Nach Herausrechnung der Leistungen gemäß lit. a) und b) wird eine neue durchschnittliche Punktequote unter Einbeziehung der VGKK-Fälle des jeweiligen VGKK-Vertragsarztes ermittelt und die sich daraus errechneten Punkte für die SVB-Abrechnung angewendet und honoriert.
- d) Für das Abrechnungsjahr 2013 wird eine Begrenzung des Jahresausgleiches mit maximal EUR 90.733,98 und für das Abrechnungsjahr 2014 mit maximal EUR 92.548,66 festgelegt. Ab 1.1.2015 wird dieser Maximalbetrag mit dem gleichen Faktor erhöht wie der Punktwert gem. Pkt. 1. Falls die zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen sollten, ist der Punktwert gemäß Anlage G, Pkt. 1 entsprechend zu adaptieren. Der Jahresausgleich wird spätestens zum 30.06. des Folgejahres durchgeführt.

Anlage I

Kompendium Mammographie

Teil 1: (Standortbezogene) Qualitätssicherung (Anlage 1, 2. ZP VU-GV)

Teil 2: ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV)

Teil 3: Erläuterungen zu den einzelnen Indikationen für die diagnostische Mammographie (Anlage 1 zur 2. ZV zur HO 2019)

Teil 4: Datenflussmodell kurative Mammographie (*Anm.: nur der relevante Teil der Anlage 7, 2. ZP VU-GV*).



HO 2013 Anlage I
Teil 1.pdf



HO 2013 Anlage I
Teil 2.pdf



HO Anlage 1 Teil
3.pdf



HO 2013 Anlage I
Teil 4.pdf

Anlage 1

Technische Qualitätssicherung im Österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm

Präambel

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

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

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

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

Messungen – von berufsrechtlich befugten Personen durchzuführen (BBP)

1. Tägliche Anzeige eines Testbildes auf den Befundungsmonitoren (RWS)

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

Lokale Dokumentation, dass durchgeführt und ok

Wenn nicht ok → Info an RefZQS

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

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

2. Wöchentlicher Test (WT) des FFDM Systems

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

Schicken der 2 Prüfkörperaufnahmen als DICOM-Files im RAW (for processing) Modus gemäß Datenflussmodell (Anlage 7)

EUREF-Ö Erweiterung

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

3. Monatlicher Test (MT) des Ultraschallgerätes (MT-Sono):

EUREF-Ö Erweiterung

Durchführung von 3 Phantomaufnahmen pro in der Mammografie verwendeten Schallkopf.

Schicken der Prüfkörperaufnahmen als DICOM-Files gemäß Datenflussmodell (Anlage 7).

4. Halbjährlicher Test mit einem Testbild auf den RWS:

Display eines Testbildes (SMPTE oder AAPM-QC18) auf der RWS und Messen der optischen Dichte der angezeigten Grauwertflächen.

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

Befundung mit LI-Printout

Analoge Vorgangsweise wie bei RWS.

5. Optionales halbjährliches HT-Subset (HT-BBP)

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

Messungen – vom RefZQS bzw. beauftragten externen Medizinphysikern durchzuführen

1. FFDM-System - Akzeptanztest (AT) sowie AT-Subset nach Reparatur

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

EUREF-Ö Erweiterung

Zusätzlich gesetzlich erforderliche Dosisausbeute (Y60) sowie Dynamikumfang nach ÖN S5240-12.

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

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

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

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

EUREF-Ö Erweiterung

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

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

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

3. FFDM-System – Halbjahrestest (HT)

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

Vorgangsweise und Aufwand etwa 80% von Akzeptanztest (AT).

EUREF-Ö Erweiterung

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

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

Messzeit ca. 15 min. und senden der DICOM-Files gemäß Datenflussmodell (Anlage 7).

4. FFDM-System – Jahrestest (JT):

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

Vorgangsweise und Aufwand nahezu ident zu Akzeptanztest.

5. Ultraschallgerät – Jahrestest (JT):

EUREF-Ö Erweiterung

Siehe Kommentar in „Ultraschallgerät – Akzeptanztest - AT“.

Harmonisierung EUREF-TQS und ÖN-TQS

In Österreich ist die gesetzlich vorgeschriebene TQS durch Normen geregelt.

Für die Mammografie sind es derzeit im Wesentlichen

→ ÖN S 5240-12 für die Abnahmeprüfung (AP)

→ ÖN S 5240-7 für die Konstanzprüfung (KP),

welche in 2011 mit neuen Versionen angekündigt wurden.

Weiters gibt es seit 1/2012 die

→ ÖN S 5240-19 für die AP und KP von Laserimager mit Trockentechnologie.

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

Alternative Prüfverfahren

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

- EPQC Version 4 aus 2006

- EPQC Supplement aus 2010.

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

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

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

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

Prozess bei negativen Analyseergebnissen bei TQS

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

Schema der Fehlerkategorien

Kategorie 1 - ok

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

Kategorie 2 – ok

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

Kategorie 3 – nicht ok

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

Kategorie 4 – nicht ok

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

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

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

Abkürzungen

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

Anlage 2

ÖÄK – Zertifikat Mammadiagnostik

1. Ziel

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

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

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

2. Zielgruppe

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

3. Zertifikatsvoraussetzungen

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

- a) Befundung von Mammographieaufnahmen von mindestens 2.000 Frauen pro Arzt/ Ärztin innerhalb eines Jahres. Erst- und Zweitbefundung sind als gleichwertig anzusehen;
- b) Teilnahme an einem multidisziplinären Kurs im Ausmaß von einem Tag (10 DFP-Punkte);

- c) Teilnahme an einem Befunderkurs im Ausmaß von 22 Einheiten (22 DFP-Punkte), wobei davon 6 Einheiten der Mammasonographie zu widmen sind;
- d) erfolgreiche Absolvierung einer Prüfung in Form einer Fallsammlung / Fallsammlungsprüfung

4. Lehrinhalte

a) Multidisziplinärer Kurs

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

Kursinhalte

- Epidemiologie des Mammakarzinoms
- Grundlagen der medizinischen Statistik
- Grundlagen und Organisation des Brustkrebsfrüherkennungs-Programms
 - Organisationsstruktur
 - Abläufe
 - Begriffe (Erläuterung der Klassifizierung,...)
 - Aufgabenverteilung
- Überblick Qualitätssicherungsmaßnahmen in allen Bereichen des Programms
- Grundlagen radiologischer Verfahren in der Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie, Ultraschall)
- Radiologische Verfahren im Assessment (MRT, Biopsien, Markierungen)
- Grundlagen der Behandlung gut- und bösartiger Brusterkrankungen
- Kommunikation in der Versorgungskette
- Psycho-onkologische Grundlagen
- Dokumentation in der gesamten Behandlungskette einschließlich Erläuterung der zu übermittelnden Datenfelder
- Evaluierung des Programms

Der multidisziplinäre Kurs steht auch anderen an der Versorgungskette beteiligten Berufsgruppen (zB RT, MTF, Pathologen, Chirurgen, Gynäkologen, Onkologen, Medizinphysiker,...) offen. Über die Teilnahme am multidisziplinären Kurs wird eine Teilnahmebestätigung ausgestellt.

b) Befunderkurs

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

Kursinhalte

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

c) Prüfung

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

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

5. Zertifikatsgültigkeit

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

6. Aufrechterhaltung des Zertifikates

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

- a) der Nachweis von Fortbildungseinheiten auf dem Gebiet der Senologie (insbesondere breast imaging) im Ausmaß von 24 DFP Punkten alle 36 Monaten nach Erstaustellung. Die Nachweise sind jeweils binnen 39 Monaten vorzulegen. Bei Versäumnis wird eine Nachfrist von 6 Monaten gesetzt, in der die Fortbildungseinheiten und deren Nachweis erbracht werden kann. Werden auch innerhalb dieser Frist keine ausreichenden Nachweise erbracht, so verliert das Zertifikat seine Gültigkeit.
- b) der Nachweis der regelmäßigen Befundung von Mammographieaufnahmen, im Mindestumfang von jeweils 2.000 Mammographien (Frauen) pro Kalenderjahr, beginnend mit dem ersten vollen Kalenderjahr nach Erstaustellung. Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von HV und BKNÄ im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz; maximal aber um sechs Monate. Wenn eine Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie mit einer Fallsammlungsprüfung wieder einsteigen.

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

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

7. Einstiegsregelung

Fachärztinnen / Fachärzte für Radiologie bzw. medizinische Radiologie-Diagnostik, die erstmalig um ein Zertifikat ansuchen, sowie Personen, die ein Zertifikat hatten, dessen Gültigkeit abgelaufen ist, können nach Absolvierung der theoretischen Inhalte und erfolgreicher Prüfung ein bis zum 1. April des drittnächsten Kalenderjahr befristetes Zertifikat erhalten, währenddessen sie die notwendige Befundung von 2000 Mammographien sukzessive binnen der ersten 24 Monate als Zweitbefunder eines erfahrenen Radiologen mit Mammographiezertifikat nachweisen müssen. Gewertet wird das erste volle Kalenderjahr. Sobald die Mindestfrequenz erreicht ist, kann ein endgültiges Zertifikat beantragt werden.

8. Zertifikatskommission

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

Der Kommission obliegt der Vollzug dieser Richtlinie, insbesondere

- die Anerkennung von Kursen gemäß Punkt 3.b. und 3.c.
- die Anerkennung von ausländischen Kursen, sowie die Anerkennung von Fortbildungsnachweisen gemäß Punkt 6.a.
- die fachliche Durchführung der Prüfung gemäß Punkt 3.d., im Besonderen die Auswahl der Fälle und die Festlegung der Bestehensgrenze/Kriterien bzw. Reprobationsmöglichkeiten und –fristen sowie des Ausmaßes allfälliger Nachschulungen und die Zulassung von Zentren für Hospitationen

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

9. Übergangsbestimmungen

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

10. Antrag auf das ÖÄK-Zertifikat

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

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

Anlage 5

Indikationen für die diagnostische Mammografie (für Frauen)

Folgende Übersicht enthält klinische Angaben samt Festlegung, wann eine Mammografie als diagnostische Mammografie abgerechnet werden kann.

Die Übersicht wurde zwischen Österreichischer Ärztekammer (unter Einbindung der Bundesfachgruppe Radiologie, Bundesfachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte) und Hauptverband einvernehmlich erstellt und wird bei Bedarf einvernehmlich gewartet.

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
Asymptomatische Frauen			
Familiär erhöhte Disposition	✓		Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese siehe Anhang
Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ	✓		Hochrisikoscreening (Brust) siehe Anhang
Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie	✓		vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammografie mehr als ein Jahr zurückliegt. Eine laufende Hormontherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammografien dar.
Symptomatische Frauen			
Mastopathie		✗	
Zyklusabhängige beidseitige Beschwerden		✗	
Mastodynie bds.		✗	
Z.n. Mamma-OP (gutartig)		✗	ggf. 1 malige Kontrolle innerhalb von zwei Jahren nach der OP
BIRADS III bei letzter diagnostischer Mammauntersuchung	✓		
Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)	✓		
Mastodynie einseitig	✓		
Histologisch definierte Risikoläsionen	✓		z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ
Sekretion aus Mamille	✓		Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; Bei

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
			vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss Hormonstörung (Prolaktin!)
Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)	✓		jährlich Mammografie und Ultraschall bds., MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht
Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess	✓		DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut	✓		z.B. Mamillenretraktion, Peau d'orange (Orangenhaut), Plateaubildung, etc. Bei Vd. auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie.
Sonstige medizinische Indikation, nämlich: <Angabe der konkreten Indikation>	✓		Mit Angabe der konkreten Indikation sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle.

Indikationen, bei denen in der Spalte "diagnostisch ja" ein "✓" vermerkt ist, werden dem Vertragspartner grundsätzlich von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Indikationen, bei denen in der Spalte „diagnostisch nein“ ein „✗“ vermerkt ist, werden für sich alleine gesehen nicht von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Stand: 31.12.2017

ANHANG

1. Anspruch auf jährliche diagnostische Mammografie ab dem 40. Lebensjahr unter Berücksichtigung eines erhöhten Risikos aufgrund der Familienanamnese.

Familiär erhöhtes Risiko aufgrund der Familienanamnese	
Brustkrebs bei einem männlichen Verwandten unabhängig vom Verwandtschaftsgrad	
Brustkrebs oder Eierstockkrebs bei einer weiblichen Verwandten ersten Grades (z.B. Mutter, Schwester)	
Brustkrebs bei weiblichen Verwandten zweiten Grades (z.B. Großmutter, Tante) wenn:	1 Brustkrebsfall im Alter unter 35 Jahre ODER 2 Brustkrebsfälle, aber einer im Alter unter 50 Jahre ODER 3 Brustkrebsfälle jeglichen Alters ODER 1 Brustkrebsfall UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters
2 Eierstockkrebsfälle unabhängig vom Verwandtschaftsgrad	

- Anmerkung 1: Krebsfälle sind immer in einer Linie (väterlicher oder mütterlicherseits) zu zählen
Anmerkung 2: bilateraler Brustkrebs zählt wie 2 Brustkrebsfälle; Tubenkarzinome oder primäre Peritonealkarzinome zählen wie Eierstockkrebs

Verwandtschaftsgrade: erster Grad: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn;
zweiter Grad: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Neffe;
dritter Grad: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousine, Cousin ersten Grades;

2. Information zur Abklärung eines eventuell bestehenden erhöhten Risikos

Die folgende Subgruppe sollte an einer spezialisierten Einrichtung zur Abklärung eines allenfalls bestehenden genetisch bedingten familiären Hochrisikos vorgestellt werden.

Subgruppe mit hohem Risiko (gemäß Singer et al. ¹) aufgrund der Familienanamnese	
Brustkrebs bei einem männlichen Verwandten unabhängig vom Verwandtschaftsgrad	
1 Brustkrebsfall im Alter unter 35 Jahre ODER in Kombination mit 1 Eierstockkrebsfall	
2 Brustkrebsfälle, aber einer im Alter unter 50 Jahre	
3 Brustkrebsfälle im Alter unter 60 Jahre	
2 Eierstockkrebsfälle unabhängig vom Verwandtschaftsgrad	

Falls ein genetisch bedingtes Hochrisiko nachgewiesen ist folgt das Screening einer besonderen Systematik - siehe nachfolgende Tabelle Hochrisikoscreening (Brust).

- Anmerkung 1: Krebsfälle sind immer in einer Linie (väterlicher oder mütterlicherseits) zu zählen.
 Anmerkung 2: Bilateraler Brustkrebs zählt wie 2 Brustkrebsfälle; Tubenkarzinome oder primäre Peritonealkarzinome zählen wie Eierstockkrebs.

3. Systematik des Mamma-Hochrisikoscreenings bei nachgewiesener, genetisch bedingter Belastung

Hochrisikoscreening (Brust) ¹	
Ärztliche Brustuntersuchung	1x jährlich ab dem 18. Lebensjahr
Brust-MRT^{a)}	1x jährlich ab dem 25. Lebensjahr bzw. Beginn 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie
Mammografie^{a)}	1x jährlich ab dem 35. Lebensjahr
Mammasonografie	Bei Bedarf
^{a)} Mammografie und Brust-MRT simultan alle 12 Monate oder alternierend alle 6 Monate	

¹ Singer CF, Tea MK, Pristauz G, Hubalek M, Rappaport C, Riedl C, Helbich T. Clinical Practice Guideline for the prevention and early detection of breast and ovarian cancer in women from HBOC (hereditary breast and ovarian cancer) families. Wien Klin Wochenschr (2015) 127: 981.



designing e-health

079 – Datenflusddokumentation
Kurative MAM

Version 1.00

Wien, im Februar 2013

1. Informationen zum Dokument

Sicherheitskennzeichnung		Vertraulich
Verfasser	Name	SVC
	Tel.:	
Prüfer	Name	
	Tel.:	<
	Datum	>
Freigegeben	Name	BURA; SVC
	Tel.:	
	Datum	15.02.2013
Status		In Arbeit
Ablage		Link:
File-Name/ Gespeichert am		

Änderungsberechtigte:

Georg Delueg	SVC	1020 Wien
Hans Peter Dormann	SVC	1020 Wien
Thomas Koch	SVC	1020 Wien
Daniel Schuchner	SVC	1020 Wien

Dokument wurde mit folgenden Tools erstellt:

MS-Word 2010
MS-Visio 2010

Aktualitätshinweis:

Nutzen Sie nur aktuelle, gültige Dokumente!
Bitte prüfen Sie vor Nutzung von Ausdrucken und elektronischen Kopien dieses Dokuments, ob eine aktualisierte Version im CM-System oder Filesystem verfügbar ist, und verwenden Sie diese.

Sprachliche Gleichbehandlung

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

Dokument-Historie

Version	Status	Datum	Verantwortlicher	Änderungsgrund
0.01	ok	19.06.2012	Hans Peter Dormann	Initiale Erstellung
0.10	ok	04.09.2012	Georg Delueg, T. Koch	Einarbeitung Abstimmung ÖAK
0.11	Ok	14.09.2012	Hans Peter Dormann	Ergänzung Tabelle mammo2 für die optionale Zweitbefundung
0.12	OK	20.09.2012	T. Koch	Formulierung für evt. notwendige Leermeldung, Ergänzung der Arzt-SW spezifische Patienten-ID im Endbefund
0.90	Zur jurist. Begutachtung	20.09.2012	T. Koch	
0.91	Feedback ÄK eingearbeitet	03.12.2012	HP Dormann	
0.92	Aktualisierung Datentabellen	31.01.2013	Daniel Schuchner	
0.93	Aktualisierung Datentabellen	05.02.2013	HP Dormann	
1.00	Aktualisierung und Finalisierung Dokument	15.02.2012	Daniel Schuchner	Hebung auf 1.0

2. Einleitung

Die Beschreibung der Datenflüsse für kurative Mammografien bezieht sich auf die Beschreibung der Datenflüsse für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (=BKFP) (siehe [1]) und beschreibt nur Ergänzungen.

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

- Im Bereich Einladungsmanagement ([1], Kap. 3) wird nur DF8 gebraucht, da keine Einladung (bzw. Token) für die kurative Mammographie (KU-MAM) notwendig ist, da kurative Mammographien über Zuweisungen verordnet werden. Es sollen aber die Untersuchungen im Rahmen der KU-MAM bei der Wiedereinladung im Rahmen des BKFP-Programmes berücksichtigt werden. Dafür ist es notwendig dem Einladungsmanagement des BKFP einen Wiedereinladungstermin (auf Basis des Untersuchungstermins) zu übermitteln. Siehe dazu auch Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c) Endbefund.
- Im Bereich Befunddaten Erfassung und Übermittlung ([1], Kap. 4) ist eine Doppelbefundung (DF2) optional möglich.

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

- Die Bereiche Programmevaluierung ([1], Kap. 5), Feedbackberichte ([1], Kap. 6), Technische Qualitätssicherung ([1], Kap. 7) und Zertifikatsregister([1], Kap. 8)

3. Befunddaten Erfassung und Übermittlung kurativ

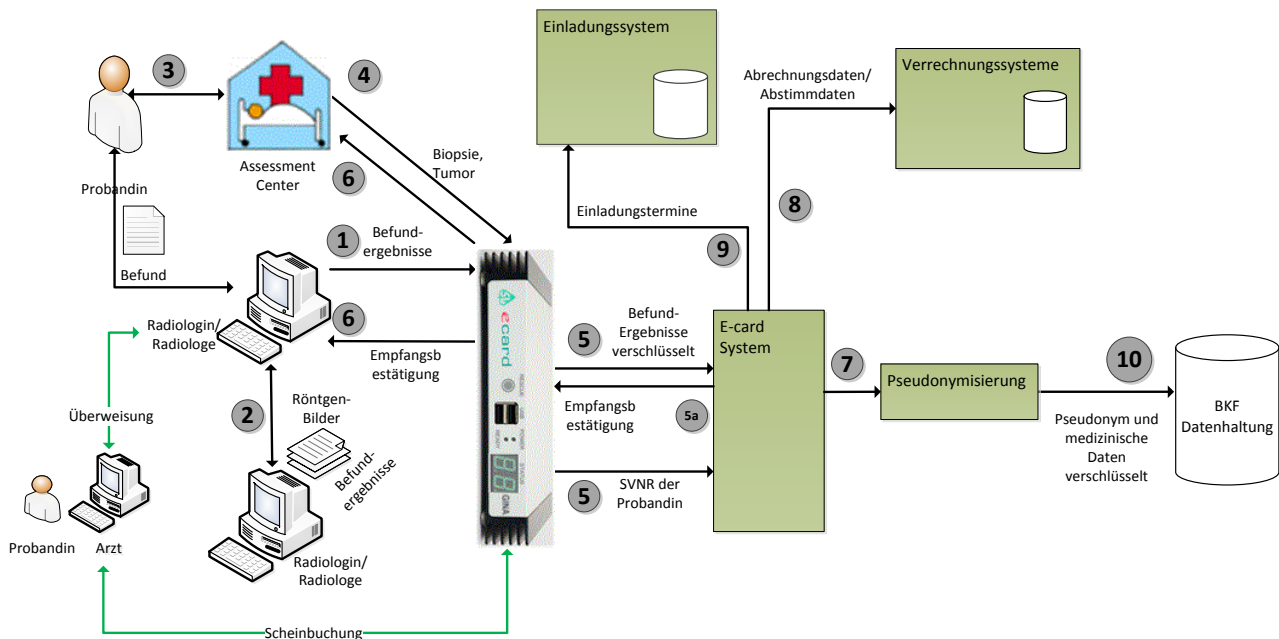


Abbildung 1 Datenfluss – Befunddaten Erfassung/Übermittlung kurativ

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

Die Datenübermittlungsschritte und Sicherung der Daten am Übertragungsweg entsprechen denen in [1], Kap. 4 beschriebenen.

Die grundsätzliche Übermittlung, Verschlüsselung und Pseudonymisierung der Daten ist ident zum BKFP-Programm. Siehe hierfür auch das Datenflusssdokument zu BKFP [1].

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

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

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

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

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

(Erst-)Befunder:

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

Zweitbefunder (optional):

- d. Zweitbefundblatt der Mammografie (mammo2) optional

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

Voraussetzung:

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

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

Datenherkunft:

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

Datentransformation:

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

Tabelle 1: a) Befundblatt Mammographie Erstbefunder „mammo1“

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

mammo1_ergebnis	Ergebnis:Mammographiebefundung des Erstbefunders (MG-Score)	M	M	V (DH)	Befund1.mammo Werte: 0: MG0 1: MG1 2: MG2 3: MG3 4: MG4 5: MG5 6: MG6
-----------------	---	---	---	--------	---

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

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

us_grund	Grund für US	M	M	V (DH)	<p>Werte:</p> <p>1 dichte Brust bei nicht suspektem Befund durch Erstbefunder (D3-4 bei MG1-2)</p> <p>2 suspekter Befund durch Erstbefunder (MG4-6) (Dichte der Brust unerheblich)</p> <p>3 Herdbefund durch Erstbefunder</p> <p>4 sonstiges durch Erstbefunder</p> <p>5 dichte Brust bei nicht suspektem Befund (D3-4 bei MG1-2) durch Zweitbefunder</p> <p>6 suspekter Befund durch Zweitbefunder (MG4-6) (Dichte der Brust unerheblich)</p> <p>7 Herdbefund durch Zweitbefunder</p> <p>8 sonstiges durch Zweitbefunder</p>
us_zeitstempel	Zeitstempel der Sonographieleistung	M/A*	M	V (DH)	zeit „us“ Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
us_ergebnis	Ergebnis: US (US-Score)	M	M	V (DH)	<p>Us</p> <p>Werte:</p> <p>0: US0</p> <p>1: US1</p> <p>2: US2</p> <p>3: US3</p> <p>4: US4</p> <p>5: US5</p> <p>6: US6</p>

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

Kurzbezeichnung	Beschreibung	<p>Datenherkunft</p> <p>M ... manuell</p> <p>A... automatische Ermittlung durch das e-card System</p>	<p>Datenart</p> <p>P ... Personenstammdaten</p> <p>m ... medizinisch</p> <p>a...administrativ</p>	<p>Daten transformation bei Weiterverarbeitung</p> <p>V...Verschlüssel für Zielsystem</p> <p>PS...Pseudonymisiert</p> <p>x...keine transformation</p>	<p>Dateninhalt (mögliche Werte)</p> <p>RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG</p>
-----------------	--------------	---	---	---	---

vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST) V (BPKS)	Zahl
id2_arzt	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifizier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	Rid maximal 10-stellig numerisch plus Bindestrich
mammo2_zeitstempel	Zeitstempel der Befundung der Mammographie durch den Zweitbefunder	M/A*	M	V (DH)	Befund2.zeit Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
mammo2_dichte	Parenchymdichte 2.Befund	M	M	V (DH)	Befund2.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4
mammo2_ergebnis	Ergebnis der Mammografiebefundung des Zweitbefunders (MG-Score)	M	M	V (DH)	Befund2.mammo Werte: 0: MG0 1: MG1 2: MG2 3: MG3 4: MG4 5: MG5 6: MG6

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

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung durch das e-card System	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V...Verschlüssel für Zielsystem PS...Pseudonymisiert x...keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
vsnr	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST) V (BPKS)	Zahl

leistungs_SVT	leistungszuständiger SVT aus der Konsultation, wenn die Dokumentation an eine Konsultation gebunden wird.	A	P	V (DH)	2 stelliger Codewert (alphanummerisch)
patienten_id	Verschlüsselte Patienten ID von der Arztsoftware des VP erzeugt.	A	P	V (MED)	64 stellig alphanummerisch
gebjahr	Geburtsjahr der Patientin: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden	A	P	V (DH)	Zahl: Jahr
bundesland	Wohnbundesland: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden	A	P	V (DH)	Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W
politischer_bezirk	Politischer Bezirk: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden	A	P	V (DH)	
vpnord	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	String (Zahl)
standort_id	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)	Zahl
ue_bundesland	Bundesland der Untersuchungseinheit	A	P	V (DH)	Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W
datum	Datum Beginn der Leistungserbringung KU-MAM. Entspricht dem Datum Konsultationsbuchung im e-card System (Scheinabgabe)	A/M	M	V (DH)	radiologie.datum
zeitstempel_übermittlung		A	A	V (DH)	Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
untersuchungsart	Kurativ oder Früherkennung	A	M	V (DH)	radiologie.Screening Werte: 0 Kurativ 1 Früherkennung
bildmedanat	Aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen wurden mammographische Zusatzaufnahmen durchgeführt	M	M	V (DH)	radiologie.bildMedAnat Werte: 1 ja 0 nein
inakzeptabel	Zumindest eine Aufnahme war radiologisch inakzeptabel	M	M	V (DH)	radiologie.inakzeptabel Werte: 1 ja 0 nein
wh_tech	Zumindest eine Aufnahme musste aus technischen	M	M	V (DH)	radiologie.whTech Werte:

	Gründen wiederholt werden				1 ja 0 nein
befund_zeitstempel	Zeitstempel des Erfassens der Endbefundung	M/A*	M	V (DH)	radiologie.zeit Werte: Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
befund_ergebnis	Endbefund Radiologie	M	M	V (DH)	radiologie.ergebnis Werte: 0: KUM0 1: KUM1 2: KUM2 3: KUM3 4: KUM4 5: KUM5 6: KUM6
befund_dichte	Parenchymdichte laut Endbefund	M	M	V (DH)	radiologie.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4
groesse_l	KUM 4-5: Links: Größe der Läsion in mm	M	M	V (DH)	radiologie.groesseL Zahl: mm [1...200]
groesse_r	KUM 4-5: Rechts: Größe der Läsion in mm	M	M	V (DH)	radiologie.groesseL Zahl: mm [1...200]
info_datum	Datum wann der Befund "versandbereit-abholbereit" ist	M	M	V (DH)	Datum
datum_recall	Datum der nächsten Einladung. Wird dem Einladungsmanagement übermittelt.	A	A	X, V (DH)	Datum
	Grund für die Wiedereinbestellung der Patientin	M	A	V (DH)	0 .. Keine Wiedereinbestellung 1 .. US veranlasst (durch Zweitbefunder) 2 .. Röntgen Zusatzaufnahmen 3 .. Technische Mängel 4 .. Sonstiges

Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c) Endbefund

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

Es werden aus der Dokumentation der KU-MAM Wiedereinladungstermine an das Einladungssystem kommuniziert und diese für weitere Einladungen im Rahmen des BKF Programmes berücksichtigt. Da sich das Einladungssystem und das e-card System innerhalb des gleichen geschützten Systems befinden, ist hier keine weitere Verschlüsselung der Daten notwendig.

3.2 Datenfluss 4 und 5 (DF4, DF5): Assessment

Nach einer KU-MAM kann es zu weiterführenden Untersuchungen im Rahmen eines Assessment kommen. Dies beinhaltet invasive und nicht-invasive Untersuchungen. Ein Assessment kann in Folge zu einer weiteren Behandlung (z.B. Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie,...) in geeigneten Zentren führen. Pro Frau und kurativer Mammographie kann es mehrere Assessments geben (z.B. zuerst ein MRT, dann eine Biopsie).

3.3 Weitere Datenflüsse

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

4. Literaturverweise

Verweisnummer	Bezeichnung
[1]	Anlage 7: Datenflussmodell des 2.Zusatzprotokolls zum VU-GV (Mammografie)