

Gesamtvertrag

abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (im Folgenden kurz SVA genannt) andererseits.

Grundlagen

§ 1

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß § 193 des Bundesgesetzes vom 11.10.1978 über die Sozialversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG), BGBl. Nr. 560, sowie gemäß § 126 Abs. 4 Z 2 ÄrzteG 1998, BGBl. I 169/1998 idgF zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei der SVA Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen, sofern sie Anspruch auf Sachleistungsbehandlung haben (im Folgenden unter der Bezeichnung „Anspruchsberechtigte“ zusammengefasst), abgeschlossen.

(2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits und die SVA andererseits.

Geltungsbereich

§ 2

Dieser Gesamtvertrag gilt in allen Bundesländern.

Auswahl der Vertragsärzte

§ 3

(1) Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Anspruchsberechtigten im Einvernehmen zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte und der SVA in einem Anhang zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt.

(2) Bei der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Betriebsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein.

(3) Ärzte, die in ein Vertragsverhältnis zur SVA treten wollen, haben dies bei der zuständigen Ärztekammer zu beantragen. Bei der SVA einlangende Ansuchen werden umgehend an die zuständige Ärztekammer weitergeleitet.

(4) Die Vertragsparteien können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren.

(5) Die zuständige Ärztekammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge mit ihrer Stellungnahme binnen drei Wochen an die SVA weiter und erstattet einen begründeten Besetzungsvorschlag. Ist die SVA mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat sie einen begründeten Gegenvorschlag binnen vier Wochen nach Einlangen des Vorschlages der zuständigen Ärztekammer zu erstatten. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen der zuständigen Ärztekammer und der SVA. Kommt innerhalb von zwei Wochen ein Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.

(6) Angestellte Ärzte der SVA dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte der SVA sein.

Einzelvertragsverhältnis

§ 4

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen der SVA und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet.

(2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle auf Grund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.

(3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.

(4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird von der SVA der zuständigen Ärztekammer übermittelt.

(5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und den zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

Abschluss des Einzelvertrages

§ 5

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und der SVA ist der in der Anlage beigefügte Muster-Einzelvertrag zugrunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages können mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der schriftlichen Form.

(2) Die SVA hat dem Arzt den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl (§ 3 Abs. 3) oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.

(3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei der SVA folgt.

(4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen der Vertragsparteien ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden.

Wechsel der Ordinationsstätte

§ 6

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt der zuständigen Ärztekammer und der SVA mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die paritätische Schiedskommission.

(2) Der Wechsel des Ordinationssitzes bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs. 1 erhoben wurde oder die paritätische Schiedskommission dem Wechsel des Ordinationssitzes zugestimmt hat.

Stellvertretung

§ 7

(1) Die vertragsärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben. Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung nach Möglichkeit für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenen zugemutet werden kann.

(2) Sofern die Vertretung länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der zuständigen Ärztekammer und der SVA bekanntzugeben; dauert die Vertretung länger als 3 Monate, kann die zuständige Ärztekammer oder die SVA gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird ein Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die zuständige Ärztekammer und die SVA einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

Ärztliche Behandlung

§ 8

(1) Die Behandlung nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages obliegt dem Vertragsarzt nur gegenüber jenen Anspruchsberechtigten, die Anspruch auf Sachleistungen haben. Ein solcher Sachleistungsanspruch besteht

für Anspruchsberechtigte, deren Einkommen unter der jeweiligen jährlichen Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung nach dem GSVG liegt bzw. für Anspruchsberechtigte, die von der im § 85a Abs. 2 GSVG vorgesehenen Option Gebrauch machen.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, ist dies auf Verlangen der SVA vom Arzt zu begründen.

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

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

(5) Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb eines Vierteljahres einen Arztwechsel nur mit Zustimmung der SVA, welche den behandelnden Arzt vorher anhört, vornehmen.

(6) Der Vertragsarzt wird ärztliche Leistungen im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung seiner eigenen Person, des Ehegatten, der Kinder, Enkel und Eltern, soweit diese mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, der SVA nicht verrechnen, er ist jedoch zur Verordnung von Arzneimitteln und Verbandsmaterial für Rechnung der SVA in diesen Fällen berechtigt.

(7) Die vertragsärztliche Behandlung erfolgt entweder in der Ordination zu der der SVA bekanntgegebenen und veröffentlichten oder zu der zwischen dem Arzt und dem Patienten vereinbarten Sprechzeit oder durch Krankenbesuche beim erkrankten Anspruchsberechtigten.

(8) An Sonn- und gesetzlich gebotenen Feiertagen sowie während der Nachtzeit dürfen Vertragsärzte auf Rechnung der SVA nur in dringenden Fällen beansprucht werden. Liegt Dringlichkeit nicht vor, ist dies vom Vertragsarzt gesondert zu vermerken.

(9) Die Behandlung der Anspruchsberechtigten der SVA bei stationärem Aufenthalt in öffentlichen und privaten Krankenanstalten durch die dort beschäftigten Vertragsfachärzte ist keine Behandlung im Sinne des Vertrages.

Behandlungspflicht

§ 9

(1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Arzt für Allgemeinmedizin bzw. den Vertragsfacharzt aufsuchen. Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt für Allgemeinmedizin durchzuführen, wenn

dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Arztes für Allgemeinmedizin in der Ordination nicht zugemutet werden kann.

(2) Wien:

- a) In Wien ist jeder Arzt für Allgemeinmedizin innerhalb eines vom Ordinationssitz aus zu denkenden Umkreises mit einem Halbmesser von 1,5 km zu Krankenbesuchen der Anspruchsberechtigten der SVA verpflichtet. Ferner ist der Arzt für Allgemeinmedizin zu Krankenbesuchen von Anspruchsberechtigten der SVA auch außerhalb dieses Umkreises verpflichtet, sofern der Ordinationssitz eines anderen Vertragsarztes für Allgemeinmedizin nicht näher gelegen ist. In diesem Fall hat der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bei Krankenbesuchen Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren dergestalt, dass innerhalb des Umkreises mit einem Halbmesser von 1,5 km Wegegebühren nicht in Rechnung gestellt werden können. Bei Überschreiten dieses Umkreises kann für die ersten 500 m außerhalb des Umkreises die Wegegebühr für 1 km, für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden.
- b) Zur Ersten-Hilfe-Leistung bei drohender Lebensgefahr ist jeder Vertragsarzt verpflichtet, innerhalb eines Umkreises mit einem Halbmesser von 1,5 km vom Ordinationssitz und auch außerhalb dieses Umkreises wohnhafte Anspruchsberechtigte der SVA zum vertraglich festgesetzten Honorar einmalig zu behandeln.
- c) Die Vertragsfachärzte sind zu Krankenbesuchen im Allgemeinen nicht verpflichtet. Hingegen hat der Vertragsfacharzt einer Berufung unter Bedachtnahme auf die Bestimmungen nach lit. a Folge zu leisten, wenn ein in seiner Behandlung stehender Patient bettlägerig wird oder wenn die Berufung durch einen Vertragsarzt erfolgt.
- d) Der Vertragsarzt ist berechtigt, auch außerhalb eines Umkreises mit einem Halbmesser von 1,5 km vom Ordinationssitz wohnhafte Anspruchsberechtigte der SVA über deren ausdrückliches Verlangen vertragsmäßig zu behandeln. In diesen Fällen verrechnet der Vertragsarzt die Wegegebühren privat mit dem Anspruchsberechtigten.

(3) Übrige Bundesländer:

- a) In Orten unter 5.000 Einwohnern besteht für Ärzte für Allgemeinmedizin für Krankenbesuche eine Behandlungsverpflichtung nur für den nächsterreichbaren Vertragsarzt. Als nächsterreichbarer zur Behandlung verpflichteter Vertragsarzt ist im Allgemeinen der nächstordinierende anzusehen; in geschlossenen Orten gilt dies für alle Vertragsärzte. Ist der nächstordinierende Vertragsarzt an der Leistung der Vertragsarztthilfe durch Krankheit, Urlaub, Abwesenheit oder sonstige triftige Gründe verhindert, so geht die Verpflichtung zur Leistung der vertragsärztlichen Hilfe auf denjenigen Vertragsarzt über, der unter Berücksichtigung dieser Umstände für den Anspruchsberechtigten der sonst nächsterreichbare ist. Die Verhinderung des nächstordinierenden Arztes ist in diesem Fall vom behandelnden Arzt anzumerken.
- b) In Orten mit über 5.000 Einwohnern, die unter lit. c vermerkte Sonderregelung ausgenommen, ist jeder Arzt für Allgemeinmedizin innerhalb eines vom Ordinationssitz aus zu denkenden Umkreises mit einem Halbmesser von einem Kilometer zu Krankenbesuchen bei den Anspruchsberechtigten der SVA ver-

pflichtet, die innerhalb dieses Umkreises wohnen. Für Anspruchsberechtigte außerhalb dieses Umkreises ist er zu Krankenbesuchen verpflichtet, sofern der Ordinationssitz eines anderen praktischen Vertragsarztes nicht näher ist, als die Entfernung vom Ordinationssitz des Vertragsarztes zum Kranken beträgt.

- c) In den nachstehend genannten Orten gilt für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin grundsätzlich die unter lit. b festgelegte Behandlungspflicht:

Burgenland:

Eisenstadt

Kärnten:

Klagenfurt

Spittal/Drau

St. Veit/Glan

Villach

Wolfsberg

Niederösterreich:

Amstetten

Baden bei Wien

Bad Vöslau

Berndorf

Brunn am Geb.

Gloggnitz

Herzogenburg

Horn

Klosterneuburg

Korneuburg

Krems

Langenzersdorf

Maria Enzersdorf

Mödling

Neunkirchen

Perchtoldsdorf

Schwechat

Stockerau

St. Pölten

Ternitz

Waidhofen a. d. Ybbs

Wr. Neustadt

Oberösterreich:

Ansfelden

Attnang-Puchheim

Bad Ischl

Braunau

Ebensee

Enns

Gmunden

Linz

Marchtrenk

Ried

Steyr

Traun

Vöcklabruck

Wels

Salzburg:

Hallein

Saalfelden

Salzburg

Steiermark:

Bruck/Mur

Eisenerz

Fohnsdorf

Graz

Judenburg

Kapfenberg

Knittelfeld

Köflach

Leoben

Mürzzuschlag

Voitsberg

Tirol:

Hall in Tirol
Innsbruck
Kufstein

Lienz
Schwaz
Wörgl

Vorarlberg:

Bludenz
Bregenz
Dornbirn

Feldkirch
Lustenau

In diesen Orten gilt für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bezüglich Entfernungszuschlag und Wegegebühr folgende Regelung:

- aa) Bei Krankenbesuchen innerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes wird für den Krankenbesuch ein Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet, doch darf der Vertragsarzt dem im einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebiet besuchten Anspruchsberechtigten, auch wenn er zur Behandlung nicht verpflichtet ist, keine Wegegebühren in Rechnung stellen.
- bb) Bei Krankenbesuchen außerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes hat der Vertragsarzt Anspruch auf jene Wegegebühren, die bei Inanspruchnahme des nächsterreichbaren, zur Behandlung verpflichteten Vertragsarztes für Allgemeinmedizin der SVA aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren verrechnet der Arzt mit dem Anspruchsberechtigten unmittelbar.
- d) In den Orten oder Städten, für die ein ärztlicher Sonntagsdienst eingeführt ist oder eingeführt wird, besteht für den diensthabenden Arzt im Sonntagsdienst uneingeschränkte Behandlungsverpflichtung. Die Verrechnung der Wegegebühren wird in der Honorarordnung geregelt.
- e) Die Behandlungspflicht für Vertragsfachärzte besteht in der Sprechstunde des Arztes.
- f) Zu Krankenbesuchen sind die Vertragsfachärzte im Allgemeinen nicht verpflichtet. Hingegen hat der Vertragsfacharzt einer solchen Berufung Folge zu leisten, wenn ein von ihm behandelter, im selben Ort befindlicher Patient bettlägerig wird oder wenn die Berufung durch einen Vertragsarzt erfolgt. In den unter lit. c genannten Orten gilt für die Vertragsfachärzte bezüglich Entfernungszuschlag und Wegegebühr folgende Regelung:
 - aa) Vertragsfachärzten, die zur Behandlung verpflichtet sind, werden Wegegebühren innerhalb eines Umkreises von 5 km, gerechnet vom Ordinationsort aus, nach den Vorschriften des Punktes 4 b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung vergütet. Können Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 4 b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung nicht verrechnet werden, wird für jeden Krankenbesuch ein Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.

- bb) Den zur Behandlung nicht verpflichteten, jedoch berechtigten Vertragsfachärzten wird für jeden Krankenbesuch, innerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes ein Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.
 - cc) Bei Krankenbesuchen im selben Orte, jedoch außerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes kann der zur Behandlung nicht verpflichtete, jedoch berechnigte Vertragsfacharzt außer dem Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht die Wegegebühren von der Grenze des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes an in Rechnung stellen, wobei ab der Grenze für die ersten 500 m die Wegegebühr für 1 km und für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden kann.
 - dd) Innerhalb des Ortes darf der Vertragsfacharzt dem Anspruchsberechnigten keine Wegegebühren in Rechnung stellen.
 - ee) Bei Krankenbesuchen außerhalb des Ortes können die Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 4b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung vom Vertragsfacharzt nur bei Berufung durch einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin oder durch einen Vertragsfacharzt eines anderen Fachgebietes verrechnet werden. In allen übrigen unter lit. c nicht angeführten Orten finden auf die Vertragsfachärzte die sonstigen Wegegebührenbestimmungen des § 9 des Gesamtvertrages Anwendung.
- g) Bei Berufung eines Facharztes durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt eines anderen Fachgebietes ist – ausgenommen die Sonderregelung gemäß § 9 Abs. 3 lit.f – in der Regel nur einer der nächstordinierenden Vertragsfachärzte auf Rechnung der SVA beizuziehen. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung der SVA. Wird auf Wunsch eines Anspruchsberechnigten ohne Genehmigung der SVA ein entfernter ordinierender Facharzt zugezogen oder durch den Anspruchsberechnigten direkt in Anspruch genommen, so verrechnet der Vertragsfacharzt die Mehrkosten an Wegegebühren unmittelbar mit dem Anspruchsberechnigten.
- h) In allen Fällen, in denen Vertragsärzte zur Behandlung von Anspruchsberechnigten der SVA nicht verpflichtet sind, sind sie zu deren vertragsgemäßer Behandlung nach den einschlägigen Bestimmungen der Honorarordnung berechnigt. Die SVA leistet jedoch bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Arztes nur jene Wegegebühren, die bei Inanspruchnahme des nächsterreichbaren, zur Behandlung verpflichteten Vertragsarztes für Allgemeinmedizin aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren, die durch die Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Vertragsarztes entstehen, verrechnet der Arzt unmittelbar mit dem Anspruchsberechnigten.
- (4) Die Behandlungsverpflichtung und die Honorierung der Wegegebühren der Gemeinde-, Distrikts-, Kreis- und Sprengelärzte werden ländersweise zwischen der zuständigen Ärztekammer und der zuständigen SVA geregelt.
- (5) Die Behandlung der Anspruchsberechnigten der SVA in Ambulanzen von Krankenhäusern und von Privatkrankenanstalten ist keine Behandlung im Sinne des Vertrages, sofern nicht Ausnahmen hievon ländersweise vereinbart werden.

Behandlung in der Ordination

§ 10

- (1) Die Ordinationszeit ist der SVA bekanntzugeben. Der Vertragsarzt hat seine Ordinationszeit nach Möglichkeit einzuhalten.
- (2) Nur in medizinisch dringenden Fällen (z.B. bei Erster-Hilfe-Leistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.
- (3) Die Ordinationstätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.
- (4) Die Vertragspartner bekennen sich zu einer Qualitätsentwicklung, die die besonderen Lebensumstände bzw. Erkrankungen der Anspruchsberechtigten unter Einbeziehung der sozialen Rahmenbedingungen berücksichtigt.

Krankenbesuch

§ 11

- (1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche nach Möglichkeit bis 9 Uhr beim Arzt anzumelden.
- (2) Ein Nachtbesuch darf nur dann verrechnet werden, wenn die Berufung nicht früher als eine Stunde vor Beginn der vertraglich vereinbarten Nachtbesuchszeit erfolgt ist.
- (3) Wird der Arzt zu einem Erkrankten gerufen, dessen Behandlung eben so gut in der Sprechstunde hätte erfolgen können, so ist dies bei der Verrechnung des Krankenbesuches besonders zu vermerken.
- (4) Trostbesuche dürfen auf Rechnung der SVA nicht gemacht werden.

Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten

§ 12

- (1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (2) Der Vertragsfacharzt kann Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin überweisen. Diesem sind hiebei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.
- (3) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die ihm zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages zurück zu überweisen.

Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

§ 13

Sind ärztliche Leistungen von einer Genehmigung der SVA abhängig, so hat der Vertragsarzt vor deren Durchführung dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage bei der SVA auszuhändigen. Die genehmigungspflichtigen Leistungen sind im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in der Honorarordnung festzulegen.

Anspruchsberechtigte anderer Landesstellen

§ 14

Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten anderer (nicht zuständiger) Landesstellen der SVA, die außerhalb ihres Wohn- oder Betriebsortes erkranken, gelten die gleichen Bestimmungen wie für die Behandlung von ortsansässigen Anspruchsberechtigten.

Nachweis der Anspruchsberechtigung und Verwendung der e-card

§ 15

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die e-card – sofern sie vom Patienten (Sach- und Geldleistungsberechtigte) vorgelegt wird – zu verwenden (Einlesen der e-card). Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme des Arztes einzulesen. Ausgenommen davon sind Konsultationen außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten (insbes. Hausbesuche und Heimvisiten und bei Visiten im Rahmen von Bereitschaftsdiensten), bei denen lediglich eine einmalige Nacherfassung (Abs. 13) pro Abrechnungszeitraum erforderlich ist. Hinsichtlich der Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen bleiben – sofern in der Folge nicht anderes geregelt wird – die bisherigen Regelungen unberührt.

(2) Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der Sozialversicherungsnummer wird im e-card-System gespeichert. Die Übertragung erfolgt mit dem Tagesdatum (keine Uhrzeit). Eine Verrechnung der anlässlich des Arztkontaktes erbrachten Leistungen ist nur möglich, wenn die e-card anlässlich des Arztkontaktes eingelesen wurde bzw. die Sozialversicherungsnummer eingegeben wurde und die online-Anspruchsprüfung einen aufrechten Anspruch gegenüber der SVA ergab. Bei einem medizinischen Notfall, bei dem der Patient weder die e-card mithat, noch seine Sozialversicherungsnummer kennt, kann dieser Vorgang im selben Abrechnungszeitraum bzw. innerhalb der im Abs. 12 genannten Nachfrist nachgeholt werden.

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

(4) Der Vertragsarzt kann – allerdings ohne Abrechnungsgarantie – bei außerordentlichen, nachvollziehbaren persönlichen Umständen in Einzelfällen die außer-

halb der Störung offline gelesenen Daten bis zum drittfolgenden Ordinationstag übermitteln.

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

(6) Jeder Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, dem Vertragsarzt vor Behandlungsbeginn seine Anspruchsberechtigung durch Vorlage der e-card nachzuweisen.

(7) Der Vertragsarzt soll im Zweifelsfall die Identität des Patienten auf geeignete Art und Weise (z.B. Reisepass, amtlicher Lichtbildausweis etc.) prüfen.

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

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

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

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

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

(13) Das Nacherfassen von Konsultationen ist in den folgenden Fällen zulässig:

Störung des e-card Systems

Konsultationen außerhalb der Ordinationszeiten

Konsultationen außerhalb der Ordinationsräume (insbesondere Hausbesuch, Heimvisite, Bereitschaftsdienst)

Konsultationen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen ohne e-card-Ausstattung

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

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

Sonn- und Feiertagsdienst

§ 16

(1) Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem von der zuständigen Ärztekammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist die SVA von der Diensterteilung zu verständigen.

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

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

Konsilium

§ 17

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann der Vertragsarzt in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem Konsilium berufen; sonst ist in der Regel der nächstreichbare Vertragsarzt zu berufen.

Ablehnung der Behandlung

§ 18

Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen der SVA dieser den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

Operationen

§ 19

(1) Operationen und Behandlungen aller Art, die nicht zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen, beispielsweise kosmetische Operationen, werden von der SVA nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVA vorliegt.

(2) Dasselbe gilt für Operationen zum Zwecke der Sterilisierung.

(3) Bei Einleitung und Durchführung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft ist unbeschadet der Bedachtnahme auf die geltenden gesetzlichen Bestimmungen die vorherige Kostenübernahmeverpflichtung der SVA erforderlich.

Anstaltspflege und Beförderungskosten

§ 20

(1) Erfordert es die Art der Erkrankung oder ist die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben, kann der Erkrankte in Krankenhauspflege einer allgemeinen öffentlichen oder privaten Krankenanstalt eingewiesen werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand für die SVA eintritt. (Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft übernimmt nur die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.)

(2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), kann eine Einweisung auf Kosten der SVA nicht erfolgen.

(3) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt für Rechnung der SVA die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z.B. Krankenauto) veranlassen. Falls der Patient die Beförderung in eine weiter entfernte Krankenanstalt wünscht, obwohl eine ärztliche Begründung hierfür nicht gegeben ist, so ist dies vom Arzt auf dem Transportschein zu vermerken.

Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

§ 21

(1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe den Anspruchsberechtigten auf Kosten der SVA nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben. Soweit Anspruchsberechtigte in privatärztlicher Behandlung stehen, dürfen Verschreibungen für Rechnung der SVA nicht durchgeführt werden.

(2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der SVA die in der jeweiligen Fassung aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten.

(3) Zur Verordnung von Heilmitteln auf Rechnung der SVA sind die von ihr zur Verfügung gestellten Vordrucke zu verwenden. Diese Vordrucke sind nach Tunlichkeit mit dem deutlichen Stempelaufdruck und Unterschrift, sonst jedenfalls aber mit der leserlichen Unterschrift des behandelnden Arztes zu versehen.

(4) Für Anspruchsberechtigte, die sich in Anstaltspflege befinden, dürfen während der Dauer des Aufenthaltes Heilmittel für Rechnung der SVA nicht verschrieben werden.

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

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

(7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 6 zu einer Mehrbelastung der SVA führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 33 Anwendung.

Freiwillige Leistungen

§ 22

(1) Freiwillige Leistungen der SVA (Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte u. dgl.) sind an deren vorherige Zustimmung gebunden. Der Vertragsarzt hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihm hiefür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt.

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

Ärztliche Geburtshilfe

§ 23

(1) Ärztliche Geburtshilfe ist der SVA nur dann zu verrechnen, wenn die Zuziehung des Arztes durch einen pathologischen Geburtsverlauf geboten ist.

(2) Wird die Leitung einer normalen Entbindung von einem Vertragsarzt übernommen, so kann das Honorar für den Besuch, die Untersuchung und allfällige Wegegebühren mit der SVA verrechnet werden. Die Leitung der normalen Entbindung ist zwischen Anspruchsberechtigtem und Vertragsarzt privat zu verrechnen.

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und Krankmeldung der freiwillig auf Krankengeld Zusatzversicherten

§ 24

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

(2) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, an welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Mit diesem Tag hat der Vertragsarzt dem Versicherten eine Krankmeldung (Krankmeldekarte) auszufolgen. Die Krankenstandsmeldung ist auf dem vorgesehenen Vordruck zu erstatten.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.

(4) Den arbeitsunfähigen im Krankenstand befindlichen Versicherten kann, soweit das nach der Art der Erkrankung zulässig ist, Ausgang in der Regel bis zu 5 Stunden

täglich bewilligt werden. Falls aus medizinischen Gründen eine Verlängerung der Ausgehzeit über 5 Stunden hinaus notwendig erscheint, bedarf diese der Genehmigung des Chef-(Vertrauens-)arztes.

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

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

Auskunftserteilung

§ 25

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

(2) Die SVA hat für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte sowie aller sich aus dem Gesamt- und Einzelvertrag ergebenden Angelegenheiten, sofern deren Veröffentlichung nicht grundsätzlich vorgesehen ist, gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

(3) Wegen der Erteilung von Auskünften, die die Krankenversicherung und deren Leistungen, nicht aber medizinische Angelegenheiten betreffen, sind die Anspruchsberechtigten an die SVA zu weisen.

Krankenaufzeichnungen

§ 26

Der Vertragsarzt führt für die in seiner Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen.

Administrative Mitarbeit

§ 27

(1) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

(2) Die Muster der für die vertragsärztliche Tätigkeit, einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vereinbart.

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

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

(5) Arbeitsunfälle bzw. festgestellte Berufskrankheiten und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das gleiche gilt für die Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z.B. Verkehrsunfall) besteht.

Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit

§ 28

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen wird in der Honorarordnung geregelt, die einen Bestandteil des Gesamtvertrages bildet.

(2) Die Honorarordnung hat insbesondere zu enthalten:

- a) die Grundsätze, nach denen die einzelnen ärztlichen Leistungen zu verrechnen und zu honorieren sind (Allgemeine Bestimmungen);
- b) die Aufzählung der vertraglichen Leistungen der praktischen Ärzte und der Fachärzte auf Rechnung der SVA;
- c) die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und, soweit dies vorgesehen ist, in Eurobeträgen.

(3) Der Geldwert des einzelnen Punktes wird in einem Anhang zur Honorarordnung von den Vertragsparteien vereinbart. Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Abänderung der Tarife verlangen.

Rechnungslegung

§ 29

(1) Die Abrechnung der Honorare erfolgt bis 31.12.2010 vierteljährlich und ab 1.1.2011 monatlich auf elektronischem Weg. Jeder Vertragsarzt hat die im Laufe des jeweiligen Abrechnungszeitraumes durchgeführten Behandlungen mit Ende des Abrechnungszeitraumes abzuschließen und in Anwendung der zwischen Kammer und SVA abgeschlossenen Gesamtvertraglichen Vereinbarung über die EDV-Rechnungslegung vom 10.4.2002 idgF mit der SVA abzurechnen. Wird die Behandlung durch mehrere Abrechnungszeiträume fortgesetzt, so sind die erbrachten

Leistungen für jeden Abrechnungszeitraum gesondert abzurechnen. Leistungen, die über das im § 8 Abs. 2 erwähnte Ausmaß hinausgehen, sind im Interesse des Arztes kurz zu begründen. Alle Zuweisungsbelege und Bewilligungsscheine der SVA sind im Rahmen der Abrechnung der SVA zu übermitteln. Die in allen in Betracht kommenden Teilen ordnungsgemäß erstellte Quartalsabrechnung (gilt bis 31.12.2010) ist spätestens bis zum 15. des dem Quartal nächstfolgenden Monats der SVA zu übermitteln. Die in allen in Betracht kommenden Teilen ordnungsgemäß erstellte Monatsabrechnung (gilt ab 1.1.2011) ist bis spätestens 10. des dem Abrechnungsmonat folgenden Monats der SVA zu übermitteln. Für nicht oder nicht genügend freigemachte Sendungen wird der entsprechende Nachportobetrag von der nächstfälligen Rechnung in Abzug gebracht. Zwischen der SVA und der zuständigen Ärztekammer bzw. dem einzelnen Vertragsarzt kann eine davon abweichende Ein-sendung der Abrechnungen vereinbart werden.

(2) Abrechnungen, die den Bestimmungen des Abs. 1 nicht entsprechen, werden von der SVA erst nach Erledigung aller ordnungsgemäß eingelangten Abrechnungen bearbeitet. Bei Rechnungen, die ohne sachliche Begründung später als zwei Monate nach Ablauf des abgerechneten Behandlungszeitraumes eingereicht werden, erfolgt ein 5%iger Abzug. Ist seit dem abgerechneten Behandlungszeitraum mehr als ein Jahr verstrichen und liegt eine sachliche Begründung hierfür nicht vor, wird außer dem 5%igen Abzug der auf die vertraglichen Leistungen allenfalls entfallende vom Anspruchsberechtigten zu entrichtende Kostenanteil von der Rechnung ohne Anspruch auf Ersatz in Abzug gebracht. Rechnungen über mehr als drei Jahre zurückliegende Abrechnungszeiträume werden nicht honoriert. Assistenzen und Narkosen werden ausschließlich durch den Operateur verrechnet; das Honorar wird den assistierenden Ärzten unmittelbar von der SVA angewiesen.

Die Verjährungsfrist von drei Jahren bleibt mit beiderseitigem Einvernehmen bestehen.

(3) Ergeben sich aus der Überprüfung der Abrechnung Differenzen zwischen dem Vertragsarzt und der SVA, so sind diese nach den Bestimmungen des § 33 zu regeln. Die Einbehaltung von Teilen der Bruttoliquidierungssumme ist nur auf Grund eines abgeschlossenen Verfahrens der paritätischen Schiedskommission (Schlichtungsausschuss) zulässig.

(4) Im Falle einer Stellvertretung des Vertragsarztes (§ 7) verrechnet die SVA nur mit dem vertretenen Vertragsarzt.

Honorarüberweisungen, Honorarabzüge und Honorarzuschläge

§ 30

(1) Die SVA verpflichtet sich, gemäß § 29 dieses Vertrages form- und zeitgerecht eingereichte Quartalshonorarabrechnungen grundsätzlich bis Ende des zweiten, längstens bis 15. des dritten auf das betreffende Kalendervierteljahr folgenden Monats an die Vertragsärzte zur Auszahlung zu bringen. Gemäß § 29 dieses Vertrages form- und zeitgerecht eingereichte Monatsabrechnungen sind bis 15. des der Einreichung folgenden Monats an die Vertragsärzte zur Auszahlung zu bringen. Abweichend davon gilt für den Monatsabrechnungszeitraum Jänner 2011 eine Auszahlungsfrist bis 31.3.2011 und für den Monatsabrechnungszeitraum Februar 2011 eine Auszahlungsfrist bis 22.4.2011. Die Überweisung des entfallenden Betrages ist zeitgerecht erfolgt, sobald der Auftrag auf Überweisung von der SVA

innerhalb der obgenannten Frist ergangen ist. Die technischen Einzelheiten der Durchführung werden zwischen der SVA und der zuständigen Ärztekammer vereinbart.

In jenen Fällen, in denen durch die SVA eine Überprüfung der vorliegenden Arztrechnung durch den Schlichtungsausschuss beantragt wird, wird der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung angewiesen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (paritätische Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, wird bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht.

(2) Die SVA wird vierteljährlich bzw. ab 1.1.2011 monatlich von den an die Vertragsärzte zur Liquidierung gelangenden Bruttohonoraren unter dem Titel „Beiträge und sonstige Gemeinschaftsleistungen“ jene Beträge in Abzug bringen, die ihr jeweils von der zuständigen Ärztekammer im Vorhinein schriftlich bekanntgegeben werden, und diese Beträge längstens vier Wochen später der Ärztekammer laufend überweisen. Der Vertragsarzt anerkennt durch die Unterzeichnung des Einzelvertrages diese Vereinbarung.

Gegenseitige Unterstützungspflicht

§ 31

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

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

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

(4) Die SVA wird den Vertragsarzt in Ausübung seiner vertraglichen ärztlichen Wirksamkeit nach jeder Richtung hin fördern und ihn in seiner Tätigkeit unterstützen und vor ungerechtfertigten Angriffen schützen.

(5) Die SVA hat alles zu unterlassen, was geeignet wäre, Stellung und Ansehen des Vertragsarztes in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabzusetzen. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was die SVA und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

Zusammenarbeit der Vertrauensärzte mit dem chef-(vertrauens-)ärztlichen Dienst

§ 32

(1) Die SVA wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber dem Vertragsarzt durch den Chef-(Vertrauens-)arzt vertreten. Der Chef-(Vertrauens-)arzt und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Chef-(Vertrauens-)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

§ 33

(1) Streitigkeiten zwischen Vertragsarzt und der SVA sollen vorerst einvernehmlich in kollegialer Aussprache mit dem Chef-(Vertrauens-)arzt beigelegt werden. Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

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

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Auf die beanstandeten Einzelfälle ist in der Begründung hinzuweisen. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 der SVA zu leisten hat.

(4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie der SVA mittels eingeschriebenen Briefes bekanntzugeben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.

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

(6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen 6 Monaten geltend gemacht werden. Die 6-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für die SVA mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung der SVA nur innerhalb von 9 Monaten nach Einlangen der Vorschreibung bei der SVA zulässig.

Verfahren bei Streitigkeiten

§ 34

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem aufgrund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen – unbeschadet der Bestimmungen des § 33 – dem in den §§ 344-348 ASVG im Zusammenhalt mit § 193 GSVG geregelten Verfahren.

Tod des Vertragsarztes

§ 35

(1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die im Zeitpunkt des Todes des Vertragsarztes diesem gebührenden offenen Honoraransprüche gegen die SVA stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.

(2) Der von der Witwe eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Vertragsparteien mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossenen Einzelvertrages berechtigt.

Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses

§ 36

Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und der SVA kann – ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses und den Verzicht gemäß § 7 Abs. 2 – nur auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs.2-4 ASVG im Zusammenhalt mit § 193 GSVG aufgelöst werden.

Ausschreibung von freien Facharztstellen in den Ambulatorien der SVA

§ 37

Die SVA wird freie Facharztstellen in einem von ihr geführten Ambulatorium in den Mitteilungen der zuständigen Ärztekammer ausschreiben.

Übernahme der bisherigen Vertragsärzte

§ 38

Die am 31.Mai 2010 bestehenden Einzelverträge zwischen den Vertragsärzten und der SVA gelten ab 1. Juni 2010 als Einzelverträge mit der SVA weiter. Durch Übermittlung der Abrechnung für die ab Juni 2010 erbrachten Leistungen akzeptiert der Vertragsarzt die Überführung des zum 31.5.2010 bestehenden Einzelvertrages in einen Einzelvertrag nach diesem Gesamtvertrag.

Gültigkeitsdauer

§ 39

(1) Dieser Gesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

(2) Dieser Gesamtvertrag kann von den Vertragsparteien zu Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung der dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.

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

Verlautbarung**§ 40**

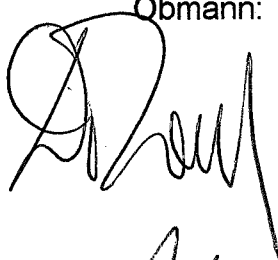
Dieser Gesamtvertrag und seine Änderungen sind vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Internet und von der Kammer auf deren Homepage zu verlautbaren.

Wirksamkeitsbeginn**§ 41**

Dieser Gesamtvertrag tritt mit 1. Juni 2010 in Kraft.

Österreichische Ärztekammer
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte:

Obmann:




Präsident:



Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Dr. Hans Jörg SCHELLING
Verbandsvorsitzender



Dr. Christoph Klein



Wien, am 30.7.2010

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT
Der Obmann: Der Generaldirektor:





Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen

.....

(im folgenden Vertragsarzt genannt)

und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in Wien 5., Wiedner Hauptstraße 84-86, auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Juni 2010 abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird vom Vertragsarzt zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als

.....

ausgeübt.

Berufssitz:

Ordinationsstätte:

Ordinationszeit:

§ 3

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

.....

§ 4

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

§ 5

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Ärztekammer beschlossenen und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bekannt gegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 33 Abs. 3 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft folgt.

Wien,

FÜR DIE SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT:

.....
.....

.....
.....

.....

.....

Unterschrift des Vertragsarztes:

Stellenplan für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Zahl der einvernehmlich zu besetzenden Planstellen für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) ergibt sich aus diesem Anhang, die Verteilung erfolgt in der Regel nach dem jeweiligen Bezirksplan bzw. entsprechend den jeweiligen Vereinbarungen auf Länderebene.

Der Stellenplan wird in regelmäßigen Abständen einer einvernehmlichen Revision unterzogen. Zwischenzeitige Anpassungen sind im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer und der SVA zulässig.

2. Freie Planstellen sind unbeschadet der Bestimmung des § 343 Abs. 1a ASVG im Einvernehmen mit der SVA von der zuständigen Landesärztekammer in deren Mitteilungen bzw. Internet auszuschreiben. Der Wortlaut der Ausschreibung und die erforderlichen Beilagen zur Bewerbung richten sich nach den einschlägigen, zwischen der zuständigen Ärztekammer und der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse geschlossenen Regelungen.
3. Anfragen der zuständigen Landesärztekammer zur Herstellung des Einvernehmens sind an die jeweilige Landesstelle der SVA zu richten.
4. Betreffend die Auswahl der Vertragsärzte gilt:
 - a) Bei der Auswahl der Vertragsärzte gelangen die im jeweiligen Bundesland zwischen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der zuständigen Landesärztekammer maßgeblichen, gemäß § 343 Abs. 1 ASVG sowie gemäß der Reihungskriterien-Verordnung, BGBl II 487/2002 idgF erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung sinngemäß zur Anwendung.
 - b) Dies gilt auch für Einzelverträge, die ausschließlich für die SVA zu vergeben sind.
 - c) Die SVA wird auf Wunsch über den Verlauf des Bewerbungsverfahrens, jedenfalls aber nach Abschluss des Bewerbungsverfahrens umgehend über die aufgrund der Richtlinien erstellte Reihung der Vertragswerber in Kenntnis gesetzt.
 - d) Die SVA erhält auf Verlangen die für das Auswahlverfahren maßgeblichen Unterlagen betreffend alle Vertragswerber.
 - e) Die Ausschreibung einer Planstelle hat, sofern gleichzeitig auch ein Einzelvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse vergeben wird, in Koordination mit dieser zu erfolgen.

WIEN

Bezirk	Arzt für Allgemeinmedizi	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
I. Bezirk	12																			
II. Bezirk	48																			
III. Bezirk	44																			
IV. Bezirk	19																			
V. Bezirk	28																			
VI. Bezirk	18																			
VII. Bezirk	18																			
VIII. Bezirk	14																			
IX. Bezirk	19																			
X. Bezirk	80																			
XI. Bezirk	37																			
XII. Bezirk	44																			
XIII. Bezirk	27																			
XIV. Bezirk	42																			
XV. Bezirk	40																			
XVI. Bezirk	56																			
XVII. Bezirk	28																			
XVIII. Bezirk	32																			
XIX. Bezirk	43																			
XX. Bezirk	40																			
XXI. Bezirk	74																			
XXII. Bezirk	66																			
XXIII. Bezirk	51																			
insgesamt	880	0	105	63	85	147	190	98	70	42	62	106	19	87	8	67	2	24	13	2

NIEDERÖSTERREICH

Bezirk	Arzt für Allgemeinmediz	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
Amstetten	56	0	4	2	2	4	3	3	2	2	2	2	0	2	0	2	0	0	0	0
Baden	59	0	5	2	3	7	5	3	3	1	2	4	0	3	0	1	0	0	0	0
Bruck/Leitha	21	0	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Gänserndorf	39	0	2	1	1	2	2	3	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Gmünd	24	0	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Hollabrunn	27	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Horn	19	0	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Korneuburg	28	0	2	2	2	3	3	2	2	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0
Krems	42	0	2	1	2	3	2	2	2	1	1	2	0	2	0	1	0	0	0	0
Lilienfeld	17	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Melk	40	0	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Mistelbach	40	0	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Mödling	51	0	5	1	3	5	4	3	3	1	1	3	0	2	0	1	0	0	0	0
Neunkirchen	51	0	4	2	2	5	3	1	2	1	2	2	0	2	0	1	0	0	0	0
Scheibbs	26	0	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
St. Pölten	67	0	6	2	4	6	6	3	3	2	3	3	0	3	1	3	0	0	0	0
Tulln	28	0	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Waidhofen/ Thaya	17	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Wien- Umgebung	44	0	3	2	2	5	5	4	2	2	2	3	0	2	0	2	0	0	0	0
Wr. Neustadt	49	0	5	3	3	6	5	3	3	2	3	2	0	3	1	2	0	0	0	0
Zwettl	23	0	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
insgesamt	768	0	55	30	36	64	55	40	34	25	29	34	0	33	2	26	0	0	0	0

BURGENLAND

Bezirk	Arzt für Allgemeinmedizin	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
Eisenstadt	26	0	2	1	1	3	4	3	2	1	2	1	0	0	1	2	0	0	0	0
Güssing	13	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Jennersdorf	10	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mattersburg	20	0	1	0	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Neusiedl/See	27	0	3	1	1	2	4	1	2	1	2	1	0	2	0	1	0	0	0	0
Oberpullendorf	19	0	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0
Oberwart	30	0	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
insgesamt	145	0	12	4	6	14	17	8	8	5	8	5	0	5	3	6	0	0	0	0

OBERÖSTERREICH

Bezirk	Arzt für Allgemeinmedizi	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
Braunau	45	0	3	0	1	3	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Eferding	13	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Freistadt	31	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Gmunden	52	0	3	0	2	5	3	3	3	2	3	2	0	2	1	2	0	0	0	0
Grieskirchen	32	0	2	1	1	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Kirchdorf	28	0	1	0	1	2	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Linz Stadt	85	0	16	4	10	24	10	10	8	10	9	9	0	7	2	6	0	3	0	0
Perg	29	0	2	0	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Ried	30	0	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Rohrbach	28	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Schärding	27	0	1	1	1	2	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Steyr Stadt	18	0	3	0	2	5	4	2	2	2	2	2	0	3	0	1	0	1	0	0
Urfahr Umgebung	33	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vöcklabruck	63	0	6	1	3	6	4	3	2	1	3	2	0	1	0	2	0	1	0	0
Wels Stadt	27	0	4	2	3	8	6	4	2	2	3	4	0	3	0	2	0	1	0	0
Steyr Land	25	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wels Land	30	0	1	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linz Land	56	0	3	0	2	4	3	3	2	1	3	2	0	1	1	1	0	0	0	0
insgesamt	652	0	52	10	34	71	40	38	29	22	32	28	0	23	5	19	0	6	0	0

STEIERMARK

Bezirk	Arzt für Allgemeinmedizin	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
Graz	114	0	20	7	11	24	22	17	10	7	9	11	0	10	0	7	0	1	0	0
Graz Umgebung	61	0	2	0	1	2	4	0	3	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Bruck/Mur	37	0	3	1	2	4	4	2	2	1	2	1	0	2	0	2	0	0	0	0
Deutsch- landsberg	33	0	2	0	1	2	3	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Feldbach	29	0	2	0	1	2	5	2	2	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Fürstenfeld	13	0	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Hartberg	36	0	3	0	2	3	3	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Judenburg	29	0	2	0	1	2	3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Knittelfeld	15	0	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Leibnitz	43	0	2	0	1	3	4	2	2	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Leoben	40	0	2	0	2	3	3	2	3	1	2	1	0	2	0	1	0	1	0	0
Liezen	49	0	3	0	3	4	4	2	2	1	2	1	0	2	0	1	0	0	0	0
Mürzzuschlag	26	0	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Murau	19	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Radkersburg	14	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Voitsberg	27	0	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Weiz	41	0	3	0	2	3	4	2	2	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
insgesamt	626	0	52	10	32	61	69	39	34	20	29	26	0	28	0	22	0	3	0	0

KÄRNTEN

Bezirk	Arzt für Allgemeinmedizi	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
Feldkirchen	11	0	2	0	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0
Hermagor	9	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Klagenfurt Land	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klagenfurt Stadt	44	0	8	2	4	10	13	6	5	4	4	7	1	5	2	3	1	1	0	0
St.Veit/Glan	29	0	3	1	1	3	4	2	1	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0
Spittal/Drau	42	0	3	1	1	3	3	2	2	1	1	2	1	2	0	1	0	0	0	0
Villach Land	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Villach Stadt	28	0	5	2	3	7	9	5	3	2	2	3	1	3	1	2	0	1	0	0
Völkermarkt	20	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Wolfsberg	26	0	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
insgesamt	263	0	26	7	13	29	34	20	14	10	11	16	4	16	4	10	1	2	0	0

SALZBURG

Bezirk	Arzt für Allgemeinmedizi	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
Hallein	22	0	2	0	2	3	3	2	1	1	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Salzburg Umgebung	63	0	4	0	2	4	3	2	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Salzburg Stadt	69	0	13	6	12	15	16	10	8	4	11	8	1	4	0	7	1	2	2	0
St. Johann	44	0	4	2	1	4	3	2	2	1	3	1	0	2	0	1	0	0	0	0
Tamsweg	12	0	1	1	1	1	1	1	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Zell am See	39	0	3	1	2	5	5	4	2	1	3	2	0	2	1	1	0	0	0	0
insgesamt	249	0	27	10	20	32	31	21	14	8	23	14	1	11	2	10	1	2	2	0

TIROL

Bezirk	Arzt für Allgemeinmediz	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
Imst	24	0	1	0	1	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Innsbruck Land	68	0	3	1	1	5	7	5	2	1	3	2	0	2	0	0	0	1	0	0
Innsbruck Stadt	65	0	13	9	9	15	13	9	12	6	9	7	0	6	0	5	0	2	0	0
Kitzbüchel	34	0	2	0	1	3	4	2	2	1	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0
Kufstein	45	0	2	1	3	3	6	2	2	1	3	2	0	1	0	2	0	1	0	0
Landeck	20	0	1	0	1	2	3	1	1	0	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Lienz	25	0	3	1	2	2	4	3	2	1	2	1	0	1	0	2	0	0	0	0
Reutte	16	0	1	0	0	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Schwaz	39	0	4	0	2	3	6	2	3	1	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0
insgesamt	336	0	30	12	20	37	47	27	26	12	25	18	0	12	0	14	0	4	0	0

VORARLBERG

Bezirk	Arzt für Allgemeinmedizi	FA für Anästhesiologie	FA für Augenheilkunde	FA für Chirurgie	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA für Innere Medizin	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	FA für HNO-Krankheiten	FA für Lungenkrankheiten	FA für Neurologie und Psychiatrie	FA für Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
Bludenz	30	0	2	0	1	4	4	3	1	0	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0
Bregenz	56	0	4	0	2	5	8	5	3	1	5	3	0	2	1	2	0	0	0	0
Dornbirn	30	0	6	1	3	5	9	6	4	1	5	4	0	2	0	2	0	1	0	0
Feldkirch	38	0	5	1	2	5	8	3	2	1	4	2	0	2	0	1	0	0	0	0
insgesamt	154	0	17	2	8	19	29	17	10	3	16	11	0	7	2	6	0	1	0	0

Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen

.....

(im folgenden Vertragsarzt genannt)

und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in Wien 5., Wiedner Hauptstraße 84-86, auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Juni 2010 abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird vom Vertragsarzt zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als

.....

ausgeübt.

Berufssitz:

Ordinationsstätte:

Ordinationszeit:

§ 3

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

.....

§ 4

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

§ 5

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Ärztekammer beschlossenen und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bekannt gegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 33 Abs. 3 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft folgt.

Wien,

**FÜR DIE SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT:**

.....
.....

.....
.....

.....

.....

Unterschrift des Vertragsarztes:

Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen

.....

(im folgenden Vertragsarzt genannt)

und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in Wien 5., Wiedner Hauptstraße 84-86, auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Juni 2010 abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird vom Vertragsarzt zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als

.....

ausgeübt.

Berufssitz:

Ordinationsstätte:

Ordinationszeit:

§ 3

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

.....

§ 4

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

§ 5

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Ärztekammer beschlossenen und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bekannt gegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 33 Abs. 3 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft folgt.

Wien,

FÜR DIE SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT:

.....
.....

.....
.....

.....

.....

Unterschrift des Vertragsarztes:

Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen

.....

(im folgenden Vertragsarzt genannt)

und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in Wien 5., Wiedner Hauptstraße 84-86, auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Juni 2010 abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird vom Vertragsarzt zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als

.....

ausgeübt.

Berufssitz:

Ordinationsstätte:

Ordinationszeit:

§ 3

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

.....

§ 4

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

§ 5

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Ärztekammer beschlossenen und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bekannt gegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 33 Abs. 3 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft folgt.

Wien,

FÜR DIE SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT:

.....
.....

.....
.....

.....

.....

Unterschrift des Vertragsarztes:

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

Abkürzungsschlüssel

A = Augenheilkunde und
Optometrie
An = Anaesthesiologie und
Intensivmedizin
C = Chirurgie (Unfallchirurgie)

D = Haut- und Geschlechts-
krankheiten
G = Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
H = Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
I = Innere Medizin
K = Kinder- und Jugendheilkunde

KNP = Kinder- und Jugend-
heilkunde (Kinder- und
Jugendneuropsychiatrie)
L = Lungenkrankheiten
N = Neurologie und
Psychiatrie
NC = Neurochirurgie
O = Orthopädie und
orthopädische Chirurgie
P = Physikalische Medizin
U = Urologie
R = Regiezuschlag

Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.
2. Werden bei einem Krankenbesuch im gleichen Haushalt oder in einem Altersheim mehrere bei der SVA Versicherte behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar.
3. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.
4. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 9 Abs.3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:
 - a) **In Orten bis 5.000 Einwohnern** nur bei Krankenbesuchen außerhalb des geschlossenen Ortes. Die Wegegebühren werden bei geschlossenen Orten nach der Entfernung von Ortsmitte zu Ortsmitte berechnet, wobei Reststrecken bis zu 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

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

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

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

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

ersten 500 m außerhalb des Umkreises die Wegegebühr für 1 km, für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden.

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

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

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

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

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

5. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIII angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.
6. Alle Grund- bzw. Sonderleistungen sind mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen.
7. Die Zuweisung für Rechnung der SVA zur Blutgruppenbestimmung gem. Pos.Nr. 10.01 kann nur bei medizinischer Indikation erfolgen.

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
1.	Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)	
A1	Erste Ordination <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos.-Nr. B1 verrechenbar.</i>	24,5
A2	Weitere Ordination	16
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	14
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	14
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	24
	<i>Die Pos.-Nr. A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	
2.	Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)	
B1	Erster Krankenbesuch <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos.-Nr. A1 verrechenbar.</i>	54
B2	Weiterer Krankenbesuch	45,5
B3	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde <i>Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar.</i>	27
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	27
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr) <i>Bei den Pos.-Nr. B3 und B4 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen.</i>	48
2h	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	3
2i	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	5
3.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin) Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
3a	bei Tag	20
3b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	40
3c	ausführlicher Befundbericht <i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden. Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>	15
4.	Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)	
4a	Konsilium bei Tag	30
4b	Konsilium bei Nacht <i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>	40
5.	Ordination (Facharzt)	
E11	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos.-Nr. F11 verrechenbar.</i>	35,5
E12	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. E11 angeführt sind <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos.-Nr. F12 verrechenbar.</i>	32
E3	Weitere Ordination	16

E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	14
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	14
E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	24
<i>Die Pos.-Nr. E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>		
6. Krankenbesuch (Facharzt)		
F11	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten	65
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos.-Nr. E11 verrechenbar.</i>		
F12	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. F11 angeführt sind	61,5
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos.-Nr. E12 verrechenbar.</i>		
F3	Weiterer Krankenbesuch	45,5
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	27
<i>Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar.</i>		
F5	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	27
<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>		
F6	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	48
<i>Bei den Pos.-Nr. F4 und F5 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen.</i>		
6l	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	3
6m	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	5
7. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)		
Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:		
7a	bei Tag	30
7b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	60
7c	ausführlicher Befundbericht	15
<i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden.</i>		
<i>Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlagn; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>		
8. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)		
8a	bei Tag	50
8b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	80
<i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>		
9. Wegegebühren		
9a	ein Doppelkilometer bei Tag	1,45 €
9b	ein Doppelkilometer bei Nacht	2,18 €
9.1 Koordinierung		
1j	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt	17
<i>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Abrechnungszeitraum in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 3 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.</i>		
Erläuterungen zum Positionstext:		
1. Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten,		

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

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

1. TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil € 11,11

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und für physikalische Medizin, berechtigt.
- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 18 % (ab 1.1.2011 in 25%) der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 11 % (ab 1.1.2011 in 18%) der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos.Nr. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals ist nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos.-Nr. 36a innerhalb eines Quartals ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose.

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

2. PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch..... € 19,47

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Zur Verrechnung sind alle Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom psychosomatische Medizin verliehen wurde.
- b) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.
- c) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.
- d) Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.
- e) Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.
- f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgesprächs mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A. IX. der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
10.	Blutabnahme	
10a	Blutabnahme aus der Vene	6
10b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
10c	Aderlaß	15
	(verrechenbar bei Polycythemia vera oder sekundäre Polyglobuli)	
11.	Injektionen	
11a	Subcutane, intracutane Injektion	4
	<i>Pro Ordination bzw. Besuch können intracutane Injektionen nur als eine Injektion verrechnet werden (Quaddelbehandlung).</i>	
11b	intramuskuläre Injektion	4
	<i>Bei Serieninjektionsbehandlung ist die Position 11a und 11b ab der vierten Injektion neben der Ordinations- bzw. Besuchsgebühr nicht verrechenbar, ausgenommen bei antiluetischen Injektionskuren.</i>	

11c	Intravenöse Injektion	6
	bei Serieninjektionsbehandlung ab der 4. Injektion	4
11d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
11e	Eigenblutinjektion	10
	(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	
11f	Intraarterielle Injektion	20
11g	Intracardiale Injektion	15
11h	Subconjunctivale Injektion	7
11i	Parabulbare Injektion	6
11k	Endoneurale oder epineurale Injektion	30
11l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknotten (z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien), pro Abrechnungszeitraum sind höchstens drei Injektionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	60
11m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	80
11n	Injektion an das Peritoneum	12
11o	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	20
11p	Intrasinuöse Injektion	20
11q	Krampfaderverödung pro Injektion	6
11s	Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidenknotten pro Injektion ..	6
11u	Periarticuläre Gelenksumspritzung (ein großes oder mehrere kleine Gelenke).....	18
11v	Intraarticuläre Injektion (große Gelenke)*	50
11w	Intraarticuläre Injektion (kleine Gelenke)*	30
* je Gelenk und Abrechnungszeitraum sind höchstens sechs Injektionen verrechenbar (ausgenommen Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester)		
12.	Infiltrationen	
	Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infiltrationen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
12a	Subcutane Infiltration	7
12b	Intramusculäre Infiltration	7
12c	Praesacrale Infiltration (nach Pendl)	80
12d	Perineurale Infiltration	18
13.	Infusionen	
	Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infusionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
13a	Subcutane Infusion	20
13b	Intravenöse Infusion	25
13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion	10
13e	Erste intravenöse Novocain-Infusion	35
13f	Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion	12
13g	Intraarterielle Infusion	40
14.	Implantationen	
14a	Kristall-Implantationen mittels Troikart	20
14b	Kristall-Implantationen mittels Incision und Naht	35
15.	Impfung	
15a	Diagnostische Impfung	
	(Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest, o.ä. Allergieproben)	6
15b	Therapeutische Impfung (Cutivaccine, Paspas o.ä.).....	5
16.	Punktion (diagnostisch)	
16a	Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel bzw. Nervenadelbiopsie	14
	(z.B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä., einschließlich Oberflächen-Anaesthesie)	
16b	Aus Gelenken	30
16c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	70

16d	Aus dem Herzbeutel	120
16e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	60
16f	Suboccipitalpunktion	100
16g	Vaginale Probepunktion (Douglas)	30
16h	Sternalpunktion	40
16i	Punktion der Prostata	30
	<i>(maximal dreimal verrechenbar und nicht gemeinsam mit 37i und 37k)</i>	
 17. Punktion (therapeutisch)		
17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszeß oder Serom	20
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	50
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	80
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	60
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	60
17h	Aus dem Wasserbruch	20
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	40
17k	Aus der Harnblase	45
 18. Betäubung – Wiederbelebung		
18a	Kälteanaesthesie, Oberflächenanaesthesie	2
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	15
18c	Infiltrationsanaesthesie	10
18d	Leitungsanaesthesie	18
18e	Intravenöse Narkose	30
18f	Lumbalanaesthesie	80
18g	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwand- entschädigung	30
18h	Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	40
 19. Endoskopien		
<i>(Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten. Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden.)</i>		
19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	17
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	20+RI
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	20+RI
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	35+RI
19e	Endoskopische Untersuchung der Harnblase (Zystoskopie)	35+RI
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	35+RI
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals (Endocervicoskopie)	35+RI
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	35+RI
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	45+RI
19k	Endoskopische Untersuchung der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie)	60+RII
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (RIII nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)	70+RIII
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmaskopie)	85+RI
	<i>Nicht neben Pos. 19s verrechenbar.</i>	
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	120+RIII
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie)	120+RIII
	<i>Nicht neben Pos. 19r verrechenbar.</i>	
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken (RIV nur bei Verwendung von Einmal-UK, 2 Stück)	75+RIV
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)	110+RIII

19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums, mittels Fiberglasinstrumentes (Gastroskopie, Duodenumskopie)	151+RIII
19s	Endoskopische Untersuchung des Colons mittels Fiberglasinstrumentes (Coloskopie)	151+RIII
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	235+RIII
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung	450+RIV
20.	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre	15
20b	Ausheberung des Magens	15
20c	Ausspülung des Magens	30
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	5
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	6
20i	Aufblähung des Mastdarmes	10
20k	Sphinkterdehnung	15
21.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	
21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel einwurzellig	4
	mehrwurzellig	6
21b	Setzen von Blutegeln und Saugapparaten	10
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch), einschließlich eventueller thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	20
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	6
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	15

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE und OPTOMETRIE

22.	Untersuchungen	
22a	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	10
22b	Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	10
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer	10
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	10
22e	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	10
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	10
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie).....	20
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht	3
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie beidseitig	5
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe, beidseitig – nicht neben Pos. 22i verrechenbar.....	15
22k	Untersuchung mit dem Exophtalmometer oder der Durchleuchtungslampe	10
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	10
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens	5
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut (verrechenbar einmal jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit)	15
22o	Schimmertest	5
23.	Fremdkörperentfernung	
23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	20
24.	Sonstige augenärztliche Verrichtungen	
24a	Wimpernepilation	15
24c	Spaltung des Hordeolums	15

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

25.	Wundversorgung	
25a	Kleine Wunde mit Naht (Klammer)	16
25b	Abtragung einer großen Brandblase	8
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	14
26.	Kleine operative Eingriffe	
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Haematoms (pro Sitzung)	15
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	15
26c	Abtragung einer Eiterblase	5
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	8
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	15
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	15
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	15
26h	Entfernung eines Nagels am 2. – 5. Finger oder an der 2. – 5. Zehe	6
27.	Verbände	
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigem Zinkleimverband oder Elastoplastverband	17
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenen Zinkleim, pro Fall und Extremität	30
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum	15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	50
27e	Gipsverband von Hand, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	90
27f	Gipsverband der oberen Extremitäten mit Schultergürtel, der unteren Extremitäten mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax.....	150
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	8
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	15
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes	15
27k	Zuschlag für Gehbügel (nur bei nachträglicher Anbringung)	10
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen bei statischen Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität	30
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes (gem. Pos.Nr. 27l)	10
	<i>Zu den Positionen 27d, 27e, 27f und 27k ist das Material auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.</i>	
28.	Gipsmodell für orthopädische Behelfe	
28a	Gipsmodell für Einlagen, je Seite	29
	<i>(Das Material ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.)</i>	
28b	Herstellung von geführten Abdrücken für Maß- oder Modelleinlagen mittels Trittschaummodellen (inkl. Material), je Seite	12
	<i>(Die gleichzeitige Verrechnung mit Position 28a ist nicht möglich; Blaudruck nicht gesondert verrechenbar.)</i>	
29.	Knochenbrüche (provisorische Versorgung – Notverband)	
29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	15
29b	Alle übrigen Knochen	30

VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

30. Frauenheilkunde	
30a Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	40
30b Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars	15
(bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)	
30c Kauterisation der Portio vaginalis oder der Cervix	50
30e Zellentnahme für zytologische Untersuchung	8
ab 1.10.2000 neu:	
Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objektträger und Fixierlösung	7
30f Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	4
30g Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	3
(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)	
30h Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat	7
30i Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), jedes weitere Präparat	4
(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)	
31. Geburtshilfe	
31a Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	30
31b Beistand bei pathologischer Entbindung; für den Beistand bei einer normalen Geburt ohne Kunsthilfe darf nur der Besuch und Pos.Nr. 31a verrechnet werden. Der Zeitaufwand, der nur auf Wunsch der Wöchnerin entsteht, ist mit dieser nach Vereinbarung zu verrechnen	100
31c Manuelle Muttermunddilatation	25
31d Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	25
31e Ultraschall-Untersuchungen-Doppler-Effekt zur Kontrolle der fetoplazentaren Einheit	30

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

32. Untersuchungen	
32a Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung, Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus oder Lage-, Lagerungs-Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen je	16
32b Tonschwellenaudiometrie	30
<i>Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.</i>	
32c Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	50
32e Sprachaudiometrie	40
32g Otomikroskopische Untersuchung (nur durch Fachärzte für H in 10 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
<i>Die Untersuchung umfaßt beide Ohren.</i>	
33. Therapeutische Verrichtungen	
33a Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	10

33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	12
33d	Nasentamponade nach Bellocq	50
33e	Cerumenentfernung je Ohr	6
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anaesthesie je Seite	8
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	45
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle je Seite	20
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	18
33k	Attic-Spülung	8
33l	Vordere Nasentamponade	20
33m	Speichelgangsondierung	10

VIII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der INNEREN MEDIZIN, KINDER- und JUGENDHEILKUNDE

34.	Elektrokardiogramm	69
34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6)	14
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	14
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	18
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett	40
34h	Rheokardiographie, Rheoangiographie	40
34i	Phonokardiographie	40
	<i>Die Position 34i wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführte Leistung und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden. Wenn vom zuweisenden Arzt nur die Durchführung eines EKG verlangt wurde, kann keine Ordinationsgebühr verrechnet werden.</i>	
34k	Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsrückstandes bei cerebral geschädigten Kindern (kann auch von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie verrechnet werden)	30
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	7
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert) mit graphischer Darstellung	17
34n	Bronchospasmodolysetest (wie 34m – incl. Inhalation eines Broncholytikums) – AN.I.L. –	17
34o	Provokationstest (wie 34m – incl. unspez. oder spez. Provokation sowie Broncholyse) – L. –	24
34p	Messung der Atemwegwiderstände – L. –	7
	Anmerkung: Pos.Nr. 34n und Pos.Nr. 34o nicht additiv.	

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE

35.	Untersuchungen	
35b	Ausführliche psychiatrische Exploration (bei Diagnosen lt. „ICD 9-WHO Code 290 – 319“).....	40
	<i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung einer Erstordination ist nicht möglich. Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie sowie durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie). Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
35d	Elektroenzephalographie (einschließlich Provokationsmethode)	120
35e	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (lt. „ICD 9-WHO Code 290 – 319“) / neurologisch Kranken (lt. „ICD 9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3“)	26

*Eine Ordination/Visite ist gleichzeitig nicht verrechenbar.
Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie) sowie durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.
Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.
Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.*

35f **Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation** **40**

*Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar.
Die gleichzeitige Verrechnung einer Erstordination ist nicht möglich. Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie sowie durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde.*

35h **ENG (Elektroneurographie) – N** **68**

35i **EMG (Elektromyographie) – N** **68**

35j **ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie) – N** **108**

Die Positionen 35h bis 35j können in maximal 10 % der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.

36. Therapeutische Verrichtungen

36a **Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten** **35**

- 1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention.**
- 2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern.**

Nicht gleichzeitig mit Pos. Nr. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar.

Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.

Eine Grundleistung ist einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar.

Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.

Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sowie durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.

Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die erhobenen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.

36b **Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention)** **98**

Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar.

Die gleichzeitige Verrechnung einer Erstordination ist nicht möglich.

Ein Zuschlag für Zeitversäumnis kann erst bei einer Behandlungsdauer von mehr als 45 Minuten verrechnet werden.

36c **Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung 50 Minuten** **98**

Im Erkrankungsfall maximal dreimal verrechenbar.

Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36d, 36e, 36f sowie einer Erstordination ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.

Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.

Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie) sowie durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.

36d **Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 Minuten** **98**

Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar.

Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36e, 36f sowie einer Erstordination ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter

	anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.	
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 Minuten Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d, 36f sowie einer Erstordination ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.	49
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 Minuten (max. 10 Patienten), je Patient und Therapieeinheit Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d, 36e sowie einer Erstordination ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.	11

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

37.	Untersuchungen	
37g	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
37h	Dreigliederprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Beurteilung des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	10
37i	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln) 1. und 2. Biopsie je	45
37k	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln) ab der dritten Biopsie je (bis maximal vier weitere verrechenbar, darüber mit medizinischer Begründung)	15
38.	Therapeutische Verrichtungen	
38a	Katheterismus der männlichen Harnblase	10
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	5
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	10
38d	Blasenspülung	4
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre	16
38f	Weitere Strikturdehnung	8
38g	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der vorderen Harnröhre	5
38h	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der hinteren Harnröhre mit Einführung von Instrumenten, Sondierung der hinteren Harnröhre	10
38i	Tiefe Instillation	3
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D (höchstens verrechenbar in 10 % der Fälle pro Quartal, maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr)	4
38k	Kühlsonde	8

38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen	15
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen (siehe Pos.Nr. 26d u. 26e)	15
38n	Elektrolyse	15
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	8
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	40
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	140
38r	Anwendung von Kohlensäureschnee je Sitzung	15
38t	Prostatamassage	5
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde	10
38v	Hautfunktionsprüfung als Läppchenprobe	6
38w	Blaseninstillation mit Zytostatika	19
38x	Wechsel eines suprapubischen Katheters mit Fixation	16
38y	Phototherapie, je Behandlung, 1. bis 16. Behandlung	12
38yy	ab der 17. Behandlung	8
38z	Photochemotherapie, je Behandlung, 1. bis 16. Behandlung	16
38zz	ab der 17. Behandlung	11

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

- Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
- Pro Patient kann eine Anfang- und Endordination verrechnet werden, weitere Ordinationen nur dann, wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung erforderlich ist, was kurz zu begründen ist.
- Die physikalische und Bestrahlungstherapie ist pro Behandlungsfall für höchstens zwei Behandlungsarten bis zu je 20 Behandlungseinheiten bewilligungsfrei. Für jede darüber hinausgehende Behandlung ist die vorherige Zustimmung der SVA einzuholen.

1.	Massage	
p 1a	Manuelle Massage	12
p 1b	Apparatmassage	6
p 1c	Pneumomassage des Trommelfelles	8
2.	Gymnastik	
p 2a	Einzelheilgymnastik	13
p 2b	Extensionsbehandlung, Quengeln	6
p 2c	Heilgymnastik in der Kleingruppe	5
p 2d	Extensionsbehandlung der Halswirbelsäule mit der Glissonschiene	15
p 2f	Extensionsbehandlung der Brust-, Lenden-, Wirbelsäule mit Spezialgeräten	30
3.	Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
p 3a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	6
p 3b	Quarzbestrahlung	8
p 3c	Heißluft	8
p 3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom, je	9
p 3e	Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten	10
p 3f	Zellenbad	11
p 3g	Iontophorese	10
p 3h	Diathermie	10
p 3i	Kurzwelle	12
p 3k	Ultraschall	16
p 3l	Anwendung der elektrischen Lunge	18

4.	Inhalationen	
	p 4a Dampfinhalation	5
	p 4b Aerosolinhalation	10
5.	Buckybestrahlung	
	p 5a Buckybestrahlung (pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Anzahl der Felder)	40
6.	Klimakammer	
	p 6a Klimakammerbehandlung pro Sitzung	25
7.	Hydrotherapie und Packungen	
	p 7a Italienische Schnellkur (Munari-Packung)	14
	p 7b Schlammpackung, Moorpackung (Teil- oder Ganzpackung)	15

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

- Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der SVA von Vertragsfachärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der SVA gemäß Punkt 3. berechtigt sind.
- In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizite die Durchführung als „sonographische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisung verrechnen.
- Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen, die eine entsprechende Information an die SVA weiterleitet.
- Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
- Jene sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin, Radiologie und Urologie, die innerhalb eines Kalendervierteljahres die nachstehenden Werte übersteigen, werden mit 70 % des durchschnittlichen Tarifes honoriert:

Fachärzte für Gynäkologie	32
Fachärzte für Innere Medizin	69
Fachärzte für Radiologie	94
Fachärzte für Urologie	124

Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Endabrechnung auf Basis des Kalenderjahreswertes im Ausmaß des vierfachen Wertes des Kalendervierteljahres.
- Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
- Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der SVA vorzulegen.

8. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bildokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.
9. Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

Ultraschalldiagnostik

Abdomen und Retroperitoneum

US 1	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege – R.C.I.K.	40
US 2	Sonographie des Pankreas – R.C.I.K.	48
US 3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas) – R.C.I.K.	73
US 4	Sonographie der Milz – R.C.I.K.UC.	33
US 5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta) – R.C.I.K.U.	48
US 7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation (nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen) – G.	48
US 8	Sonographie des Unterbauches – C.I.K.	48
US 10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie – G.R.	53
US 11	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie – U.R.	53

Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen.

Small-parts-Diagnostik

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

Doppler-Diagnostik

DS 1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. – C(G).D.I.	29
<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>		
DS 2	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz. – C.D.I.	29
<i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>		
DS 3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und	44

	Vertebris-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation. – I.N.	
	<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>	
DS 4	Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Peritorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell) – R.I.N.	17
	<i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>	

Farbduplex-Diagnostik

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

Echokardiographie

EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) – I.	67
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler – I.	146
	<i>Verrechenbar in folgenden Indikationen:</i>	
	<i>Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;</i>	
	<i>Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;</i>	
	<i>Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.</i>	

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Röntgendiagnostische Leistungen können von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten nur verrechnet werden, wenn sie hierzu im Einvernehmen zwischen SVA und zuständiger Ärztekammer besonders zugelassen sind.
2. Die Grundlage für die Erteilung der Zulassung bilden die einschlägigen Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer.
3. Der Umfang der Zulassung ist im Einzelvertrag zu vermerken.
4. Wenn ein Vertragsfacharzt für Radiologie im Orte niedergelassen ist, können röntgendiagnostische Leistungen nach diesem Tarif nur für Untersuchungen eigener Patienten verrechnet werden.
1. Wenn am Orte kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist, kann im Einvernehmen zwischen SVA und zuständiger Ärztekammer, Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten die Bewilligung zur Durchführung von röntgendiagnostischen Leistungen auf Zuweisung erteilt werden. In diesem Falle kann von Ärzten für Allgemeinmedizin zusätzlich zu diesem Tarif eine Ordination nach Pos.-Nr. 1a und von Fachärzten nach Pos.-Nr. 5a verrechnet werden.

6. Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen mindestens ein Jahr aufbewahrt werden.

Pos.-Nr.		Honorar und Unkosten Punkte
Durchleuchtungen:		
r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei.....	26
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen)	28
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage	45
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	50
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten)	18
r 4f	Zuschlag zur Pos. r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	13
r 4g	Zuschlag zur Pos. r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	19
Aufnahmen:		
r 5a	Aufnahme 9x12	20
r 5b	Aufnahme 13x18	22
r 5c	Aufnahme 18x24	24
r 5d	Aufnahme 15x40	26
r 5e	Aufnahme 24x30	28
r 5f	Aufnahme 30x40	33
r 5g	Aufnahme 35x35	35
r 5h	Zahnfilm	14

B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn, in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der SVA nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVA vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind unter Verwendung der aus dem Operationsgruppenschema ersichtlichen Positionsnummern zu verrechnen.
4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Ordination handelt.
5. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht verrechnet werden.
6. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden.
7. Die Verrechnung einer Assistenzgebühr bei Operationsgruppe I und II ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn der Operateur die Notwendigkeit der Assistenz ausreichend begründet. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird dem diese Leistungen erbringenden Vertragsarzt unmittelbar von der SVA verrechnet.
8. In dem nachstehenden Schema sind jene Operationen, welche in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt und seitens des Arztes mit der SVA direkt verrechnet werden dürfen, angeführt.
9. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anaesthesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

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

1. Operation

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

2. Ärztliche Assistenz

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

3. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie)

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

Bei Operationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an Stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Lokalanaesthesie nach diesen Tarifen vergütet. Rauschnarkose wird nach Position 18b vergütet.

4. Narkose

durch den Facharzt für Anaesthesiologie

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

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

5. Regiezuschlag

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

Gruppe	Punkte
I	15
II	20
III	30
IV	45

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE

Gruppe I

Pos.-Nr.	Fachgebiet
0 1a Incision bei Dakryocystitis	A.
0 1b Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern	A.C.D.
0 1c Operation des Chalazion	A.
0 1d Elektrokoagulation von Geschwülsten	A.
(ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	
0 1e Alkoholinjektion bei Blepharospasmus	A.
0 1f Kanthoplastik mit Naht	A.
0 1g Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	A.

		(einmal im Abrechnungszeitraum verrechenbar)	
0	1h	Operation am Tränenröhrchen	A.
0	1i	Quetschung von Trachomkörnern	A.
0	1k	Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion (jede weitere ½ Gruppe I)	A.
0	1l	Elektrolytische Epilation	A.

Gruppe II

0	2a	Tarsorrhaphie	A.
0	2b	Tränendrüsenstichelung	A.
0	2c	Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen	A.
0	2d	Epicanthusoperation	A.
0	2e	Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellensche Naht)	A.
0	2f	Einfache Tenotomie (Schieloperation)	A.
0	2g	Operation des Pterygium	A.
0	2h	Abrasio corneae	A.
0	2i	Tätowierung der Cornea	A.
0	2k	Kauterisation der Cornea bei ulcus serpens o.ä.	A.
0	2l	Punktion der vorderen Kammer	A.
0	2m	Nadeldiscission bei angeborener Katarakta	A.
0	2n	Retrobulbäre Alkoholinjektion	A.

Gruppe III

0	3a	Einfache Symblepharonoperation	A.
0	3b	Tarsusexstirpation bei Trachom.....	A.
0	3c	Exstirpation des Tränensackes.....	A.
0	3d	Exstirpation der Tränendrüse	A.
0	3e	Trichiasisoperation	A.
0	3f	Sklerotomie	A.
0	3h	Discission bei Katarakta secundaria	A.
0	3i	Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	A.
0	3k	Transfixation der Iris.....	A.
0	3l	Iridotomie.....	A.
0	3n	Tenotomie.....	A.

Gruppe IV

0	4a	Schieleroperation mit Vorlagerung und Tenotomie.....	A.
0	4b	Einfache Ptosisoperation.....	A.
0	4f	Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti.....	A.
0	4i	Abtragung des Irisprolapses mit Plastik	A.
0	4k	Iridektomie	A.
0	4l	Enucleatio bulbi.....	A.

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und NEUROCHIRURGIE

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

Gruppe I

0	8a	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke.....	C.O.
0	8b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelfalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein).....	C.H.NC.O.
0	8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
0	8d	Incision eines Panaritium subcutaneum	
0	8e	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	C.G.
0	8f	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
0	8g	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	
0	8h	Exstirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine	

		Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen)	
0	8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	C.K.U.
0	8k	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung	C.D.G.
0	8l	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	
0	8m	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	
0	8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	C.D.O.
0	8o	Amnionpflanzung nach Filatow	C.G.
0	8p	Probeexcision mit Naht	
0	8q	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	

Gruppe II

0	9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	C.O.
0	9b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Bandrupturen an Knie- und Sprunggelenken	C.O.
0	9c	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
0	9d	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum	C.
0	9e	Buelausche Heberdrainage	C.I.K.L.
0	9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	C.G.NC.U.
0	9g	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	
0	9h	Technisch einfache Operation größerer Geschwülste (großer Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)	
0	9i	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	C.D.U.
0	9k	Spaltung einer Fistula ani	C.G.
0	9l	Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)	
0	9m	Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode	
0	9n	Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene	
0	9o	Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung	C.O.
0	9p	Amputation oder Enucleation von Phalangen	C.O.
0	9q	Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur	
0	9r	Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)	C.D.O.
0	9s	Drüsenimplantation	

Gruppe III

0	10a	Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	C.O.
0	10b	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	C.O.
0	10c	Excision großer Wunden und Wundversorgung	C.NC.O.
0	10d	Sehnnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	C.O.
0	10e	Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenpalte, Syndaktylie zweier Finger, u.ä.)	C.D.H.O.
0	10f	Resektion eines kleinen Gelenkes	C.O.
0	10g	Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern	C.O.
0	10h	Schwierige Operation größerer Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom, Rectalpolypen)	C.O.
0	10i	Radikaloperation einer Hydrocele	C.U.
0	10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung	C.G.
0	10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der	C.

		Vena jugularis	
0	10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis	C.I.NC.
0	10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	
0	10q	Vasektomie oder Vasoligatur	C.O.
0	10r	Radikaloperation von Varicen	C.D.O.
		(mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	
0	10s	Noduliooperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	C.

Gruppe IV

0	11a	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband	C.O.
0	11b	Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke	C.O.
0	11c	Nervennaht bei frischen Verletzungen	C.NC.O.
0	11d	Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)	C.NC.O.
0	11e	Exstirpation eines Karbunkels	C.O.
0	11f	Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen	C.G.O.U.NC.
0	11g	Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke ..	C.O.
0	11h	Tracheotomie	An.C.H.K.NC.
0	11i	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis	C.NC.
0	11r	Nodulixstirpation nach Whitehead	C.
0	11u	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	C.NC.O.
0	11v	Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des Kryptorchismus	C.U.
0	11x	Reamputation	C.O.
0	11y	Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt)	C.U.

Gruppe V

0	12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes	C.H.
0	12c	Neurolyse mit Naht	C.NC.O.
0	12d	Sehnenplastik	C.O.
0	12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx ..	C.H.
0	12h	Scalenotomie	C.O.
0	12u	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	C.D.H.O.
0	12v	Amputation oder Enukleation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes	C.O.
0	12x	Osteosynthese kleiner Knochen	C.O.
0	12y	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung	C.NC.O.

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

0	16a	Elektrotomie ausgedehnter flächenhafter Hauttumore	C.D.
0	16b	Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata	D.

Gruppe II

0	17a	Excision einer Sklerose	C.D.G.U.
0	17b	Exstirpation eines Epithelioms	A.C.D.G.H.

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

0	18a	Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis	C.G.
0	18b	Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome	
0	18c	Incision eines Bartholin'schen Abszesses, einfache vaginale Incision	C.D.G.U.
0	18d	Strichabrasio	G.
0	18e	Abtragung eines Cervicalpolypen	G.

0	18f	Abtragung vaginaler Granulationen	G.
0	19a	Äußere Wendung bei Querlage	G.
0	19b	Dammnaht I. Grades	G.
0	19c	Auffüllung der Placenta nach Gabastou	G.

Gruppe II

0	20a	Exstirpation des Hymens	G.
0	20b	Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva	D.G.U.
0	20c	Abtragung eines Urethralpolypen	C.D.G.U.
0	20d	Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)	G.
0	20e	Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation)	G.
0	20f	Skarifikation der Portio	G.
0	20g	Discission der Cervix, Cervixdilatation mit Hegarstiften	G.
0	20h	Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose	G.
0	20i	Vollständige Abrasio mucosae uteri	G.
0	20k	Pertubation	G.
0	20m	Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat	G.
0	21a	Credé in Narkose	G.
0	21b	Dammnaht II. Grades	G.
0	21c	Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile	G.
0	21d	Ausgedehnte introitusnahe Scheidennaht	G.
0	21e	Kopfschwartenzange	G.
0	21f	Muttermundincision	G.
0	21g	Hystereuryse	G.
0	21h	Episiotomie und Naht	G.

Gruppe III

0	22a	Labienresektion	G.
0	22b	Exstirpation der Bartholin'schen Drüse	C.G.U.
0	22c	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	G.
0	22d	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion	G.
0	22e	Portioamputation und -plastik	G.
0	22f	Exstirpation eines Bauchdeckentumors (Schloffertumor)	G.
0	22g	Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen)	G.
0	22i	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat	G.
0	23a	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)	G.
0	23b	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt	G.
0	23c	Naht eines frischen Cervixrisses	G.
0	23d	Cervixnahe Scheidennaht	G.
0	23e	Zange, Vacuumextraction	G.

Gruppe IV

0	25a	Kombinierte Wendung	G.
0	25b	Dammnaht III. Grades mit Sphinkternah	G.
0	25c	Manuelle Placentalösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta	G.
0	25d	Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt	G.
0	25e	Hohe Zange	G.

Gruppe VI

0	29a	Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)	G.
---	-----	---	----

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

0	31a	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	H.
0	31b	Abtragung von Ohrpolypen	H.
0	31c	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	H.
0	31d	Paracentese des Trommelfelles oder Punktion der Paukenhöhle	H.K.

0	31e	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	H.
0	31f	Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie	H.
0	31g	Incision eines Peritonsillar- oder Retropharyngealabszesses	C.H.
0	31h	Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus	H.
0	31i	Probeexcision aus Nase oder Rachen	C.H.
0	31j	Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung	H.

Gruppe II

0	32a	Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper)	H.
0	32b	Intubation	C.H.I.K.
0	32d	Kleine plastische Operationen	C.H.
0	32d	Punktion eines Antrums bei Säuglingen	H.K.
0	32e	Entfernung von adenoiden Vegetationen	H.K.
0	32f	Punktion der Stirnhöhle nach Beck	H.
0	32g	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz	H.
0	32h	Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung	H.
0	32j	Anlegen eines Paukendrainageröhrchens	H.

Gruppe III

0	33a	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	H.
0	33b	Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
0	33c	Unterbindung der Vena jugularis	C.H.
0	33d	Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen	H.
0	33e	Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 11/2fach)	H.
0	33f	Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff	C.H.
0	33i	Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung	H.
0	33j	Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger	H.

Gruppe IV

0	34a	Tränensackplastik nach West	A.H.
0	34b	Direkte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
0	34c	Größere plastische Operationen	C.H.
0	34d	Vollständige Entfernung der Ohrmuschel	C.H.
0	34f	Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus	H.
0	34g	Radikaloperation einer Kieferhöhle	H.
0	34h	Operation der Deviatio septi nach Killian	H.
0	34i	Ozaena-Operation	H.
0	34m	Operation eines Nasen-Rachenfibroms	H.

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

Gruppe I

0	38a	Pneumothorax-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I.L.
0	38b	Pneumoperitoneum-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I.L.
0	38c	Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Encephalographie) 11/2fach	An.C.H.I.N.
0	38d	Kontrastfüllung bei Bronchographie	An.H.L.
0	38e	Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 11/2fach	An.C.I.N.
0	38f	Nucleographie	

Gruppe II

0	39a	Pneumothorax-Erstanlage	An.I.K.L.
0	39b	Pneumoperitoneum-Erstanlage	I.K.L.
0	39c	Liquorausblasung	C.I.K.L.N.
0	39d	Liquortransfusion	C.I.K.L.N.

Gruppe IV		
0	41b	Winterschlaf (Hibernation), (als Hausbehandlung) einschließlich Betreuung An.N.

ORTHOPÄDIE und ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

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

Gruppe I		
0	42a	Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen C.O.
0	42c	Subcutane Tenotomie C.O.
0	42d	Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Beck'schen Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation) C.O.
0	42e	Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm C.O.
0	42f	Halskrawatte C.O.
0	42g	Modellverband: Oberschenkel (11/2fach) C.O.

Gruppe II		
0	43a	Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur (sofern nicht nach Pos. 0 43i oder 0 44p zu verrechnen) . C.O.
0	43c	Offene Tenotomie C.O.
0	43d	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke C.O.
0	43e	Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper C.O.
0	43f	Abmeißelung von Exostosen C.O.
0	43g	Operation des Calcaneussporns C.O.
0	43h	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. 0 44f oder 0 44g zu verrechnen) C.O.
0	43i	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation . C.O.

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

Gruppe IV		
0	45a	Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes (sofern nicht nach Pos. 0 43i oder 0 C.O.

	44p zu verrechnen)	
0	45b Gipsbett	C.O.
0	45c Osteoklaste großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	C.O.
0	45d Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	C.O.
0	45e Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	C.O.
0	45f Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	C.O.
0	45g Operation des hohen Calcaneus	C.O.
0	45k Operation bei Dupuytren'scher Kontraktur	C.O.
0	45l Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenk	C.O.
0	45m Plastik kleiner Gelenke	C.O.
0	45n Operation der Luxatio acromio-clavicularis	C.O.
0	45o Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe V

0	46a Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	C.O.
0	46g Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation	C.O.
0	46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen	C.O.
0	46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniskusoperation)	C.O.

UROLOGIE

Gruppe I

0	48a Endourethrale Elektrocoagulation	D.U.
0	48b Meatotomie	D.U.

Gruppe II

0	49a Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren	U.
0	49b Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	G.U.
0	49c Urethrotomia interna	U.
0	49d Operation eines einfachen Urethralprolapses	G.U.
0	49e Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses	C.U.
0	49f Retroperitoneale Luftfüllung	C.I.U.

Gruppe III

0	50a Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge	U.
0	50b Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen	U.
0	50c Urethrotomia externa	U.
0	50d Operation eines ringförmigen Urethralprolapses	U.
0	50e Probeexcision aus der Blase	U.

Gruppe V

0	52a Lithotripsie	U.
---	------------------------	----

C. Physikalische Behandlung

durch Fachärzte für physikalische Medizin und in behördlich
konzessionierten Instituten für physikalische Therapie,
~~die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden.~~

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Wenn der Patient zur physikalischen Therapie zugewiesen wird, kann eine erste Untersuchung nach Positionsnummer 5a verrechnet werden; bei direkter Inanspruchnahme durch den Patienten oder wenn der Patient zur Untersuchung zugewiesen wird, kann neben der ersten Ordination, nach Positionsnummer 5a auch der Zuschlag nach Positionsnummer 5h verrechnet werden. Bei

Beendigung der jeweiligen Behandlung kann eine Schlussordination nach Positionsnummer 5a verrechnet werden.

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

Pos.Nr.	Punkte
1. Massage	
P 1a Manuelle Massage	12
P 1b Apparatmassage	6
P 1c Pneumomassage des Trommelfelles	8
2. Gymnastik	
P 2a Einzelheiligymnastik	13
P 2b Extensionsbehandlung, Quengeln	6
P 2c Heiligymnastik in der Kleingruppe	5
P 2d Extensionsbehandlung der Halswirbelsäule mit der Glissonschnelle	15
P 2f Extensionsbehandlung der Brust-, Lenden-, Wirbelsäule mit Spezialgeräten	30
3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
P 3a Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	6
P 3b Quarzbestrahlung	8
P 3c Heißluft	8
P 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom, je	9
P 3e Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten	10
P 3f Zellenbad	11
P 3g Iontophorese	10
P 3h Diathermie	10
P 3i Kurzwele	12
P 3k Ultraschall	16
P 3l Anwendung der elektrischen Lunge	18
4. Inhalationen	
P 4a Dampfinsalation	5
P 4b Aerosolinhalation	10
6. Klimakammer	
P 6a Klimakammerbehandlung pro Sitzung	25
7. Hydrotherapie und Packungen	
P 7a Italienische Schnellkur (Munari-Packung)	14
P 7b Schlammpacking, Moorpacking (Teil- oder Ganzpacking)	15

D. Laboruntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen. Für Fachärzte für nichtklinische Medizin sind grundsätzlich jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung (Patientenschein, Ersatzpatientenschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind.
2. Die im Tarif mit o) bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin verrechnet werden; die mit +) bezeichneten Leistungen können auch von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinderheilkunde sowie Fachärzten der jeweils angeführten Sonderfächer verrechnet werden, sofern sie auf Grund der

vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können und der betreffende Arzt regelmäßig und erfolgreich an Ringversuchen teilnimmt und die interne Qualitätssicherung durchführt. Die Durchführung und der Nachweis der Qualitätssicherung wird im Einvernehmen zwischen der Sozialversicherungsanstalt und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.

3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
4. In jenen Positionen, in denen Kombinationen von einzelnen Untersuchungen enthalten sind, darf die Summe von einzelnen Untersuchungen die Honorarsumme einer kompletten Untersuchung aus der jeweiligen Positionsgruppe nicht übersteigen.
5. Schnelltests (Streifen, Tabletten o.Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
6. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung der Laboratoriumsuntersuchungen nötigen Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe und dgl. sowie der erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten, mit Ausnahme applizierter Medikamente oder Testsubstanzen.
7. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte als Sonderleistung gemäß Abschnitt A III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
8. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
9. Über die erbrachten Laborleistungen, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde müssen mindestens drei Jahre hindurch aufbewahrt werden. Ein von der Sozialversicherungsanstalt bevollmächtigter Arzt kann im Einvernehmen mit der Kammer Einsicht in die Unterlagen nehmen.
10. Notwendige Laborleistungen, die im Honorartarif noch nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der Sozialversicherungsanstalt und der Österreichischen Ärztekammer – wobei für die Bewertung ähnliche Leistungen heranzuziehen sind – im Rahmen einer Sondervereinbarung im Sinne des § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

Gruppe 1 HÄMATOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
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	52
1.02	Kleines Blutbild: rotes Blutbild und Leukozyten	28
1.03	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter	20
1.04	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung	36
1.05	Leukozyten-Zählung	14
1.06	Erythrozyten-Zählung	14
1.07	Hämoglobin-Bestimmung	12
1.08	Hämatokrit	12
1.09	Retikulozyten-Zählung	20
1.10	Untersuchung der Erythrozyten auf basophile Tüpfelung oder Heinz'sche Innenkörper	20
1.11	Osmotische Erythrozytenresistenz	44
1.12	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	40
1.13	Sternalpunktat: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung	72
1.14	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	14
o 1.15	Met-Hb	38

o	1.16	HLA-B 27	72
		(nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar)	

Gruppe 2 BLUTGERINNUNG

Pos.Nr.		Punkte
+	2.01 Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung	72
	2.02 Blutungszeit-Bestimmung	12
+	2.03 Thrombozyten-Zählung	16
+	2.04 Thromboplastinzeit (TPZ, „Quick“) oder Normotest	24
+	2.05 Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	24
+	2.06 Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	24
+	2.07 Thrombinzeit (TZ)	24
o	2.08 Fibrinogen quantitativ	24
o	2.09 Fibrinogen – Fibrin-Spaltprodukte	30
o	2.10 Antithrombin III-Bestimmung	30

Positionen 2.04 und 2.05 nicht nebeneinander verrechenbar.

Gruppe 3 STOFFWECHSELUNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
+	3.01 Blutzucker Bestimmung quant. -U	24
	3.02 Fruktosamine	20
	3.03 HbA1 oder HbA1c (nur bei Diabetes einmal pro Patient und Quartal verrechenbar)	60
+	3.04 Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN -U.	20
+	3.05 Kreatinin -U.	24
+	3.06 Harnsäure -U.O.	24
+	3.07 Gesamtbilirubin	20
+	3.08 Direktes oder indirektes Bilirubin	20
+	3.09 Gesamteiweiß-Bestimmung	20
o	3.10 Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	88
+	3.11 Triglyceride (-Neutralfette)	24
+	3.12 Gesamtcholesterin	24
o	3.121 Gesamtcholesterin mit HDL über Zuweisung	40
+	3.13 HDL-Cholesterin	24
+	3.14 LDL-Cholesterin	12
+	3.15 Natrium	24
+	3.16 Kalium	24
+	3.17 Kalzium	24
+	3.18 Chloride	24
+	3.19 Phosphor	24
+	3.20 Magnesium	24
o	3.21 Lithium (nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar)	24
o	3.22 Kupfer	40
+	3.23 Eisen	24
+	3.24 Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung	80
o	3.25 Ferritin	63
o	3.26 Albumin	24
o	3.27 Zink	24
+	3.28 Transferrin	48

Positionen 3.24 und 3.28 nicht nebeneinander verrechenbar.

Gruppe 4 ENZYME

Pos.Nr.		Punkte
o 4.01	Aldolase	24
+ 4.02	Alkalische Phosphatase -U.	24
+ 4.03	α -Amylase	24
+ 4.04	Cholinesterase	24
+ 4.05	CK (Creatin-Kinase)	24
+ 4.06	CK-MB-Isoenzym (nur bei Infarktverdacht verrechenbar)	36
+ 4.07	GOT (ASAT) -D.U.	24
+ 4.08	GPT (ALAT) -D.U.	24
+ 4.09	γ -GT -D.U.	24
+ 4.10	GLDH	24
+ 4.11	α -HBDH	24
+ 4.12	Lipase-Bestimmung	30
+ 4.13	LDH	24
+ 4.14	Saure Phosphatasen, gesamt -U.	36
o 4.15	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	29
o 4.16	Myoglobin (nur bei Infarktverdacht verrechenbar)	24
o 4.17	Lysozym	72
o 4.18	Isoenzym-Elektrophorese	105
o 4.19	Prostata-spezifische Phosphatasen	48

Die Positionen 4.07, 4.08 und 4.09 können von Fachärzten für Urologie bzw. Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten nur bei Vorliegen maligner Tumore (höchstens jeweils zweimal pro Patient und Quartal) verrechnet werden.

Gruppe 5 HARN(URIN)UNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentest incl. spezifisches Gewicht und photometrische Auswertung (mindestens 8 Parameter)	8
5.02	Streifentest im Harn (auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar)	4
5.03	Sediment (bei pathol. Hinweis aus Pos. 5.01 oder 5.02)	10
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	12
o 5.06	Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine) quantitativ	48
o 5.07	Porphobilinogen	24
o 5.08	Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	50
o 5.09	5-Hydroxyindolessigsäure	96
+ 5.10	Mikroalbumin	24
o 5.11	Gesamteiweißbestimmung	24
o 5.12	Elektrophorese der Harnproteine (nur bei Verdacht auf Paraproteinämie und erhöhter Eiweißausscheidung verrechenbar)	105
+ 5.13	Glukose	29
o 5.14	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN	24
o 5.15	Kreatinin	24
o 5.16	Harnsäure	29
o 5.17	Natrium	24
o 5.18	Kalium	24
o 5.19	Kalzium	24
o 5.20	Chloride	24
o 5.21	Phosphor	24
o 5.22	Kupfer	38
+ 5.23	Alpha-Amylase	24
o 5.24	Lysozym	72
	Katecholamine - siehe Gruppe 14	

Positionen 5.01 und 5.02 nicht nebeneinander verrechenbar.

Gruppe 6
KONKREMENTUNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
o 6.01	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes qualitativ	40

Gruppe 7
STUHLUNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
7.01	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten	50
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal), je Untersuchung (inkl. Testbriefchen)	8
o 7.03	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	52
o 7.04	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	52

Gruppe 8
SEKRETUNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
+ 8.01	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung -L.	40
+ 8.02	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung -L.	32
o 8.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen mit komplizierter Färbetechnik (z.B. Gram), 1. Präparat	24
o 8.04	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen mit komplizierter Färbetechnik (z.B. Gram), jedes weitere Präparat (max. 2 weitere je Patient und Quartal verrechenbar.	12
o 8.05	Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert, Verflüssigungszeit -G.U.	120
+ 8.06	Spirochätenuntersuchung (Dunkelfeld) -D.G.U.	29

Positionen 8.01 und 8.02 nicht nebeneinander verrechenbar.

Gruppe 9
PUNKTATUNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
9.01	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung	32
9.02	Sediment nativ und Färbepreparat	20
9.03	Bestimmung der Zellzahl	20
9.04	Mikroskopischer Kristallnachweis	16
9.05	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	28
o 9.06	Albumin	24
o 9.07	Gesamteiweiß-Bestimmung	24
o 9.08	Glukose	29
o 9.09	Harnsäure – O	29
o 9.10	LDH	24
o 9.11	CRP (C-reaktives Protein)-Test – Objektträger test	24

Positionen 9.01 und 9.02 nicht nebeneinander verrechenbar.

Gruppe 10
BLUTGRUPPENSEROLOGIE

Pos.Nr.		Punkte
10.01	Blutgruppenstatus: ABØ -System und Rhesusfaktor (nur mit Begründung, z.B. vor Operationen, bei Schwangerschaft, verrechenbar)	83
10.02	3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest (obligat durchzuführen und bei Anti-D negativen Schwangeren im Rahmen des MUKIPA)	76
10.03	Coombstest direkt	40
10.04	Coombstest indirekt	48

o	10.05	Kälteagglutinationsreaktion	24
o	10.06	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren (nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar)	77
o	10.07	Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration) (nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar)	38
o	10.08	AK-Differenzierung bei pos. Antikörpersuchtest (Pos.Nr. 10.02)	240

Gruppe 11

IMMUNOLOGISCH-SEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
o	11.01 Immunelektrophorese oder Immunfixation (nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar)	147
o	11.02 Kappa- und Lambdaketten quant.	63
o	11.03 Haptoglobine	53
o	11.04 Coeruloplasmin	53
o	11.05 α 1-Antitrypsin	53
o	11.06 α 2-Makroglobulin	53
o	11.07 Diagnosespezifischer Tumormarker (nur zur Verlaufskontrolle bei gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar)	63
o	11.08 Kombinierte Hepatitis B-Untersuchung (HBs-Antigen, HBs-Antikörper und HBc-Antikörper)	154
o	11.09 HBs-Antigen	43
o	11.10 HBs-Antikörper	43
o	11.11 HBc-Antikörper	77
o	11.12 HBc-IgM-Antikörper	100
o	11.13 HBe-Antigen	100
o	11.14 HBe-Antikörper	100
o	11.15 HAV-Antikörper	53
o	11.16 HAV-IgM-Antikörper (nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar)	118
o	11.17 Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	25
o	11.18 TPHA-Test	35
o	11.19 Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS)	42
o	11.20 19s (IgM) FTA-ABS-Test	50
	11.21 RF (Rheumafaktor)-Test-Objektträger test qualitativ	20
o	11.22 RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch quantitativ	36
	11.23 Antistreptolysin-O-Objektträger qualitativ	20
o	11.24 Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	36
	11.25 CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger test qualitativ	20
o	11.26 CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch quantitativ	36
o	11.27 Waaler Rose mit Titerbestimmung (nur bei positivem Rheumafaktor verrechenbar)	36
	11.28 LE (Lupus erythematoses)-Test-Objektträger test qualitativ	20
o	11.29 Reaktion nach Paul Bunell, Hanganutziu-Deicher	36
	11.30 Mononukleosetest als Objektträger test	20
+	11.31 Immunologischer Schwangerschaftstest quantitativ (nur bei Verdacht auf Extrauterin gravidität oder Blasenmole verrechenbar) -G.	48
o	11.32 Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	105
o	11.33 IgE	72
o	11.34 Suchtest auf mindestens 6 Allergene Bei positiven Suchtest (11.33) verrechenbar.....	240
o	11.35 Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	58
o	11.36 Anti-DNS	72
o	11.37 Hepatitis C AK (IgG oder IgM)	72
o	11.38 Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je	62
o	11.39 Mitochondriale Antikörper	96
o	11.40 Mikrosomale Antikörper	96
o	11.41 Thyreoglobulin Antikörper	96

Positionen 11.12, 11.13, 11.14:

Nur nach durchgeführtem Suchtest mit Begründung verrechenbar.

Gruppe 12
MIKROBIOLOGISCH-SEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
12.01	Nativpräparat	8
+ 12.02	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc -L.	16
+ 12.03	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung -L.	32
o 12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä., mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest	52
o 12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	52
o 12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate -D.	60
+ 12.07	Kultur auf Pilze -D.	52
o 12.08	Kultur auf Mykoplasmen	52
o 12.09	Kultur auf Protozoen	80
o 12.10	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger (maximal 2 Kulturen verrechenbar), je	26
o 12.11	Kultur auf Tbc einschließlich aller Färbepreparate	52
+ 12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) -D., U.	16
o 12.13	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	60
o 12.16	Brucella AK	32
o 12.17	Chlamydien – Antigen (EIA, IFT)	52
o 12.18	Echinokokken	52
o 12.19	Gruber – Widal (O- u. H-Antigen)	70
o 12.20	HIV-AK (Elisa)	52
o 12.21	HIV-Western-Blot, nur bei positivem HIV-AK (Elisa)-Test verrechenbar	130
12.22	Malaria – dicker Tropfen	40
o 12.23	Röteln HHT	42
o 12.24	Röteln-IgG- oder IgM-AK (EIA), je	60
o 12.25	Toxoplasmose (Sabin-Feldmann oder IFT)	52
o 12.26	Toxoplasmose KBR	42
o 12.27	Toxoplasmose IgM-Ak (EIA)	60
o 12.28	Zystizerkosen	52
o 12.29	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	96
o 12.30	Adeno-Viren KBR.....	48
o 12.31	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	72
o 12.32	Amöben-AK	48
o 12.33	Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	72
o 12.34	Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	96
o 12.35	Campylobakter KBR.....	48
o 12.36	Candida alb. HAT	48
o 12.37	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je.....	72
o 12.38	Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	72
o 12.39	Coxsackie-B KBR.....	48
o 12.40	Echinokokken HAT.....	48
o 12.41	Enteroviren KBR	48
o 12.42	Echoviren KBR	48
o 12.43	Epstein-Barr V. KBR.....	48
o 12.44	Epstein-Barr V. - IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	72
o 12.45	FSME HHT	48
o 12.46	FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	72
o 12.47	Gonokokken-Antigen (EIA)	72
o 12.48	Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je.....	72
o 12.49	Influenza A KBR	48
o 12.50	Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	72
o 12.51	Influenza B KBR.....	48
o 12.52	Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	72
o 12.53	Leptospiren (KBR, Aggl.T).....	48
o 12.54	Legionella KBR	48

o 12.55	Listerien KBR	48
o 12.56	Leishmaniose KBR, HAT	48
o 12.57	Malaria-AK (IFT)	72
o 12.58	Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	72
o 12.59	Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	72
o 12.60	Ornithose KBR	48
o 12.61	Pertussis KBR	48
o 12.62	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	72
o 12.63	Picornavirus KBR	48
o 12.64	Qu-Fieber KBR	48
o 12.65	Rota Viren KBR	48
o 12.66	Trichinose KBR	48
o 12.67	Trichinose IFT, EIA	72
o 12.68	Tularämie (KBR.Agg.T)	48
o 12.69	Varicellen-Zoster KBR	48
o 12.70	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	72
o 12.71	Yersinia KBR	48
o 12.72	Zytomegalie KBR	48
o 12.73	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	72
o 12.74	Zystizerkosen IFT	72
o 12.75	Helicobacter pyloricus (nicht gemeinsam mit Gastroskopie verrechenbar) - C.I. ...	72
o 12.76	Borrelien, IgG oder IgM-AK	72

Position 12.23: Nur bei Schwangerschaft verrechenbar.

Position 12.24: Nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar.

Position 12.26 Nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung und 12.27: verrechenbar.

Gruppe 13

KONZENTRATIONSBESTIMMUNGEN VON PHARMAKA

Pos.Nr.		Punkte
o 13.01	Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung, höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und Quartal verrechenbar)	63
o 13.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	63
o 13.03	Antiarrhythmika	63
o 13.04	Aminoglykoside (einmal pro Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar)	63
o 13.06	Theophyllin	72

Gruppe 14 HORMONE

Pos.Nr.		Punkte
o 14.01	Gesamt-T4 oder freies T4	50
o 14.02	Gesamt-T3 oder freies T3	50
o 14.03	TSH	60
	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation) – siehe Gruppe 15	
o 14.04	Chorion-Gonadotropin (b-HCG) nur zur Überwachung von Risikoschwangerschaften und Tumoren)	90
o 14.05	Aldosteron	86
o 14.06	Cortisol	86
o 14.07	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	86
o 14.08	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin) (höchstens zwei verrechenbar), je	86
o 14.09	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z.B. Vanillinmandelsäure, Methanephrene, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin) höchstens 2 verrechenbar, je	86
o 14.10	17-Ketosteroide im Harn	86
o 14.11	17-OH-Kortikosteroide im Harn	86
o 14.12	Luteinisierendes Hormon (LH)	86
o 14.14	Östradiol	86

o 14.15	Gesamt-Östriol oder freies Östriol	86
o 14.16	Parathormon	86
o 14.17	Plazenta-Laktogen (HPL)	86
o 14.18	Pregnandiol im Harn.....	86
o 14.19	Progesteron	86
o 14.20	Prolaktin	86
o 14.21	Testosteron	86
o 14.22	Wachstumshormon (STH)	86

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

Gruppe 15 FUNKTIONSPROBEN

Pos.Nr.		Punkte
+ 15.01	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens 3 Blut- und Harnzuckerbestimmungen)	84
+ 15.02	Kreatinin-Clearance endogen -U.	84
o 15.03	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	130

Position 15.03: Nur nach pathologischem T4- oder T3-Ergebnis verrechenbar.

Gruppe 16 HISTOLOGIE – ZYTOLOGIE

Pos.Nr.		Punkte
o 16.01	Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	80
16.02	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate*)	28
	<i>Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9</i>	
16.03	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate*)	24
o 16.04	Gefrierschnitt	72

*) Die Verrechenbarkeit dieser Positionen an den Nachweis der praktischen Ausbildung auf dem Gebiet der Zytodiagnostik im Sinne der Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 08.06.1983, BGBl.Nr. 328+329, gebunden. Der Nachweis ist gegenüber der Ärztekammer zu erbringen.

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärzte für Lungenkrankheiten, Fachärzte für Med. chem. Labordiagnostik und Fachärzte für Pathologie mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik“ haben keinen Nachweis zu erbringen.

Jene Vertragsärzte, die vor dem 01.01.1985 tatsächlich zytodiagnostische Leistungen abgerechnet haben, bleiben weiterhin in diesem Umfang zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.

Gruppe 18 ENTNAHME VON UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Pos.Nr.		Punkte
o 18.01	Blutentnahme aus der Vene	
o 18.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr (Bei Pos. 18.01 und 18.02 siehe Abschnitt A II Pos. 10a, 10b)	
o 18.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt (einmal pro Patientin und Quartal verrechenbar)	12
o 18.04	Abstrich je Abnahmestelle	6
o 18.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	8
o 18.06	Katheterismus der männlichen Harnblase	
o 18.07	Katheterismus der weiblichen Harnblase	
	(Bei Pos. 18.06 und 18.07 siehe Abschnitt A. X Pos. 38a, 38b)	
o 18.08	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	12
o 18.09	Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett	48

E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Dieser Tarif gilt nur für Vertragsfachärzte für Radiologie.
2. Die technische Einrichtung der Vertragsfachärzte für Radiologie muss den jeweils geltenden Bestimmungen der Österreichischen Ärztekammer entsprechen.
3. Die Untersuchungen und Behandlungen können nur über ärztliche Zuweisung erfolgen.
4. Die Kosten sämtlicher in der Röntgendiagnostik erforderlichen Kontrastmittel sind in den Unkosten nicht inbegriffen, sondern werden von der SVA getragen. Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Bundesland bestehenden Pools in natura beigelegt werden, werden sie vom Radiologen dem Patienten auf Kassenrezept verschrieben oder unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft abgerechnet.

Es wird festgestellt, dass zur Untersuchung folgende Bariumeinheiten à 50 g notwendig sind.

Für die Untersuchung von:	Magen und Duodenum	3 Einheiten
	Magen-Darmtrakt	6 Einheiten
	Oesophagus	3 Einheiten
	Irrigoskopie	6 Einheiten
	Appendix	3 Einheiten
		je Füllung.

5. Alle getätigten Leistungen sind unter Verwendung der aus dem Tarif ersichtlichen textlichen Bezeichnungen unter Angabe der Positionsnummern zu verrechnen, andernfalls werden in Zweifelsfällen die Leistungen nach der jeweils niedrigeren Position honoriert. Bei Verrechnung von Röntgentherapie ist die Zahl der durchgeführten Sitzungen anzugeben. Bei Verrechnung von röntgendiagnostischen Leistungen ist die Größe und Anzahl der Filme und die Art der Durchleuchtung anzugeben.
6. Bei Zahnstatus dürfen höchstens 12 Filme, d.s. 6 Filme je Kiefer verwendet werden.

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Pos.-Nr.	Honorar	Punkte
----------	---------	--------

Für die ärztliche Tätigkeit bei der Röntgenuntersuchung im Zuge der Durchleuchtung oder Aufnahme eines Organes beträgt das Honorar:

R 1a	Für die erste röntgenologische Leistung am gleichen Tage	24
R 1b	Für jede weitere röntgenologische Leistung	13

Das erste Honorar wird bei der ersten röntgenologischen Leistung berechnet. Auch die Durchleuchtung gilt als selbständige Leistung. Für jede weitere Aufnahme bzw. Durchleuchtung ist das Honorar von 13 Punkten zu rechnen. Bei Zahnfilmen kommen für den 1. bis 3. Film das erste Honorar (24 Punkte), für je weitere 3 Zahnfilme das weitere Honorar (13 Punkte) in Anrechnung.

Pos.-Nr.		Punkte
3.	Sonderleistungen:	
R 3a	Darkeinlauf	12
R 3b	Fistelfüllung	8
R 3c	Füllung der Blase	10
R 3d	Subcutane Injektion	4
R 3e	Intramuskuläre Injektion	4
R 3f	Intravenöse Injektion	6
R 3g	Intraarterielle Injektion	20

R 3h	Intraarticuläre Injektion (kleine Gelenke)	30
R 3i	Intraarticuläre Injektion (große Gelenke)	50
R 3k	Intravenöse Injektion von Kontrastmitteln bei Pyelographie, Cholangiographie, Cholecystographie und Cholecystangiographie, je	12

Falls andere Sonderleistungen im Zusammenhang mit der Durchführung einer Röntgenleistung durch den Facharzt für Radiologie durchgeführt werden, sind sie nach dem Tarif für Fachärzte zu verrechnen.

Unkosten

Pos.-Nr.		Punkte
4.	Durchleuchtungen:	
R 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	15
R 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei	20
R 4c	Dreimalige Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei	45
R 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	32
R 4e	Motilitätsprüfung	20
R 4f	Zuschlag zur Pos. R 4a und R 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	13
R 4g	Zuschlag zur Pos. R 4b, R 4c und R 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	19

5. Aufnahmen:

R 5a	Format 9x12	15
R 5b	Format 13x18	19
R 5c	Format 18x24	23
R 5d	Format 15x40	25
R 5e	Format 24x30	28
R 5f	Format 30x40	36
R 5g	Format 35x35	38
R 5h	Zahnfilm	7
R 5i	Format 35x43	40
R 5j	Format 30x90	57

Bei der Mammographie sind als erhöhte Unkosten 10 Punkte pro Film (maximal für 3 Filme pro mamma) verrechenbar.

6. Zuschläge für langdauernde und subtile Untersuchungen

R 6a	Zuschlag für Infusionspyelographie, Infusionscholangiographie, Infusionscholecystographie, Infusionscholecystangiographie, je	30
R 6b	Zuschlag für Irrigoskopie	10

RÖNTGENTHERAPIE

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

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

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

Beispielsweise gilt als Stelle:

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

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

Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS, BWS, LWS).

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

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

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

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

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
9. Tarifgruppe I: 80 Punkte			
R 9a	Akne	2-6	4
R 9b	Blepharoconjunctivitis	2-6	4
R 9c	Congelatio der Hände oder der Füße	2-6	4
R 9d	Ekzem, chronisch und mykotisch	2-6	4
R 9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem, Otitis externa)	2-6	4
R 9f	Encephalitis chronica	2-6	4
R 9g	Epididymitis	2-6	4
R 9h	Epilepsie	2-6	4
R 9i	Erysipel	2-6	4
R 9k	Erythema induratum Bazin	2-6	4
R 9l	Furunkel, unspezifische Lymphadenitis	2-6	4
R 9m	Intertrigo	2-6	4
R 9n	Lichen Vidal und ruber planus	2-6	4
R 9o	Migräne	2-6	4
R 9p	Mikulicz'sche Erkrankung	2-6	4
R 9q	Mykosis fungoides	2-6	4
R 9r	Paronychie	2-6	4
R 9s	Periodonitis	2-6	4
R 9t	Periones	2-6	4
R 9u	Poliomyelitis	2-6	4
R 9v	Pruritus	2-6	4
R 9w	Psoriasis mit Thymus	2-6	4
R 9x	Scrophuloderma	2-6	4
R 9y	Thymushyperplasie	2-6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung	2-6	4
10. Tarifgruppe II: 130 Punkte			
R 10a	Agranulocytose	6	3
R 10b	Aktinomykose der Haut	3-4	5
R 10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke	4-6	3
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)	4-6	3
R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6-8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen)	1	1
R 10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	6*)	2
R 10i	Mastitis acuta	3-6	3
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R 10l	Morbus Werlhof	3	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis	4-6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4-6	2
R 10o	Schweißdrüsenentzündung	4-6	3
R 10p	Tbc der Haut	3-4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten	2-6	4
R 10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4-6	4

R 10s	Tbc des Kehlkopfes	6	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R 10u	Thrombophlebitis	4-6	3
R 10v	Warzen (auch multiple)	2-6	2
R 10w	Condylomata acuminata	3-4	3
R 10x	Alopecia areata	5	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangiome)	2-4	3

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

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
----------	--	-------------------------------	-------------------------------

11. Tarifgruppe III: 180 Punkte

R 11a	Aktinomykose mitteltiefer und tiefer Sitz	3-4	5
R 11b	Asthma bronchiale	6	3
R 11c	Clavus	2	3
R 11d	Herpes zoster, Neurodermatitis	4-6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3-5	4
R 11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie	4-6	3
R 11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3-6	3
R 11i	Morbus Paget und Bechterew	4-6	2
R 11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
R 11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2-8	3
R 11m	Osteomyelitis	4-6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4-6	3
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2-4	3
R 11p	Tbc des Darmes	6	4
R 11q	Tonsillarhyperthrophie und Tonsillitis chron.	3*)	3
R 11s	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4-6	4
R 11t	Schloffertumor	6	3
R 11u	Karbunkel	3-4	3

12. Tarifgruppe IV: 280 Punkte

R 12a	Himndrucksymptome Plexus (chorioideusbestrahlung)	3	3
R 12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
R 12d	Prostatahyperthrophie (bei kontraindizierter Operation)	6-8	3
R 12e	Tbc peritonei	2	4

13. Tarifgruppe V: 310 Punkte

R 13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4*)	3
R 13b	Kastrationsbestrahlung	4*)	2
R 13c	Leukämie, Fernbestrahlung	8	3
R 13e	Myoma uteri, Endometriose	4*)	3
R 13f	Papillomatose des Larynx	8	2
R 13g	Polycythämie	8	2
R 13h	Totalbestrahlung nach Mallet	10	2

14. Tarifgruppe VI: 340 Punkte

R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, der Lippen, der Wangenschleimhaut, ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes)	2-10	3 (4)
R 14b	Kraurosis vulvae	3	3
R 14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	3	4
R 14d	Wirbelhämangiome	6-10*)	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
15. Tarifgruppe VII: 530 Punkte			
R 15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	8–12	4 (5)
R 15b	Melanoblastoma mal.	10–20	3 (4)
R 15c	Fraktionierte Bestrahlung der Lympho-, Leuko- und Retothelsarkomatosen	8–12*)	3
16. Tarifgruppe VIII: 770 Punkte			
R 16	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	13–24	3 (4)
17. Tarifgruppe IX: 1380 Punkte			
R 17	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	25–40	2 (3)
18. Tarifgruppe X: 2100 Punkte			
R 18	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	41–75	1 (2)

Die bei R 14a, 15–18 in Klammer angegebene Maximalzahl der Serien wird nur bei entsprechender medizinischer Begründung anerkannt.

Bei der Abrechnung der Pos. R 15–18 ist vom Arzt die verabfolgte Gesamtdosis anzugeben.

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

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

20. Buckybestrahlung:

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

21. Radiumtherapie:

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

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

1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass

MU 1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 18,02

MU 5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MI 1	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 11,55
MS 1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
	<i>Im Zeitraum 1.4.2002 bis 1.1.2004 auch zwischen der 16. und 20. Schwangerschaftswoche durchführbar.</i>	
MS 2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS 3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
KN 1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	€ 17,88
KU 1	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 21,80
KU 2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat	€ 21,80
KU 3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 21,80
KU 4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 21,80
KU 5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KU 6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 21,80
KU 7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat	€ 21,80
KU 8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat	€ 21,80
KO 1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 11,55
KH 1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 17,95
	<i>Im Zeitraum 1.1.2002 bis 1.1.2004 auch im Rahmen der KU 2 zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat durchführbar.</i>	
KA 1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 17,95
KA 2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KS 1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshöften in der 1. Lebenswoche	€ 29,07
KS 2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshöften zwischen der 6. und 8. Lebenswoche	€ 29,07
	<i>Im Zeitraum 1.4.2002 bis 1.1.2004 auch zwischen der 12. und 16. Lebenswoche durchführbar.</i>	

2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen

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

ERGO.....	Punkte
	136,5

Neben dieser Honorarposition sind keine gesonderten elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.

Punktwerte

Abschnitte der Punktwerte ab

Honorarordnung 1.6.2010

A.	I bis X (ohne 34a bis 34f, 35b, 35e, 35f und 36a bis 36f), B. und E. (R3a-R3k und R22a)	€ 0,6813
A.	VIII (34a bis 34f)	€ 0,5321
A.	XII Sonographische Untersuchungen Ergometrische Untersuchung	€ 0,5218
A.	IX (35b, 35e, 35f und 36a bis 36f)	€ 0,6499
A.	XI und C.	€ 0,5115
A.	XIII und E. (R4a-g, R5a-R5j)	€ 0,4690
D.	(für FÄ f. nichtklinische Medizin)	€ 0,1729 ³⁾
D.	(für alle übrigen Ärzte)	€ 0,2217 ¹⁾
D.	(für alle übrigen Ärzte)	€ 0,2507 ²⁾
E.	(R1a, R1b, R6a und R6b)	€ 0,5880
E.	(R9-R18 und R20a)	€ 0,5157

- 1) für Ärzte aller Fachgebiete (ausgenommen Fachärzte für med. und chem. Labordiagnostik), die pro Jahr mehr als 11.000 Laborparameter mit der SVA abgerechnet haben sowie für an Laborgemeinschaften beteiligte Ärzte (ausgenommen Fachärzte für med. und chem. Labordiagnostik), sofern die Laborgemeinschaft pro Jahr mehr als 11.000 Laborparameter für Anspruchsberechtigte der SVA durchgeführt hat.
- 2) für Ärzte aller Fachgebiete (ausgenommen Fachärzte für med. und chem. Labordiagnostik), die pro Jahr bis zu 11.000 Laborparameter mit der SVA abgerechnet haben sowie für an Laborgemeinschaften beteiligte Ärzte (ausgenommen Fachärzte für med. und chem. Labordiagnostik), sofern die Laborgemeinschaft pro Jahr bis zu 11.000 Laborparameter für Anspruchsberechtigte der SVA durchgeführt hat.
- 3) für Fachärzte für med. und chem. Labordiagnostik, die pro Jahr mehr als 11.000 Laborparameter für Anspruchsberechtigte der SVA durchgeführt haben. Ab 1.1.2011 5%ige Absenkung durch Änderung der Bewertung der einzelnen Parameter.

Die Teilnahme an einer Laborgemeinschaft sowie deren Adresse ist der SVA zu melden.

