

<http://www.bvaeb.sv.at>

**Hauptstelle**  
Josefstädter Straße 80  
1081 Wien, Postfach 500



**Versicherungsanstalt**  
öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

BVAEB, 1081 Wien, Postfach 500

**Einschreiben**  
Österreichische Ärztekammer  
Weihburggasse 10-12  
1011 Wien

Zahl: 8262/9-H-2020-04

Bearbeiter/in:  
Mag. Josef Kandlhofer  
Tel.: 050405-20405 Fax: 050405-20409  
[josef.kandlhofer@bvaeb.sv.at](mailto:josef.kandlhofer@bvaeb.sv.at)

Datum: 30.06.2020

**Betrifft: Arztvertrag;  
Änderungen betreffend Verrechnungsbestimmungen,  
gültig von 1.7. bis 31.12.2020**

Bezug: Ihr Schreiben vom 11.5.2020, Zei.: JS, MM/Ha

Für Leistungen im Zeitraum vom 1.7.2020 bis 31.12.2020 gelten nachfolgende Änderungen (Fett-  
druck) betreffend Verrechnungsbestimmungen der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin  
und Fachärzte:

#### 1. Verrechnungsbeschränkungen:

„J1 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt ..... € 13,7729

*Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für  
Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen,  
die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen  
Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 50 % der Fälle pro Jahr. Die  
Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren.*

*Erläuterungen zum Positionstext:*

- 1. Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten.*
- 2. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements.*
- 3. Telefonische und persönliche 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.*

Öffnungszeiten: Mo-Do 8:00-14:00 Uhr, Fr 8:00-13:00 Uhr, Kundengarage Einfahrt Uhlplatz 2, Öffentl. Verkehrsmittel: Linien: U6, 2, 5, 33

Informationen nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer  
personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter [www.bvaeb.sv.at/Datenschutz](http://www.bvaeb.sv.at/Datenschutz)

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

ab 1.4.2019 ..... € 13,2990

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 und die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie berechtigt.
- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 50 % der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 10 % der Behandlungsfälle pro Quartal und von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 40 % 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. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos. Nr. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. Nr. 36a innerhalb eines Monats 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 Abrechnungsmonates ist ausgeschlossen.

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch

ab 1.4.2019 ..... € 19,9178

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 differenzialdiagnostischen 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. ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 75 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

15h	Allergologische Exploration .....	8
	<i>In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>	AM.D.K.H.L.
28b	Versorgung mit Heilbehelfen für den Stützapparat und Bewegungsorgane sowie deren Kontrolle .....	18
	<i>in maximal 50 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	O.
30j	Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung .....	4
	<i>in maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	G.
32g	Otomikroskopische Untersuchung.....	8
	<i>höchstens in 50 % der Behandlungsfälle verrechenbar</i>	H.
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung .....	18
	<i>in max. 75 % der Fälle verrechenbar; max. 2 mal pro Patient und Monat</i>	H.
32i	Otoakustische Emissionen .....	19
	<i>in maximal 25 % der Behandlungsfälle verrechenbar</i>	H.
34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6).....	43,3431
	<i>für Fachärzte für Lungenheilkunde in maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	I.K.L.
34x	24-Stunden Blutdruckmonitoring .....	42,4768
	<i>verrechenbar in 30 % der Fälle bei Vorliegen folgender Indikationen:</i>	AM.I.
	a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:	
	- bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtetes	
	durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung	
	b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei	
	- sekundärer Hypertonie	
	- Praeeklampsie - Schlafapnoe	
	- hypertoner Herzhypertrophie	
	c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:	
	- bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch)	
	- nach Schlaganfall, Herzinfarkt	
	- mit Herzinsuffizienz	
	- mit echokardiologisch festgestellter Linkshypertrophie	
	- mit Diabetes mellitus	
	- mit fehlender Rückbildung von Organschäden	
	- mit Wechselschichtdienst	
	- mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer Schwindel)	
	- zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie	
	- bei Schwangeren mit EPH-Gestose	

für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;

verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.

Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

34y	Langzeit-EKG .....	84,9536	
	(Anlegen des Gerätes, 24-Stunden Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)		I.
	verrechenbar in <b>30 %</b> der Fälle;		
	<i>für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;</i>		
	<i>verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden.</i>		
	<i>Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.</i>		
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) .....	17	
	<i>einmal pro Fall und Quartal in <b>25 %</b> der Fälle verrechenbar</i>		K.
	<i>nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>		
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) .....	17	
	<i>in maximal <b>20 %</b> der Fälle im Quartal verrechenbar</i>		K.
	<i>nicht gemeinsam mit Pos 34t, 34u und 34v verrechenbar</i>		
34z	Somatogramm .....	9	
	<b><i>in maximal 30 % der Fälle im Quartal verrechenbar</i></b>		K.
34k	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung .....	64	
	<i>in maximal <b>35 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>		L.
	<i>Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten: Respiratory disturbance Index (RDI),</i>		
	<i>Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung.</i>		
	<i>Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungsächte),</i>		
	<i>die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die</i>		
	<i>Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundauswertung.</i>		
34s	Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina .....	20,5	
	<i>in maximal <b>50 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>		L.
35h	Psychiatrische Skala: HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala .....	31	
	<i>in maximal <b>25 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>		N.
37b	ENG .....	56	
			N.
37c	EMG .....	56	
			N.
37d	ENG + EMG .....	91	
	<i>Die Pos. Nm. 37b bis 37d können in <b>25 %</b> der Fälle eigener Patienten pro</i>		N.
	<i>Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der</i>		
	<i>Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.</i>		
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion .....	3	
	<i>höchstens verrechenbar in <b>75 %</b> der Fälle pro Quartal, 6 Läsionen pro Patient und Jahr</i>		D.
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung .....	21	
	<i>höchstens in <b>75 %</b> der Fälle im Quartal verrechenbar</i>		U.
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video) .....	393,53	
	<i>1x pro Diagnose in max. <b>20 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>		KJP.
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik .....	196,76	
	<i>2x pro Diagnose max. alle 2 Jahre in max. <b>20 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>		KJP.
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung .....	196,76	
	<i>max. in <b>50 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>		KJP.
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) .....	196,76	
	<b><i>1x pro Jahr in max. 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i></b>		KJP.
45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten .....	19,90	
	<i>Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. In maximal <b>25 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>		P.
45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten .....	39,79	
	<i>In maximal <b>40 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>		P.

SP9a	Sonographie der kindlichen Hüfte vom 2. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei Coxitis fugax.....	35,8775
	<i>in maximal 15 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	K.
DS5	Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung .....	59,2650
	<i>in maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar; Fälle, die ausschließlich zur Transcraniellen Dopplersonographie zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung, in diesen Fällen gebührt keine Grundleistungsvergütung“</i>	N.

2. Degressionsregelungsänderung (Besonderen Bestimmungen Abschnitt XII. Sonographische Untersuchungen):

- „5. Sonographische Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin und Urologie werden mit 70 % des entsprechenden Eurowertes honoriert, wenn die Anzahl der vom Arzt innerhalb eines Abrechnungsmonats abgerechneten Sonographieuntersuchungen die nachstehenden Werte übersteigt:

	BVAEB-Öffentlich Bedienstete	BVAEB-Eisenbahn Bergbau
Fachärzte für Gynäkologie	33	14
Fachärzte für Innere Medizin	54	27
Fachärzte für Urologie	131	70“

3. Interpretation der Pos.Nr. C1:

Werden bei einem Krankenbesuch in einem Alters- oder Pflegeheim mehrere Anspruchsberechtigte der BVAEB behandelt, kann das Besuchshonorar nur einmal verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Zusätzlich zum Ordinationshonorar ist für Corona-bedingt länger dauernde Krankenbesuche die Position C1 „Zuschlag für Zeitversäumnis“ abrechenbar.

4. Interpretation der Pos.Nrn. 19y und 19z bzw. 19x

Die gleichzeitige Abrechnung der Position E3 „weitere Ordination“ wird in Verbindung mit einer Koloskopie (Pos. 19y bzw. 19z) bzw. einer Gastroskopie (Pos. 19x) akzeptiert.

5. Ausgabenbegrenzung:

Die aus den vereinbarten Maßnahmen resultierenden Aufwände werden mit EUR 15 Mio. begrenzt. Die Gesamtentwicklung von Leistungsanzahl und Honoraren unterliegt einer engmaschigen Beobachtung. Lässt diese im Endergebnis eine Überschreitung erwarten, sind geeignete Maßnahmen zu deren Hintanhaltung zu vereinbaren.

6. Diese Vereinbarung gilt für den Zeitraum vom 1.7.2020 bis 31.12.2020.

Wien, am .....

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

  
Dr. Norbert Schnedl

Obmann



  
Dr. Gerhard Vogel

Leitender Angestellter


Wien, am 5.8.2020

Österreichische Ärztekammer

Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte

  
VP MR Dr. Johannes Steinhart

Obmann

  
a.o. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

Präsident

7