

11. Zusatzprotokoll

zum Gesamtvertrag vom 01.06.2010

abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft andererseits in der Fassung des 10. Zusatzprotokolles.

I.

1. Die Honorarordnung wird wie folgt geändert:

Punkt 5. und 9. der Allgemeinen Bestimmungen lauten wie folgt:

„5. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIV angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.

9. Die nachstehenden in der Honorarordnung angeführten Leistungen werden nur dann honoriert, wenn die vertraglich vorgesehene Begründung im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) angeführt ist:

TA gleichzeitig mit den Positionen 36d, 36e und 36f; PS gleichzeitig mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e und 36f; 12a, 12b, 12c, 12d, 13a, 13b, 13d, 22c, 22f, 22g, 22j, 22n, 38j, 10.01, 11.12, 11.13, 11.14.“

Der Anmerkungstext im Abschnitt A. I. Grundleistungen 1. Ordinationen (Arzt für Allgemeinmedizin) wird um folgenden Satz ergänzt:

„Von den Pos.-Nrn. A3 bis A5 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.“

Der Anmerkungstext im Abschnitt A. I. Grundleistungen 2. Visiten (Arzt für Allgemeinmedizin) wird um folgenden Satz ergänzt:

„Von den Pos.-Nrn. B3 bis B5 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.“

Ziff. 2 des Anmerkungstextes im Abschnitt A. I Grundleistungen 9.2 Heilmittelberatungsgespräch wird wie folgt geändert:

„2. Das Heilmittelberatungsgespräch kann von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 12% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 9% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechnungsberechtigten Vertragsfachärzten in höchstens 7% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum abgerechnet werden.“

Lit. f) und g) des Anmerkungstextes im Abschnitt A. II. Diagnose- und Therapiegespräche 1. TA wird wie folgt geändert:

- „f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 33% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 5% der Behandlungsfälle pro Quartal und den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.“

Folgender Anmerkungstext im Abschnitt A. III. Allgemeine Sonderleistungen zu den Pos.-Nrn. 11a und 11b wird gestrichen:

„Bei Serieninjektionsbehandlung ist die Position 11a und 11b ab der vierten Injektion neben der Ordinations- bzw. Besuchsgebühr nicht verrechenbar, ausgenommen bei antituberkulösen Injektionskuren.“

Im Abschnitt A. V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie 25. Wundversorgung wird folgende Anmerkung ergänzt:

„Für Wundversorgungen bei Kindern unter 6 Jahren ist zu den Pos.-Nrn. 25a, 25b und 25c ein Zuschlag in Höhe von 50% verrechenbar.“

Im Abschnitt B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte wird die allgemeine Regelung zum Operationshonorar wie folgt geändert:

„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. Gleiches gilt für Behandlungen von Kindern unter 6 Jahren.“

Im Abschnitt A. VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde wird bei Pos.-Nr. 34f folgende Anmerkung ergänzt:

„nur in Verbindung mit Visiten verrechenbar“

Im Abschnitt A. X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie wird bei Pos.-Nr. 38m folgende Anmerkung ergänzt:

„nur einmal am Tag verrechenbar“

Im Abschnitt A. XII. Sonographische Untersuchungen wird Punkt 5. der Besonderen Bestimmungen wie folgt geändert:

- „5. Jene sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin und Radiologie, die innerhalb eines Kalendervierteljahres die nächstehenden Werte übersteigen, werden mit 70 % des durchschnittlichen Tarifes honoriert:
- | | |
|------------------------------|----|
| Fachärzte für Gynäkologie | 32 |
| Fachärzte für Innere Medizin | 69 |
| Fachärzte für Radiologie | 94 |

Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Endabrechnung auf Basis des Kalenderjahreswertes im Ausmaß des vierfachen Wertes des Kalendervierteljahres.

Im Abschnitt A. XII. Sonographische Untersuchungen wird bei Pos.-Nr. DS 2 folgende Anmerkung ergänzt:

„Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.“

2. Die Texte und/oder Anmerkungen und/oder Bewertung nachfolgender Positionen werden wie folgt geändert:

	Punkte
A2 Weitere Ordination	18
A3 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	18
A4 Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	18
A5 Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	27
B1 Erster Krankenbesuch	59,5
einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. A1 verrechenbar.	
B2 Weiterer Krankenbesuch	48
B3 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	31
nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar	
B4 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	31
Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.	
B5 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	52
1j Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt	23
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 15 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.	
HMG Heilmittelberatungsgespräch.....	Euro 12,00
TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil....	25
PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch.....	Euro 24,00
7c ausführlicher Befundbericht	
Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden.	15
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.	
Die Honorierung erfolgt nur, wenn die Vertragspartnernummer des Zuweisers oder der Name des Arztes, für den der Befund bestimmt ist, im Begründungsfeld des elektronischen Abrechnungssatzes angegeben wird.	
9a ein Doppelkilometer bei Tag	Euro 2,00
9b ein Doppelkilometer bei Nacht	Euro 3,00
10a Blutabnahme aus der Vene	8

11a	Subcutane, intracutane Injektion	2
	pro Ordination bzw. Besuch können intracutane Injektionen nur als eine Injektion verrechnet werden (Quaddelbehand- lung).	
11b	intramuskuläre Injektion	2
11q	Krampfaderverödung pro Injektion	6
	maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung	
13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion	10
	nur bei einer Infusionsdauer über 30 Minuten verrechenbar	
18a	Kälteanaesthesie, Oberflächenanaesthesie	2
	je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar; nicht verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde und Urologie	
18c	Infiltrationsanaesthesie	10
	je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar	
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes	20+RI
19e	Endoskopische Untersuchung der Harnblase (Zystoskopie)	35+RI
	nicht am selben Tag mit 19i, 19k, 19l und 19p verrechenbar	
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie) ...	45+RI
	nicht am selben Tag mit 19e, 19k, 19l und 19p verrechenbar	
19k	Endoskopische Untersuchung der Harnblase mit Funktions- prüfung (Chromozystoskopie)	60+RII
	nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19l und 19p verrechenbar	
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
	nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19p verrechenbar	
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmaskopie)	85+RI
	<i>Nicht neben Pos. 19s und 19sp 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
	nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19l verrechenbar	
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums, mittels Fiberglasinstrumentes (Gastroskopie, Duodenumskopie)	228+RIII
19s	Koloskopie exklusive Polypenabtragung.....	314+RIII
19sp	Koloskopie inklusive Polypenabtragung	400+RIII

Anmerkung zu Positionen 19r, 19s und 19sp

Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der ÖÄK über die Durchführung gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskopwaschmaschine“).

Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Koloskopien ist, dass in mindestens 90% der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der SVA übermitteln.

Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Koloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht bei Zuweisung, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie notwendigen Medikamente (zB für die Darmreinigung, Sedativa etc.), die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe diese in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Patient seine Zustimmung erteilt hat.

Sind am gleichen Tag neben der Gastroskopie bzw. Koloskopie auch andere kurative Leistungen zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen, sofern diese nicht in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie stehen.

Zuzahlungen zur Gastroskopie bzw. Koloskopie sind weder zu fordern noch entgegenzunehmen.

22a	Bestimmung des Astigmatismus nach Javal bzw. Skiaskopie	8
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer	8
	bei Kindern bis zu 14 Jahren bei gleichzeitiger Verrechnung mit 22a nur mit Begründung verrechenbar	
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	10
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe	15
	maximal 3x am Tag mit Begründung Tagesdruckkurve bei Glaukom bzw. Glaukomverdacht verrechenbar	
22k	Untersuchung mit dem Exophtalmometer	10
22o	Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest, Tränenauflöszeit, Vitalfärbungen)	5
32g	Otomikroskopische Untersuchung (nur in maximal 35 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
	die Untersuchung umfasst beide Ohren	
33d	Hintere Nasentamponade	50
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	14
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria	13
	<i>Einmal pro Kalendervierteljahr verrechenbar</i>	
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	7
	Pos.Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar	
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert) mit graphischer Darstellung - L.....	
	Pos.Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar; die Indikation ist anzugeben	17
34n	Bronchospasmolysetest (wie 34m – incl. Inhalation eines Broncholytikums) – AN, L.....	
	die Indikation ist anzugeben	17
35h	ENG (Elektroneurographie)	68
35i	EMG (Elektromyographie)	68
35j	ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie).....	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.	

37g	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 40% der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
37i	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (exkl. Punktionsnadeln)..... einmal pro Tag verrechenbar; die Kosten für die Punktionsnadel sind, sofern sie nicht als proordinatione zur Verfügung gestellt wird gesondert verrechenbar	150
38i	Einbringung von Medikamenten in die Harnröhre	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	6
38q	Urologische Schleimhutanästhesie..... nur verrechenbar bei Pos.19e, 19i, 19k, 19l, 38c, 38e, 38f	4
EK1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM Registrierung (inkl. Befunderstellung) – I, Kinderkardiologen	70
EK2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler – I, Kinderkardiologen	148
	Verrechenbar in folgenden Indikationen: Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien; Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes; Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.	
O33e	Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1,7fach) ...	H
ERGO	Ergometrie inkl. EKG	138

3. Folgende Positionen werden gestrichen:

	Punkte	
11e	Eigenblutinjektion	10
	(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	
11f	Intraarterielle Injektion	20
11g	Intracardiale Injektion	15
11h	Subconjunctivale Injektion	7
11i	Parabulbäre Injektion	6
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
12c	Praesacrale Infiltration (nach Pendl)	80
13e	Erste intravenöse Novocain-Infusion	35
13f	Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion	12
13g	Intraarterielle Infusion	40
15a	Diagnostische Impfung	6
	(Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest, o.ä. Allergietests)	
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
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	15
18e	Intravenöse Narkose	30
21b	Setzen von Blutegehn und Saugapparaten	10
22b	Skioskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	10
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	10
22e	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	
	Bei einer gleichzeitigen Verrechnung mit 22f nur mit Begründung verrechenbar	10
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht	3
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie beidseitig	5
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	14
34i	Phonokardiographie	40
	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.	
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
37k	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln) ab der dritten Biopsie je	
	(bis maximal vier weitere verrechenbar, darüber mit medizinischer Begründung)	15
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
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde	10
38v	Hautfunktionsprüfung als Läppchenprobe	6
38z	Photochemotherapie, je Behandlung,	14,9
O1b	Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern	A.C.D
O1g	Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege (einmal im Abrechnungszeitraum verrechenbar)	A.
P 2a	Einzelheilgymnastik	13
P 2c	Heilgymnastik in der Kleingruppe	5
P 2d	Extensionsbehandlung der Halswirbelsäule mit der Glisson- schlinge	15
P 2f	Extensionsbehandlung der Brust-, Lenden-, Wirbelsäule mit Spezialgeräten	30
4. Folgende Positionen werden in die Honorarordnung aufgenommen:		
		Punkte
15c	Allergologische Impfung (Desensibilisierung) inkl. Beratungsgespräch	10
	1 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der	

	Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.	
15d	Allergologische Impfung (Desensibilisierung) ohne Beratungsgespräch Maximal 3 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.	4
19j	Endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes	20+RI
21h	Abstrich	4
22hx	Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille (nicht am gleichen Tag mit 22hy verrechenbar)	8
22hy	Fundus ohne medizinisch erweiterter Pupille (nicht am gleichen Tag mit 22hx verrechenbar)	5
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie 1 x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar, nicht gemeinsam mit 22g verrechenbar	45
22q	Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	60
22r	Entfernung kleiner Geschwulste an den Lidern	60
30j	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr maximal in 5% der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar. mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, ...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.	19
30k	Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie verrechenbar einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar.	19
30l	Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in der Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz verrechenbar in maximal 6% der Fälle pro Arzt und Quartal, nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung	12
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung In maximal 50% der Fälle verrechenbar, maximal 2 mal pro Patient und Monat	25
32i	Otoakustische Emissionen in maximal 9% der Fälle verrechenbar	25
ZK	Zuschlag für die Behandlung von Kindern vor dem vollendeten 6. Lebensjahr durch Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	3
34d	Langzeit EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung) In maximal 10% der Fälle pro Arzt und Monat verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Gerätenach-	168

weises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Ein Durchschlag des Befundes ist 3 Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisungen innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundleistung, möglich.

34e 24-Stunden Blutdruckmonitoring..... 65

Indikationen der Verrechenbarkeit:

- 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

Medizinische Erläuterungen:

Untersuchungshäufigkeit:
Einmal zur Diagnostik
Ein- bis mehrmalige Kontrolluntersuchung(en) bei ungenügender medikamentöser Einstellung

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der SVA im Einvernehmen der Ärztekammer hiezu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsbe-
rechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.

Weiters gilt:

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

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist für Fachärzte für Innere Medizin mit 3% der Fälle limitiert.

34q Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe - L..... 60
Alle Untersuchungen zusammen können in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal abgerechnet werden

34t	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile Cerebralschädigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	42
	nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar	
34u	Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation)	22
	einmal im Monat verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar	
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	22
	einmal pro Fall und Quartal in maximal 10% der Fälle verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar	
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	22
	in maximal 8% der Fälle im Quartal verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos.38t, 38u und 34v verrechenbar	
34z	Raucherberatung mit dem Ziel der Entwöhnung	19
	Nicht am selben Tag mit Pos. TA verrechenbar; verrechenbar in maximal 20% der Fälle pro Arzt und Quartal	
35g	Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala - AM	20
	maximal einmal pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar.	
37a	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Erstsitzung K, H, L	35
	Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.	
37b	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung) K, H, L	12
	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.	
37c	Epicutan-Standardtest (derzeit 27 Proben) oder Sonderabtestung bis 25 Proben; Erstsitzung	47
	Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.	
37d	Epicutan-Test, Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung zur Position 37c)	12
	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar	
37e	Epicutan-Sonderaustestung über 25 Proben inkl. allfälliger Nachttestung	94
	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar	
Weiters gilt für die Positionen 37a bis 37e:		
a)	Die Position 37c ist im selben Quartal nicht neben der Position 37e verrechenbar.	
b)	Das Honorar für die Positionen 37a bis 37e beinhalten Anamnese, Austestung, Auswertung und Abschlussgespräch; die Verrechnung der Position TA ist gleichzeitig nicht möglich	
37f	Zuschlag zu den Positionen 37a bis 37e für erhöhten Beratungsaufwand zur Allergieerkrankung K, H, L,	22
	Das Beratungsgespräch hat länger als 12 Minuten zu dauern. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich. Verrechenbar in maximal 5% der Positionen 37a bis 37e.	
P 2g	Bewegungstherapie-Einzeltherapie (mind. 30 Min.)	39

P 2h Bewegungstherapie-Einzeltherapie (mind. 20 Min.)	26
P 2i Bewegungstherapie-Gruppentherapie (mind. 30 Min.)	10
P 2j Unterwasserheilgymnastik-Einzeltherapie (mind. 30 Min.)	43
P 2k Unterwasserheilgymnastik-Gruppentherapie (mind. 30 Min.)	12

II.

Die Überschrift des Abschnittes IX der Honorarordnung lautet: „SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE“

Bei den Positionen 35h, 35i und 35 j entfällt die Anführung des Abkürzungsschlüssels „N“. Bei der Position 35f wird der Abkürzungsschlüssel „PSY“ ergänzt.

Nach dem Abschnitt Xa wird folgender Abschnitt Xb eingefügt:

„Xb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Abrechnungsberechtigt sind ausschließlich Fachärzte mit FG-Code 20 lt. DVP Kapitel C.1. Somit Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, wenn diese schwerpunktmäßig psychiatrisch tätig sind.
2. Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für den gleichen Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung abrechenbar. Ausgenommen davon sind folgende Positionen: 7c, 8a, 8b, 9a, 9b, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g und 35f. Wird die Position 7c während eines 3-jährigen Beobachtungszeitraumes in mehr als 20% der Behandlungsfälle abgerechnet, wird über eine Verrechnungsbeschränkung verhandelt.
3. Die Frequenz- und Umsatzentwicklungen dieses Abschnittes werden von ÖÄK und SVA quartalsweise evaluiert. Ergibt sich im Zuge der Evaluierung der Abrechnungsdaten für die ersten drei Quartale eines Jahres ein Quartalsfallwert, der höher als 110% des SGKK-Quartalsfallwertes für Fachärzte für Psychiatrie ist, wird der auf die Positionen dieses Abschnittes anwendbare Punktwert mit 1.1. des folgenden Jahres entsprechend reduziert (wird der SGKK-Fallwert z.B. um 20% überschritten, wird der Punktwert mit darauf folgenden 1.1. um 8,33% gesenkt).

45. Untersuchungen	Punkte
45a Erstuntersuchung/-behandlung, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten .	92,8
Mindestinhalt:	
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)	
Zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen).	
2. Psychiatrischer Längsschnitt	
Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-)somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose.	

3. Behandlungsplan
Erstellung eines psychiatrischen Behandlungskonzeptes. Beinhaltet die Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes auf biologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ebene aufgrund der Erstdiagnose (Arbeitshypothese/-diagnose) unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenden Therapiemotivation des Patienten.
4. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

Zweimal pro Patient innerhalb von 18 Monaten verrechenbar. Neuerliche Verrechenbarkeit möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte. Die Positionen 45b bis 45e, 45g, 45h, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar.

Abrechenbar nur für neue Fälle ab Inkrafttreten dieses Abschnittes der Honorarordnung.

- | | | |
|-----|--|------|
| 45b | Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten | 34 |
| | Mindestinhalt: | |
| | 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung | |
| | 2. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention | |
| | Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten. | |
| | Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45c und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar. | |
| 45c | Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten | 52,8 |
| | Mindestinhalt: | |
| | 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung | |
| | 2. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention | |
| | Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten. | |
| | Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar. | |

- 45d Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten 100
 Mindestinhalt:
 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
 Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung
 2. Verbale Intervention
 Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention
- Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.
- Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.
- 45e Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten 9,2
 Mindestinhalt:
 1. Außenanamnese mit Bezugspersonen
 Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch.
 2. Sozialpsychiatrische Intervention
 umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten.
- Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar.
- 45f Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit 18,9
 Pro Patient und Tag maximal zweimal abrechenbar.
- 45g Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische gleichwertige Tests/Skala, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten 18,3
 Orientierende Testuntersuchung: z. B. Hachinsky-Test, Alterskonzentrationstest oder gleichwertige andere Tests
- Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Die Positionen 45h und 45i sind am selben Tag nicht verrechenbar.
- 45h Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten 18,3
 Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Die Positionen

45g und 45i sind am selben Tag nicht verrechenbar. Abrechenbar in maximal 12% der Fälle pro Quartal.

45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	36,7
	In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) Dauer im Allgemeinen 70 Minuten	135,8
	Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ausführliche Begründung erforderlich.	
	Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.	
45k	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	165,1
	2x pro Jahr; maximal 10% der Patienten	
45l	Hausbesuch	17
	Verrechenbar bei folgenden Positionen: 45a, 45b, 45c und 45d“	

III.

Abschnitt D. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen wird folgendermaßen geändert:

„D. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Mit Ausnahme der von Fachärzten für nichtklinische Medizin durchgeführten Untersuchungen werden die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen. Für Fachärzte für nichtklinische Medizin sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung (Patientenschein, Ersatzpatientenschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben. Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 7 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Die im Tarif mit o) bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin und Fachärzten der jeweils angeführten Fachrichtung verrechnet werden und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an Ringversuchen sowie der internen Qualitätssicherung.

Die mit +) bezeichneten Leistungen können auch von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde sowie Fachärzten der jeweils angeführten Sonderfächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund 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 werden im Einvernehmen zwischen der SVA und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.

3. Mit Wirkung ab 1.1.2019 können Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie Leistungen dieses Abschnittes nicht mehr abrechnen. Für sie gelten ab diesem Zeitpunkt die Regelungen nach Abschnitt A. XIV. der Honorarordnung.
4. Für Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie, deren Einzelvertrag nach dem 01.03.2016 in Kraft tritt, gilt die Einschränkung gemäß Punkt 3. bereits mit Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages.
5. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
6. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
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. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
10. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzelleistungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
11. Über die erbrachten Laborleistungen, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
12. Notwendige Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der SVA und der Österreichischen Ärztekammer – wobei für die Bewertung ähnliche Leistungen heranzuziehen sind – im Rahmen einer Sondervereinbarung im Sinne des § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.
13. Vertragsfachärzte für Pathologie können ausschließlich Leistungen der Gruppen 51 bis 54 abrechnen. Ärzte für Allgemeinmedizin und andere Vertragsfachärzte sind zur Abrechnung von Leistungen der Gruppen 51 bis 54 nicht berechtigt. Weiters gilt:
 - a) Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) der SVA nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
 - b) Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.
 - c) Leistungen der Gruppen 51 (gynäkologische Zytologie) und 52 (extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ausbildungsordnung) verrechenbar.

- d) Der Vertragsfacharzt für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender sind einschlägig zu beraten.

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
1.01	Blutbild L	3,5
1.04	Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes	10,0
1.09	Retikulozyten-Zählung	6,0
o 1.11	Osmotische Erythrozytenresistenz	15,0
o 1.12	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	10,0
1.13	Sternalpunktat: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung	200,0
1.14	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	1,5
o 1.16	HLA-B 27	20,0
	nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar	
o 1.17	Leukozytendifferenzierung < 5 Typ	20,0
	Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.	
o 1.18	Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ	80,0
	bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung	
o 1.19	Leukozytendifferenzierung > 10 Typ	150,0
	bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung	

Gruppe 2: Blutgerinnung

Pos. Nr.		Punkte
o 2.01	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung	10,0
+ 2.03	Thrombozyten-Zählung	3,5
+ 2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“	4,0
	nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar	
+ 2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	4,0
	nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar	
+ 2.06	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	4,0
o 2.07	Thrombinzeit (TZ)	4,0
o 2.08	Fibrinogen	4,5
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	7,5
o 2.10	Antithrombin III-Bestimmung	10,0
o 2.11	APC-Resistenz	8,0
	nur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening	
o 2.12	Protein C	15,0
	nur zur Thrombophiliediagnostik	
o 2.13	Protein S	15,0
	nur zur Thrombophiliediagnostik	
o 2.14	Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je	15,0
	einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar	
o 2.15	Lupusantikoagulans	14,0
	Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte APTT	

Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
+ 3.01	Blutzucker-Bestimmung U.....	1,0
o 3.02	Fruktosamine	4,0
	nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar	
o 3.03	HbA1 oder HbA1c.....	9,0
	nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar	
+ 3.04	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN U	1,0
+ 3.05	Kreatinin U	1,0
+ 3.06	Harnsäure U, O.....	1,0
+ 3.07	Gesamtbilirubin	1,0
+ 3.08	Direktes und indirektes Bilirubin	1,0
+ 3.09	Gesamteiweiß-Bestimmung	1,0
o 3.10	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamt- eiweißbestimmung).....	9,0
+ 3.11	Triglyceride (Neutralfette).....	1,0
+ 3.12	Gesamtcholesterin	1,0
+ 3.13	HDL-Cholesterin	1,3
+ 3.14	LDL-Cholesterin	1,3
o 3.15	Natrium	1,0
+ 3.16	Kalium.....	1,0
o 3.17	Kalzium	1,0
o 3.18	Chloride	1,0
o 3.19	Phosphor	1,5
o 3.20	Magnesium	1,5
o 3.21	Lithium	2,0
	nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar	
o 3.22	Kupfer	5,0
o 3.23	Eisen.....	2,0
o 3.24	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung	5,5
	nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar	
o 3.25	Ferritin	2,5
o 3.26	Albumin.....	1,3
o 3.27	Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter	25,0
o 3.28	Transferrin	2,5
	nicht neben Position 3.24 verrechenbar	
o 3.29	Ammoniak.....	2,5
	nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie	
o 3.30	Laktat.....	2,5
	nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)	
o 3.31	LP a	9,3
	nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend	

Gruppe 4: Enzyme

Pos. Nr.		Punkte
o 4.01	Aldolase	2,5
+ 4.02	Alkalische Phosphatase U	1,0
+ 4.03	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase.....	1,8
+ 4.04	Cholinesterase	1,0
+ 4.05	CK (Creatin-Kinase).....	1,1
+ 4.06	CK-MB-Isoenzym.....	2,5
	nur bei Infarktverdacht verrechenbar	

+ 4.07	GOT (ASAT) U.....	1,0
+ 4.08	GPT (ALAT) U.....	1,0
+ 4.09	Gamma-GT U.....	1,0
o 4.12	Lipase-Bestimmung.....	1,6
o 4.13	LDH.....	1,0
o 4.15	Angiotensin-converting-Enzym (ACE).....	9,0
o 4.16	Myoglobin.....	5,0
	nur bei Infarktverdacht verrechenbar	
4.20	Troponin T oder Troponin I AM, I, L.....	7,2

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

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung.....	1,0
	mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar	
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung).....	1,0
	auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar	
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) G, U.....	3,0
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten.....	3,0
o 5.06	Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine).....	10,0
o 5.07	Porphobilinogen.....	10,0
o 5.08	Deltaaminolaevulinsäure (ALA).....	15,0
o 5.09	5-Hydroxyindolessigsäure.....	15,0
+ 5.10	Mikroalbumin.....	1,0
o 5.11	Gesamteiweißbestimmung.....	1,0
+ 5.13	Glukose.....	1,0
o 5.15	Kreatinin.....	1,0
o 5.17	Natrium.....	1,0
o 5.18	Kalium.....	1,0
o 5.19	Kalzium.....	1,0
o 5.20	Chloride.....	1,0
o 5.21	Phosphor.....	1,0
o 5.22	Kupfer.....	25,0
+ 5.23	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase.....	1,5
	Katecholamine - siehe Gruppe 14	

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
o 6.01	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes.....	15,0

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
+ 7.01	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten.....	9,0

7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen)	2,0
o 7.03	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	9,0
o 7.04	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	9,0
o 7.05	Pankrease-Elastase im Stuhl	20,0
	bei Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz	

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
+ 8.01	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung L	5,0
	nicht neben Pos. 8.02 verrechenbar	
+ 8.02	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung L	8,0
	nicht neben Pos. 8.01 verrechenbar	
o 8.05	Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert und Verflüssigungszeit G, U	15,0

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
9.01	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung	5,0
	nicht neben Pos. 9.02 verrechenbar	
9.02	Sediment nativ und Färbepreparat	5,0
	nicht neben Pos. 9.01 verrechenbar	
9.03	Bestimmung der Zellzahl	5,0
9.04	Mikroskopischer Kristallnachweis	5,0
9.05	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	5,0
o 9.06	Albumin	2,0
o 9.07	Gesamteiweiß-Bestimmung	2,0
o 9.08	Glukose	2,0
o 9.09	Harnsäure O	2,0
o 9.10	LDH	2,0
o 9.11	CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	3,5

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

Pos. Nr.		Punkte
o 10.01	Blutgruppenstatus: AB0-System und Rhesusfaktor	15,0
	nur mit Begründung, z. B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar	
o 10.02	3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest	15,0
o 10.03	Coombstest direkt	7,0
o 10.04	Coombstest indirekt	15,0
o 10.05	Kälteagglutinationsreaktion	6,0
o 10.06	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren	11,0
	nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar	
o 10.07	Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration)	13,0
	nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar	
o 10.08	Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest (Pos. Nr. 10.02)	24,0
o 10.09	Dw	11,0

- o 10.10 Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppenserologischen Problemkonstellationen 12,4

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchungen

Pos. Nr.	Punkte
o 11.01 Immunelektrophorese oder Immunfixation	25,0
nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar	
o 11.02 Kappa- und Lambdaketten	14,0
o 11.03 Haptoglobine	7,0
o 11.04 Coeruloplasmin	10,0
o 11.05 Alpha-1-Antitrypsin	4,0
o 11.06 Alpha-2-Makroglobulin	7,0
o 11.07 Diagnosespezifischer Tumormarker (ausgenommen PSA, Pos. Nr. 11.42)	13,0
nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar	
o 11.08 Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen und HBc-Antikörper)	18,0
o 11.09 HBs-Antigen	9,0
o 11.10 HBs-Antikörper	9,0
o 11.11 HBc-Antikörper	9,0
o 11.12 HBc-IgM-Antikörper	13,0
<i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	
o 11.13 HBe-Antigen	13,0
<i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	
o 11.14 HBe-Antikörper	13,0
<i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	
o 11.15 HAV-Antikörper	10,0
o 11.16 HAV-IgM-Antikörper	11,5
<i>nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar</i>	
o 11.17 Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	5,0
o 11.18 TPHA-Test	5,0
o 11.19 Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS)	12,5
o 11.20 19 S (IgM) FTA-ABS-Test	12,5
o 11.22 RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch	2,5
+ 11.23 Antistreptolysin-O-Objektträgeretest qual	2,5
o 11.24 Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	2,5
+ 11.25 CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgeretest qual	2,5
o 11.26 CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch	2,5
+ 11.30 Mononukleosetest als Objektträgeretest	5,0
o 11.32 Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	4,0
o 11.33 IgE	7,0
o 11.34 Suchtest auf mind. 6 Allergene	32,0
<i>bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar</i>	
o 11.35 Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	13,0
o 11.36 Anti-DNS	13,0
o 11.37 Hepatitis C AK (IgG oder IgM)	10,0
o 11.38 Allergeneinzelttest (höchstens 2 Einzeltests) je	15,0
o 11.39 Mitochondriale Antikörper	13,0
o 11.40 Mikrosomale Antikörper	11,5
o 11.41 Thyreoglobulin Antikörper	11,5

o 11.42	PSA	7,0
	<i>zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr verrechenbar</i>	
o 11.43	freies PSA.....	5,0
	in max. 10% der Pos. 11.42	
o 11.44	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid.....	10,0
	nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist	
o 11.45	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA).....	13,0
o 11.46	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK)	11,5
	nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar	
o 11.47	C3-Komplement	10,0
o 11.48	C4-Komplement	10,0
o 11.49	ANA-Subsets	9,0
	nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar	
o 11.50	Leberspezifische Antikörper (z.B. SLK, LKM) je	11,3
	max. 3 AK	
o 11.51	c-ANCA oder p-ANCA.....	12,0
	max. 2 AK pro Erkrankungsfall	
o 11.52	Gliadin-AK.....	10,0
	nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar	
o 11.53	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper	10,0
	bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar	
o 11.54	1,25-Dihydroxy-Vitamin-D3	14,0
	nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel	
o 11.55	Vitamin B12	11,0
	nur zur Anämieabklärung	
o 11.56	Folsäure.....	11,0
	nur zur Anämieabklärung	
o 11.57	Apolipoproteine	5,7
	nicht neben Pos 3.13 und 3.14 und max. 2x verrechenbar	
o 11.58	C1 Esterase Inhibitor.....	6,9
o 11.59	Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Autoantikörpers (z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je	7,9
	max 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar	

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
12.01	Nativpräparat	3,0
+ 12.02	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc L.....	5,0
+ 12.03	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung L.....	5,0
o 12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o. Ä. mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest	20,0
o 12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate.....	9,0
o 12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate D	9,0

o 12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate D	9,0
o 12.08	Kultur auf Mykoplasmen.....	11,0
o 12.10	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je	7,0
	höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar	
o 12.11	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate	20,0
+ 12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) D, U	4,0
o 12.13	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	14,0
o 12.16	Brucella AK KBR	8,0
o 12.17	Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	20,0
o 12.18	Echinokokken KBR	8,0
o 12.19	Gruber-Widal (O- u. H-Antigene).....	8,0
o 12.20	HIV-AK (Elisa).....	9,0
o 12.21	HIV-Western-Blot oder IFT	35,0
	nur bei positivem HIV-Test verrechenbar	
o 12.23	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8,0
o 12.24	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je	13,5
	nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar	
o 12.25	Toxoplasmose IIFT	15,0
o 12.27	Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA).....	15,0
	nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar	
o 12.28	Zystizerkosen KBR	8,0
o 12.29	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	20,0
o 12.31	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	11,5
o 12.32	Amöben-AK	15,0
o 12.33	Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	15,0
o 12.34	Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	15,0
o 12.37	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je	15,0
o 12.38	Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	9,0
o 12.40	Echinokokken HAT	10,0
o 12.41	Enteroviren KBR	8,0
o 12.44	Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	15,0
o 12.46	FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	15,0
o 12.47	Gonokokken-Antigen (EIA)	15,0
o 12.48	Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.50	Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
o 12.52	Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
o 12.53	Leptospiren (KBR, Aggl. T)	10,0
o 12.55	Listerien KBR	8,0
o 12.56	Leishmaniose KBR, HAT	10,0
o 12.58	Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.59	Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.62	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
o 12.63	Picornavirus KBR	8,0
o 12.64	Qu-Fieber KBR	8,0
o 12.65	Rota Viren KBR	8,0
o 12.66	Trichinose KBR	8,0
o 12.67	Trichinose IFT, EIA	15,0
o 12.68	Tularämie (KBR, Agg. T).....	15,0
o 12.70	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.71	Yersinia KBR	8,0

o 12.73	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.74	Zystizerkosen IFT	10,0
o 12.75	Helicobacter pylori AK-Nachweis C.....	15,0
	nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar	
o 12.76	Borrelien IgG oder IgM AK	12,0
o 12.77	Borrelien-Westernblot IgG oder IgM.....	15,0
	bei positiven Borrelien	
o 12.78	HCV-RNS quantitativ	100,0
	nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insge- samt max. 4 mal, im weiteren Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR anforder- und verrechenbar	
o 12.79	HCV-PCR qualitativ	35,0
	grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1 mal pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit HCV-RNS verrechenbar	
o 12.80	HPV-Typisierung	41,0
	bei PAP III und status post Konisation (eventuell PAP II mit Kern- unruhe) anforder- und verrechenbar	
o 12.81	Cytomegalie-PCR	70,0
	nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. Patienten unter Immun- suppression, insbesondere im Rahmen der Transplantations- diagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Anti- körper (unter Vorlage von Vorbefunden)	
o 12.82	Helicobacter pylori AG im Stuhl	30,0
	nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therapie- kontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist	
o 12.83	Bordetella pertussis PCR	28,0
o 12.84	Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota	5,0
	nur bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar	
o 12.85	HIV PCR quantitativ	80,0
	nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal	
o 12.86	Stuhlkultur.....	17,0
	max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
o 12.87	Clostridientoxin	20,0
	Nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar	
o 12.88	Bartonella henselae-AK	10,5
o 12.89	Coxsackie B-IgG oder IgM	11,4
o 12.90	LCM Virus AK	11,4
o 12.91	Ornithose-Antikörpernachweis je	11,4
o 12.92	Mycoplasmen AK je	11,4
o 12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen Aus dem Rachenabstrich AM, K	6,9
	nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04 verrechenbar	
o 12.94	Parainfluenza-Antikörpernachweis je	11,4
o 12.95	Parvovirus AK (Ringelröteln) je	11,4
o 12.96	Legionelle IgG oder IgM.....	11,4
o 12.98	Tetanus-Antikörper	11,4

Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen

Pos. Nr.	Punkte
o 13.01	Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung) 10,0 höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und pro Quartal verrechenbar; Lithium - siehe Gruppe 3
o 13.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin 10,0
o 13.06	Theophyllin 10,0
o 13.07	Drogennachweis, quantitativ im Harn, je 6,0 Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar
o 13.08	Antibiotika, Zytostatika 13,0
o 13.09	Schwermetalle 20,0 bei dringendem Vergiftungsverdacht

Gruppe 14: Hormone

Pos. Nr.	Punkte
o 14.01	Gesamt-T4 oder freies T4 6,0 nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik
o 14.02	Gesamt-T3 oder freies T3 6,0 nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik
o 14.03	TSH 5,4 TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15)
o 14.04	Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG) 10,0
o 14.05	Aldosteron 20,0
o 14.06	Cortisol 10,0
o 14.07	Follikelstimulierendes Hormon (FSH) 7,0
o 14.08	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je 25,0 höchstens zwei verrechenbar
o 14.09	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je 18,0 höchstens 2 verrechenbar
o 14.12	Luteinisierendes Hormon (LH) 7,0
o 14.14	Östradiol 8,0
o 14.16	Parathormon 19,5
o 14.19	Progesteron 8,0
o 14.20	Prolaktin 7,0
o 14.21	Testosteron 8,0
o 14.22	Wachstumshormon (STH) 20,0
o 14.23	17-Hydroxy-Progesteron 21,0
o 14.24	SHBG 11,0
o 14.25	DHEA-S 10,0
o 14.26	ACTH 18,0
o 14.27	Androstendion 13,0
o 14.28	c-Peptid 12,6 nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar
o 14.29	Insulin 12,6 zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II
o 14.30	Osteocalcin 10,7
o 14.31	Gastrin 12,6

o 14.32 Crosslabs..... 10,7

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 drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen)	5,0
+ 15.02	Kreatinin-Clearance endogen U	5,0
o 15.03	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation).....	18,0

Gruppe 16: Histologie – Zytologie

Pos. Nr.		Punkte
o 16.01	Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	10,0
16.02 *)	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
	zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9	
16.03 *)	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
o 16.04	Gefrierschnitt	5,0

*) Ab 1.1.1985 ist die Verrechenbarkeit der Positionen 16.02 und 16.03 an den Nachweis der praktischen Ausbildung auf dem Gebiet der Zytodiagnostik im Sinne der Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 8.6.1983, BGBl. Nr. 328 und 329, gebunden. Der Nachweis ist gegenüber der Ärztekammer zu erbringen. Fachärzte für Med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik“ haben keinen Nachweis zu erbringen. Jene Vertragsärzte, die vor dem 1.1.1985 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.....	2,5
o 18.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	5,0
o 18.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt	5,0
	1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar	
o 18.04	Abstrich je Abnahmestelle.....	3,0
o 18.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra.....	3,0
o 18.08	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen.....	3,0
o 18.09	Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett.....	10,0

Gruppe 51: Gynäkologische Zytologie

Pos. Nr.		Euro
51.01	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin	

(Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)
ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)..... 7,45

verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzten für Pathologie, die der SVA bis längstens 31. Dezember des jeweiligen Abrechnungsjahres ihre Teilnahme am Programm der freiwilligen Selbstkontrolle des „Komitees für Qualitätssicherung in der Zytologie“ der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachgewiesen haben

51.02 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane
nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze)..... 2,32

maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar;
nicht neben Pos.Nr. 53.06 und 53.14 verrechenbar

51.03 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane
inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen 3,29

maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar;
nicht neben Pos.Nr. 53.06, 53.07, 53.14 und 53.15 verrechenbar

51.04 Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin
(Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)
ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)..... 6,18

55.03 HPV-DNA (Bestimmung von „Low-risk-Typen“ und „High-risk-Typen“
humaner Papillomaviren), nur zur Abklärung unklarer Abstriche
bzw. bei Patientinnen mit besonderem Risiko 43,60

in 1% der honorierten Pos.Nrn. 51.01 und VZYT1 verrechenbar

Gruppe 52: Extragenitale Zytologie

Pos. Nr.	Euro
52.01 Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde).....	10,00

maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben
Pos.Nr. 52.02 verrechenbar

52.02 Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde).....	13,00
--	-------

maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben
Pos.Nr. 52.01 verrechenbar

52.03 Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02.....	5,00
---	------

maximal 1x pro Zuweisung nur mit Begründung
verrechenbar

52.04	Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	6,00
	maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.05 verrechenbar	
52.05	Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	10,00
	maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.04 verrechenbar	
52.07	Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	21,45
	maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar	

Erläuterungen:

- a) GIEMSA, PAP, GRAM und DIFFQUICK gelten als Standardfärbungen
- b) Pos.Nr. 52.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung etc.)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objektträger sowie des Befundes
- c) Pos.Nr. 52.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung, Zytozentrifuge etc.)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objektträger sowie des Befundes
- d) Hinsichtlich der Pos.Nrn. 52.01/52.02 und 52.04/52.05 ist nur eine Alternativverrechnung möglich.

Gruppe 53: Mikrobiologie

Pos. Nr.		Euro
53.01	Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, makroskop. Beschreibung	12,93
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos.Nr. 53.22 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar	
53.02	Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung	6,86
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
53.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung	6,86
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	

- 53.04 Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung 5,96
maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar
- 53.06 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze)..... 2,32
maximal 3x (Objekträger) pro Zuweisung verrechenbar;
nicht neben Pos.Nr. 51.02 und 53.14 verrechenbar
- 53.07 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen 3,29
maximal 3x (Objekträger) pro Zuweisung verrechenbar;
nicht neben Pos.Nr. 51.03, 53.06, 53.14 und 53.15 verrechenbar
- 53.08 Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial 9,77
- 53.09 Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat (zB Gram u.Ä) 3,29
nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar
- 53.10 Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis... 2,32
nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar
- 53.11 Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät 2,75
- 53.14 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials 1,86
ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nrn. 53.06 und 53.07
ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH) siehe Pos.Nrn. 53.09 und 53.10
- 53.15 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien) 2,80
ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nr. 53.07;
ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos.Nrn. 53.09, 53.10,
maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar
- 53.16 Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate (zB Harnkultur) 8,96
maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 53.25 (zB Uricult) verrechenbar

53.17	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	11,21
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
53.19	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	11,21
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
53.20	Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	13,12
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
53.21	Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	13,18
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
53.22	Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate je Kultur	8,01
	maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos.Nrn. 53.01, 53.16 bis 53.21 und 53.23 bis 53.24 verrechenbar)	
53.23	Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	15,01
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
53.24	Kultur auf Mykobakterien (zB Tbc), einschließl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	23,59
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
53.25	Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (zB Uricult)	3,50
	nicht neben Pos.Nr. 53.16 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos.Nr. 53.22 zu verrechnen	
53.26	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers	10,37
	bei Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10^5 , alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen	

Gruppe 54: Hystologie

Pos. Nr.		Euro
54.01	Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden	26,55
	maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unabhängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar	
54.02	Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden	26,55
	maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unabhängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar	
54.05	Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung)	3,00
54.06	Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02	7,00
	nicht neben Pos.Nr. 54.07 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar	
54.07	Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02.....	13,00
	nicht neben Pos.Nr. 54.06 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar	
54.09	Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02	44,00
	maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar	
54.10	Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block.....	8,40

Erläuterungen:

- a) Pos.Nr. 54.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- makroskopische Beurteilung und Herausschneiden (Ziehen repräsentativer Stichproben)
 - histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigen eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw.54.10) und des Befundes
- b) Pos.Nr. 54.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Makroskopische Beurteilung

- histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrere Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw. 54.10) und des Befundes
- c) Zu den Pos.Nrn. 54.01 und 54.02:
werden in einem zeitlichen Zusammenhang (ein diagnostisch-therapeutischer Eingriff) mehrere Präparate des gleichen Organes oder Organsystems entnommen, kann (hinsichtlich der Einsendung) nur einmal die Position 54.01 bzw. 54.02 verrechnet werden. Beispielsweise wird Folgendes angeführt:
- Entnahme mehrerer Lymphknoten
 - Entnahme mehrerer Naevi
 - mehrere Magenbiopsien
 - Entnahme aus paarigen Organen
- d) hinsichtlich der Pos.Nrn. 54.01/54.02, sowie 54.06/54.07 ist nur eine Alternativverrechnung zulässig
- e) die Pos.Nrn. 54.05 bzw. 54.10 beinhalten jeweils auch (zusätzliche) gefärbte Schnittpräparate – HE Standardfärbung

Nach dem Abschnitt XIII wird folgender Abschnitt XIV eingefügt:

„XIV. Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben. Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 7 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Die Leistungen können von Ärzten der jeweils angeführten Fächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können und der betreffende Arzt für die mit +) gekennzeichneten Leistungen regelmäßig und erfolgreich an Ringversuchen teilnimmt und die interne Qualitätssicherung durchführt. Die Durchführung und der Nachweis der Qualitätssicherung werden im Einvernehmen zwischen der SVA und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Sonderleistung gemäß Abschnitt A III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
6. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
7. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
8. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzelleistungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen),

werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

9. Über die erbrachten Laborleistungen, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.

Pos. Nr.		Punkte
1.01	Blutbild AM, I, K, L	3,5
+ 2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“ AM, I, K	4,0
	nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar	
+ 2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) AM, I, K	4,0
	nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar	
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte AM, D, G, I, K, L, U	7,5
+ 3.01	Blutzucker-Bestimmung AM, I, K, U	1,0
+ 3.07	Gesamtbilirubin K.....	1,0
+ 3.08	Direktes und indirektes Bilirubin K.....	1,0
+ 3.16	Kalium I.....	1,0
+ 4.07	GOT (ASAT) K.....	1,0
+ 4.08	GPT (ALAT) K.....	1,0
4.20	Troponin T oder Troponin I AM, I, L	7,2
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung AM, D, G, I, K, L, U	1,0
	mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar	
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung) AM, D, G, I, K, L, U	1,0
	auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar	
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) AM, G, K, U.....	3,0
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen) AM, I, K	2,0
+ 11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgerqual. AM, I, K, L.	2,5
+ 12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) U.....	4,0
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich AM, K.....	6,9

IV.

Im Abschnitt E lauten die „Besonderen Bestimmungen“ und der Abschnitt „Röntgendiagnostik“ wie folgt:

„E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch einen Vertragsarzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist. Der zuweisende Arzt hat die angeforderte Leistung auf der Zuweisung genau festzulegen.
2. Die Vertragsärzte für Radiologie können nur jene Leistungen abrechnen, die der zuweisende Vertragsarzt angefordert hat und die im Tarifkatalog enthalten sind. Aus-

nahmefälle (medizinisch notwendige Überschreitung des Zuweisungsausmaßes) sind nachvollziehbar zu begründen.

3. Über unklare Zuweisungen ist möglichst das Einvernehmen mit dem zuweisenden Vertragsarzt herzustellen.
4. Die Verrechnung von Positionsnummern des Röntgenorgantarif (Pos.Nr. R 101 bis R 808) für dort nicht enthaltene Leistungen ist unzulässig. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können derartige Leistungen mit den Positionsnummern R1a bis R4k abgerechnet werden.
5. Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Leistung, die diagnostische Maßnahme inklusive aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund sowie die Dokumentation abgegolten.
6. Die Untersuchungsergebnisse sind schriftlich auszufertigen. Die erbrachten Leistungen sind mit geeigneten Medien zu dokumentieren.
7. Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Land bestehenden Pools in natura beigelegt werden, können sie unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der SVA abgerechnet werden.
8. Untersuchungen auf Rechnung der SVA dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die SVA hat das Recht dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsarzt für Radiologie festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsarztes ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.
9. Eine diagnostische Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:

a. Familiäre erhöhte Disposition

Anmerkung: Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits);

Verwandte ersten Grades: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn;

Verwandte zweiten Grades: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Neffe, Halbschwester, Halbbruder;

Verwandte dritten Grades: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousin und Cousine ersten Grades

Hohes Risiko (das bedeutet: 10-Jahres-Risiko zwischen dem 40. und 50. LJ von mehr als 8%) liegt vor: bei 3 Brustkrebsfällen vor dem 60. LJ oder 2 Brustkrebsfällen vor dem 50. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters oder 2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters oder männlicher UND weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters

Moderates Risiko (das bedeutet 10-Jahrs-Risiko zwischen dem 40. und 50. LJ von 3-8%) liegt vor: bei 1 weiblichen Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ oder 1 männlichen Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandter ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist oder 2 Verwandte ersten Grades oder 1 Verwandter ersten Grades UND 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters UND 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters

(einer davon sollte ein Verwandter ersten Grades sein); 3 Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters.

Moderates Risiko liegt außerdem in begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters vor.

- b. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ
Anmerkung: Hochrisikoscreening: Ärztliche Brustuntersuchung 1x jährlich ab dem 18. LJ; Brust MRT 1x jährlich ab dem 25. LJ bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie; Mammographie 1x jährlich ab dem 35. LJ; Mammasonographie bei Bedarf
 - c. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie
Anmerkung: vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt. Eine laufende Hormonersatztherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammographien dar.
 - d. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
 - e. Mastodynie einseitig
 - f. Histologisch definierte Risikoläsionen
Anmerkung: z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ.
 - g. Sekretion aus Mamille
Anmerkung: Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss Hormonstörung (Prolaktin!)
 - h. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)
Anmerkung: jährlich Mammographie und Ultraschall beidseits, MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht
 - i. Zustand nach Mamma-OP (gutartig): ggf. einmalige Kontrolle innerhalb von zwei Jahren nach der OP
 - j. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
Anmerkung: DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiothikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
 - k. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
Anmerkung: z.B. Mamillenretraktion, Orangerhaut, Plateaubildung, etc.; bei Verdacht auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie
 - l. Besondere medizinische Indikation im Einzelfall
Anmerkung: Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle
10. Keine kurative Mammographie darf bei folgenden Indikationen verrechnet werden: Mastopathie, zyklusabhängige beidseitige Beschwerden und Mastodynie beidseitig.

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Organtarif

Von den im Organtarif ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 50% als Honorarteil und 50% als Unkosten

Schädel

Pos.-Nr.		Punkte
R101	Schädel	76,9
R102	Gesichtsschädel	33,0
R103	Schädelbasis	33,0
R104	Sella	29,3
R105	Schläfenbein, pro Seite.....	91,6
R106	Nasennebenhöhlen	84,1
R107	Nasenbein	29,3
R108	Kiefergelenk, pro Seite	54,8
R109	Gesamter Oberkiefer	55,5
R110	Gesamter Unterkiefer	55,5
R111	Zahnstatus.....	107,4
R112	Zähne, 1-3 benachbarte	29,3

(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)

Wirbelsäule, knöcherner Thorax

Pos.-Nr.		Punkte
R201	Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen	91,6
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)</i>	
R202	Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und Durchleuchtung	160,9
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)</i>	
R203	Brustwirbelsäule	75,1
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R204	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke	120,0
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R205	Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke	76,9
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R206	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl.	136,9
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)</i>	
R207	Rippen, einseitig	49,6
R208	Sternum	76,9

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten

Pos.-Nr.		Punkte
R301	Clavicula, pro Seite	37,7
R302	Scapula, pro Seite	76,9
R303	Oberarm, pro Seite	71,6
R304	Unterarm, pro Seite	71,6
R305	Hand, pro Seite	76,9
R306	Navicularserie, pro Seite	29,3

(gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)

R307	1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen (mehrere Finger oder Zehen an einem Tag sind mit Pos. Nr. R305 bzw. R310 zu verrechnen)	54,8
R308	Oberschenkel, pro Seite	84,7
R309	Unterschenkel, pro Seite	71,6
R310	Ganzer Fuß, pro Seite	76,9
R311	Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite (mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit medizinischer Begründung)	62,3
R312	Calcaneus, pro Seite	54,8
R313	Sternoclaviculargelenk, pro Seite	37,7
R314	Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite	86,3
R315	Ellenbogengelenk, pro Seite	54,8
R316	Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	54,8
R317	Becken	49,6
R318	Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.) (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)	88,2
R319	Hüftgelenk, axial, pro Seite (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)	40,3
R320	Kniegelenk, pro Seite	73,9
R321	Kniegelenk mit Patella, pro Seite (nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)	95,9
R322	Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad)	80,4
R323	Sprunggelenk, pro Seite	62,3
R324	Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	140,4
R325	Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein	136,9

Halsorgane, Herz und Lunge

Pos.-Nr.		Punkte
R401	Thorax.....	95,5
R402	Halsorgane.....	103,6
R403	Tomographie der Lunge, bds.	140,4

Magen – Darmtrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R501	Oesophagus.....	121,7
R502	Magen-Duodenum in Doppelkontrast	228,5
R503	Dünndarmpassage	78,4
R504	Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	78,4
R505	Irrigoskopie in Doppelkontrast	393,2
R506	Abdomen, nativ	49,6

Harntrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R701	Harntrakt, Nativaufnahme (nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)	49,6
R702	i.v. Pyelographie	307,0
R703	Inf. Pyelographie	332,2
R704	Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrographie inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel	347,6
R705	Tomographie der Nieren, bds.	140,4

Spezialuntersuchungen

Pos.-Nr.		Punkte
R801	Mammographie, beidseits	172,5
R802	Mammographie, einseitig	88,1
R803	Galaktographie	191,4
R804	Hystero- Salpingographie	159,6
R805	Pneumocystographie	96,4
R806	Phlebographie, pro Extremität	190,8
R807	Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung)	103,6
R808	Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen	195,9

Formatetarif**Honorar**

1. Grundhonorar

Pos.-Nr.		Punkte
R 1a	Erste röntgenologische Leistung	16,3
R 1b	Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tag.....	10,9

2. Sonderleistungen

Pos.-Nr.		Punkte
R 2a	Darminlauf mit Kontrastmittel.....	8,1
R 2e	Intramuskuläre Injektion	4,1

Unkosten

3. Durchleuchtungen und Zuschläge

Pos.-Nr.		Punkte
R 3a	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	16,6
R 3b	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen).....	19,3
R 3c	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen (Pos.Nr. R 3b + 3 x Pos.Nr. R 3e).....	41,8
R 3d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	25,4
R 3e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten).....	7,5
R 3f	Zuschlag zur Pos. R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	12,0
R 3g	Zuschlag zur Pos. R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	14,5

4. Aufnahmen

Pos.Nr.		Punkte
R 4a	Format 9x12	10,7
R 4b	Format 13x18	15,7
R 4c	Format 18x24	20,0
R 4d	Format 15x40	25,4
R 4e	Format 24x30	28,4
R 4f	Format 30x40	32,9
R 4g	Format 35x35	35,9
R 4h	Zahnfilm	6,5
R 4i	Format 35x43	39,0
R 4j	Format 30x90	62,8
R 4k	Format 20x40	29,3

5. Mehrphasenaufnahmen

Pos.Nr.		Punkte
R 5a	Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	20,0
R 5b	Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30)	28,4

V.

Aufgrund des § 28 Abs. 3 des Gesamtvertrages beträgt der Geldwert des einzelnen Punktes – sofern im Folgenden nichts anderes bestimmt wird – für die nachstehend angeführten Positionen der Honorarordnung:

1. für die Zeit ab 01.03.2016 € 0,6990

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

- I. Grundleistungen ausgenommen Pos.-Nr. 1j.
Die Pos.-Nr. 1j wird ab 01.03.2016 mit dem Geldwert des einzelnen Punktes von € 0,6813 honoriert.

2. für die Zeit ab 01.03.2016 € 0,6983

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

- II. Diagnose- und Therapiegespräche
III. Allgemeine Sonderleistungen
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiet der Augenheilkunde
V. Sonderleistungen aus dem Gebiet der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie
VI. Sonderleistungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe
VII. Sonderleistungen aus dem Gebiet der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiet der Inneren Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde
mit Ausnahme der Pos.-Nr. 34a bis 34f
Die Pos.-Nr. 34a bis 34f werden ab 01.03.2016 mit dem Geldwert des einzelnen Punktes von € 0,5321 honoriert.
IX. Sonderleistungen aus dem Gebiet der Neurologie
hinsichtlich der Pos.-Nr. 35d, 35h, 35i und 35j
Die Pos.-Nr. 35b, 35e, 35f und 36a bis 36f werden ab 01.03.2016 mit dem Geldwert des einzelnen Punktes von € 0,6499 honoriert.
X. Sonderleistungen aus dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie

B. Operationstarif für praktische Ärzte und Fachärzte

3. für die Zeit ab 01.03.2016 € 1,0600

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

- Xb Sonderleistungen aus dem Gebiet der Psychiatrie
Mit Wirkung ab 1.1.2017, 1.1.2018 bzw. 1.1.2019 erfolgt eine Punktwertänderung analog den Bestimmungen lt. Punkt 3. der Besonderen Bestimmungen zum Abschnitt Xb.

alle Positionen

4. für die Zeit ab 01.03.2016 € 0,5243
- A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen
- XI. Physikalische Behandlungen durch praktische Ärzte und Fachärzte
alle Positionen
- C. Physikalische Behandlungen durch Fachärzte für physikalische Medizin
alle Positionen
5. für die Zeit ab 01.03.2016 € 0,5348
- A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen
- XII. Sonographische Untersuchungen
alle Positionen
6. für die Zeit ab 01.03.2016 € 0,4807
- A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen
- XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch praktische Ärzte
und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)
alle Positionen
7. für die Zeit ab 01.03.2016 € 1,3425
für die Zeit ab 01.01.2017 € 1,2888
für die Zeit ab 01.01.2018 € 1,2372
- D. Laboruntersuchungen durch Fachärzte für nichtklinische Medizin und
sowie Abschnitt XIV unter Berücksichtigung der abweichenden
Regelungen laut Punkt 8. und 9.
8. für die Zeit ab 01.03.2016 € 1,7480
- wenn die Pos.Nrn. 2.04, 2.05, 2.09, 3.01, 5.01, 5.02 und 11.25 von
Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische
Labordiagnostik, die Pos.Nr 5.03 von Angehörigen der Fachgebiete
Gynäkologie, Kinder- und Jugendheilkunde oder Urologie bzw. die Pos.Nrn.
1.01, 3.07 und 3.08 von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugend-
heilkunde in der eigenen Ordination erbracht werden.
9. für die Zeit ab 01.03.2016 € 1,3425
- Abschnitt XIV hinsichtlich der Positionen 12.12.
10. für die Zeit ab 01.03.2016 € 0,5460

- E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie mit Ausnahme der Positionen R 1a - R 5b
Die Pos.-Nr. R1a bis R2e werden ab 01.03.2016 mit dem Geldwert des einzelnen Punktes von € 0,6226 honoriert.
Die Pos.-Nr. R3a bis R5b werden ab 01.03.2016 mit dem Geldwert des einzelnen Punktes von € 0,4966 honoriert.

VI.

Der Anhang zum Gesamtvertrag, der nach § 3 die Zahl der Vertragsärzte und ihre Verteilung festsetzt, wird entsprechend der Anlage zu diesem Zusatzprotokoll geändert.

VII.

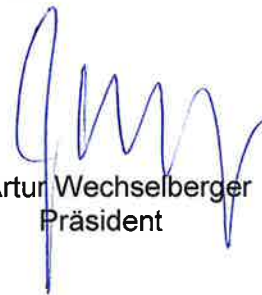
Dieses Zusatzprotokoll tritt am 01.03.2016 in Kraft.

Wien, am 13.1.2016

Österreichische Ärztekammer



VP Dr. Johannes Steinhart
BKNÄ-Obmann



Dr. Artur Wechselberger
Präsident

Wien, am

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Wien, am

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

KomR Mag. Alexander Herzog
Obmann-Stv.

Mag. Stefan Vlasich
Generaldirektor



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 Orthopädie	FA für Physikalische Medizin	FA für Radiologie	FA für Unfallchirurgie	FA für Urologie	FA für Neurochirurgie	FA für Neurologie	FA für Psychiatrie	FA für medizinische/ chemische Labordiagnostik	Labor, zytodiagnostisch	FA für Hygiene und Mikrobiologie – serologische Labordiagnostik
Eisenstadt	2	0	2	1	1	3	4	3	2	1	1	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0
Güssing	1	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
Jennersdorf	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mattersburg	2	0	1	0	1	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Neusiedl/Se	2	0	3	1	1	2	4	1	2	1	1	0	2	0	2	0	1	1	0	0	0
Oberpullendorf	1	0	1	0	1	2	2	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0
Oberwart	3	0	3	1	1	3	3	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Insgesamt	1	0	12	3	6	14	17	8	8	5	5	0	5	3	8	0	4	4	0	0	0

