ÖGK-HONORARORDNUNG BURGENLAND

1.1.2026

H O N O R A R O R D N U N G

Allgemeine Bestimmungen

Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit der im Bundesland Burgenland niedergelassenen und in einem Vertragsverhältnis zu den im § 2 des Gesamtvertrages vom 20.5.1994 angeführten Krankenversicherungsträgern stehenden Vertragsärzte erfolgt ab 1.7.1994 nach den Bestimmungen dieser Honorarordnung. Gleichzeitig tritt die bisherige Honorarordnung außer Kraft.

Grundsätze für die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen

A.

Zur Verrechnung können grundsätzlich nur jene ärztlichen Leistungen gelangen, welche im "Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen" (Abschnitt C/a bis i) taxativ aufgezählt sind, unter Beachtung der bei den einzelnen Positionen angeführten Erläuterungen bzw. Bemerkungen und der nachstehenden Bestimmungen:

1. **Als Nachtzeit für Ordinationen und Besuche gilt die Zeit von 20 bis 7 Uhr.**
   Nachtvisiten und -ordinationen können nur zur Verrechnung gelangen, wenn die Berufung bzw. Inanspruchnahme nach 20 Uhr erfolgte und die Leistung vor 7 Uhr vollendet wurde.

   Werden bei einem Krankenbesuch bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen mehrere Familienangehörige behandelt, so kann das Visitenhonorar nur für einen Versicherten oder Angehörigen verrechnet werden. Für die übrigen gebührt das entsprechende Ordinationshonorar. Bei Visiten an Werktagen kann für die weiteren Angehörigen die Position 004 in Rechnung gestellt werden.

2. **Die Verrechnung der Pos. Nr. 007** ist für jede Erstvisite bei Tag an Werktagen einmal pro Fall und Quartal zulässig.
   Für jede weitere Tagesvisite pro Fall ist die **Pos. Nr. 017** zu verrechnen.

3. **Sonn- und Feiertagsdienst**
   . Gemäß Punkt III. 1. der Punktation für den Abschluss einer gesamtvertraglichen Honorarregelung zwischen der ÖGK und der Ärztekammer für Burgenland vom 3.12.2025 wird der allgemeinmedizinische Sonn- und Feiertagsdienst befristet bis 31.12.2026 wie folgt geregelt: Der Bereitschaftsdienst wird in 10 Sprengeln durchgeführt. Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin verpflichten sich zu höchstens 9 Diensten (Tagen) im Jahr, unabhängig von der Anzahl der unbesetzten Planstellen.

Es gelten folgende Dienstzeiten:

a) Samstag 8:00 Uhr bis 13:00 Uhr
b) Sonntag 8:00 Uhr bis 13:00 Uhr
c) Feiertag 8:00 Uhr bis 13:00 Uhr; der 24.12. und 31.12. gelten als Feiertage

Während den Dienstzeiten leistet je Sprengel ein diensthabender Arzt Bereitschaftsdienst. Mit diesem Bereitschaftsdienst wird sowohl der Ordinations- als auch der Visitendienst abgedeckt. Die Berufung erfolgt über die Rufnummer 141. Ab 16:00 Uhr bis 7:00 Uhr des Folgetages steht unter der Rufnummer 141 bzw. 1450 zusätzlich ein medizinisches Beratungsservice zur Verfügung.

Der ärztliche Sonn- und Feiertagsdienst ist grundsätzlich ein Notdienst nur für dringende Fälle.

Die Sprengeleinteilung für den Sonn- und Feiertagsdienst wird zwischen den Vertragspartnern vereinbart. Einvernehmliche Änderungen innerhalb der einzelnen Sprengel sind mit Zustimmung beider Vertragspartner möglich.

Für die Verrechnung des Sonn- und Feiertagsdienstes sowie die im Rahmen des Dienstes erbrachten Einzelleistungen ist die Scheinart 5.0 zu verwenden. Es gebührt keine Grundvergütung.

Den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Burgenland und den § 2-Kassen in den Sonn- und Feiertagsdienst eingeteilt sind, gebührt neben den nach Abschnitt C/b für getätigte Einzelleistungen zustehenden Vergütungssätzen und den nach Pos. 010 und 011 zustehenden Wegegebühren ein „Bereitschaftsdienstpauschale“ gemäß Punkt C. a. der Honorarordnung.

Die Verrechnung des "Bereitschaftsdienstpauschales im Sonn- und Feiertagsdienst" erfolgt in der Form, dass der anspruchsberechtigte Vertragsarzt anlässlich der Erstellung der Quartalsabrechnung auf der "Honorarliste" (im Rechteck oben rechts) datumsmäßig die im abgelaufenen Quartal getätigten Sonn- und Feiertagsdienste anführt. Weiters stellt die Ärztekammer für Burgenland nach Ablauf eines Quartals der Kasse die Dienstlisten elektronisch zur Verfügung.

Unabhängig von der Einteilung zum Bereitschaftsdienst werden jedem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin die im Bereitschaftsdienstzeitraum gem. Punkt 3 lit. a bis lit c. getätigten Ordinationen und Visiten als "Sonntagsleistungen" (Sonntagsordinationen bzw. -visiten) anerkannt und honoriert, sofern nicht die Voraussetzungen für die Verrechenbarkeit einer Nachtordination (Pos. 001) bzw. Nachtvisite (Pos. 005) vorliegen.

Die gleichzeitige Verrechnung von Nachtvisiten und Sonntagsvisiten ist nicht zulässig. Dasselbe gilt für Nacht- und Sonntagsordinationen.

3.1. Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst

Sofern gemäß § 16a des Gesamtvertrages ein Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst eingerichtet ist, sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin zur Teilnahme verpflichtet.

Der Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst ist ein Bereitschaftsdienst für medizinische Notsituationen.

Der WTN-BD umfasst alle Nächte, für die kein kassenärztlicher Sonn- und Bereitschaftsdienst eingerichtet ist.

Die konkrete Ausgestaltung des Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienstes ergibt sich aus der Kooperationsvereinbarung über einen Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst und über den Betrieb von Akutordinationen (WTN-BD neu) vom 6. März 2018, abgeschlossen zwischen dem Land Burgenland, der Ärztekammer für Burgenland, der Burgenländischen Gebietskrankenkasse, dem Burgenländischen Gesundheitsfonds, der Burgenländischen Krankenanstaltengesellschaft, dem Konvent der Barmherzigen Brüder Eisenstadt sowie den Interessenvertretungen der Gemeinden, in der jeweils geltenden Fassung.

Die Vergütung der Bereitschaftsdienst-Ärzte erfolgt in Form einer Pauschalhonorierung, sodass für den WTNBD von diesen keine sonstigen Leistungen gemäß dieser Honorarordnung verrechenbar sind.

4. **Ärztliche Leistungen**, für die eine Genehmigung der Krankenversicherungsträger erforderlich ist, sind im "Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen" (Abschnitt C/a bis i) besonders angemerkt. Die Bestimmungen des § 14 des Gesamtvertrages sind zu beachten.

   Die Anträge auf Genehmigung sind bei der chefärztlichen Dienststelle der burgenländischen Krankenversicherungsträger, Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße 5, einzureichen.

5. **Ärztliche Leistungen, deren Erbringung ausschließlich Fachärzten** vorbehalten ist, sind im "Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen" (Abschnitt C/a bis i) durch Symbole besonders gekennzeichnet und dürfen lediglich von den Vertragsfachärzten zur Verrechnung gebracht werden.

6. **Vertragsärzte, die zugleich als so genannte "Auchzahnärzte"** einen Kassenvertrag besitzen, können weder die Pos.Nr. 090 bis 094 noch in diesem Zusammenhang einen Krankenschein verrechnen.

7. **Vertragsfachärzte, die zugleich als Primarärzte in einem burgenländischen Krankenhaus tätig sind,** können Vergütungssätze für Einzelleistungen nicht verrechnen, wenn innerhalb von 24 Stunden eine stationäre Spitalsaufnahme des Patienten erfolgt.

8. **Vertragsärzte, welche physikotherapeutische Leistungen erbringen,** können diese nur dann verrechnen, wenn sie die bezüglichen Physiko-Apparate der für sämtliche § 2-Kassen zuständigen Gemeinsamen Verrechnungsstelle, Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße 5, gemeldet haben.

   Die Physikobehandlungen - mit Ausnahme der mit einem x) versehenen Positionen - sind bewilligungsfrei.

9. **Allgemeine Bestimmungen für die Verrechnung und Honorierung von sonographischen Leistungen**

   a) Honorierung der Vertragsfachärzte für Radiologie erfolgt grundsätzlich unter Beachtung der Vereinbarung zu § 13 des Gesamtvertrages vom 20.5.1994 ohne Gewährung einer Grundvergütung und ausschließlich nach den in Abschnitt C/e angeführten Einzelleistungen bzw. den Anmerkungen zur Verrechenbarkeit.

   b) Bei Fachärzten anderer Sparten erfolgt die Honorierung der sonographischen Leistungen nach Abschnitt C/e unter Beachtung der Anmerkungen zur Verrechenbarkeit.

   c) Die in lit.a und b genannten Vertragsärzte sind nur dann berechtigt sonographische Leistungen abzurechnen, wenn die Befähigung zur Durchführung der Sonographie nachgewiesen und im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und Krankenversicherungsträger eine entsprechende Sondervereinbarung mit dem Vertragsarzt abgeschlossen wurde. Das verwendete Gerät ist der Gemeinsamen Verrechungsstelle zu melden.

d) tritt ab 1.4.2009 außer Kraft

10. Allgemeine Bestimmungen für die Verrechnung und Honorierung von Röntgenleistungen.

a) Honorierung der Vertragsfachärzte für Radiologie erfolgt grundsätzlich unter Beachtung der Vereinbarungen zu § 13 des Gesamtvertrages vom 20.5.1994 ohne Gewährung einer Grundvergütung und ausschließlich nach den in Abschnitt C/f angeführten Einzelleistungen bzw. den nachfolgenden Bestimmungen.

b) Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin können zur Erbringung bestimmter röntgendiagnostischer Leistungen unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Röntgen- Sachverständigenausschusses über Antrag der Ärztekammer für Burgenland von den § 2-Kassen zugelassen werden.

c) Für die Zulassung der unter lit.b) genannten Ärzte ist grundsätzlich Voraussetzung, dass diese die erforderlichen Kenntnisse und geeigneten Apparaturen dem Röntgen-Sachverständigenausschuss nachweisen. Außerdem ist zu beachten, dass Ärzte für Allgemeinmedizin die Zulassung nur erhalten können, wenn am gleichen Ort oder dessen näheren Umgebung kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist. Eine allenfalls bereits erteilte Zulassung ist zurückzunehmen, wenn in dem betreffenden Ort oder dessen näheren Umgebung ein Facharzt für Radiologie den Kassenvertrag erhält.

   Bei Fachärzten anderer Sparten ist im Falle der Kassenzulassung eines Facharztes für Radiologie am gleichen Ort oder dessen näheren Umgebung zu berücksichtigen, dass nur jene röntgendiagnostischen Leistungen (lit.f II) verrechnet werden können, die im Rahmen der klinischen Untersuchung bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten unbedingt erforderlich sind.

d) Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit Kassenzulassung nach lit.b) sind lediglich berechtigt, nachfolgende röntgendiagnostische Leistungen in der eigenen Ordination und für eigene Patienten zu tätigen und nach den unter Abschnitt C/g angeführten Vergütungssätzen und Bedingungen zu verrechnen.

Fachärzte für Chirurgie, Unfallchirurgie:

Röntgenaufnahmen bei Verletzungen und Fremdkörpersuche, Versorgung bei Frakturen, Durchleuchtungen (Thorax, Leerdurchleuchtungen des Abdomens)

Fachärzte für innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde:

Durchleuchtungen (Lunge, Herz, Leerdurchleuchtung des Abdomens).

Fachärzte für Lungenkrankheiten:

Lungendurchleuchtungen oder -aufnahmen

Ärzte für Allgemeinmedizin:

Röntgen-Durchleuchtungen (Lunge, Herz, und Leerdurchleuchtung des Abdomens).

Röntgenaufnahmen bei Fremdkörpersuche oder Extremitätenverletzungen sowie Versorgung bei Frakturen.

11. **Die nach C/g erbrachten Laborleistungen** können grundsätzlich von allen Vertragsärzten verrechnet werden, soferne die Erbringung dieser Leistungen nicht ausdrücklich Fachärzten - durch Symbole bezeichnet - vorbehalten ist.

a) Die Vergütung der Laborleistungen der Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten und der Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie erfolgt ab 1.4.2009 bis zu einem Durchschnittsbetrag von € 3,10 pro Fall (Fälle mit Grundvergütung) in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen € 3,10 und € 4,00 je Fall mit 50 % und für die € 4,00 überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 35 % der jeweiligen Tarifsätze.

b) Für die Vertragsfachärzte für Innere Medizin erfolgt die Vergütung der Laborleistungen ab 1.7.2015 bis zu einem Durchschnittsbetrag von € 10,00 pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen € 10,00 und € 13,00 je Fall mit 50 % und für die € 13,00 überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 40 % der jeweiligen Tarifsätze.

c) Für die Vertragsfachärzte für Urologie erfolgt die Vergütung der Laborleistungen ab 1.7.2015 bis zu einem Durchschnittsbetrag von € 3,50 pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen € 3,50 und € 5,20 je Fall mit 50 % und für die € 5,20 überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 40 % der jeweiligen Tarifsätze.

d) Für die Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgt die Vergütung der Laborleistungen ab 1.4.2009 bis zu einem Durchschnittsbetrag von € 2,10 pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen € 2,10 und € 4,20 je Fall mit 50 % und für die € 4,20 überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 35 % der jeweiligen Tarifsätze.

e) Für die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgt die Vergütung der Laborleistungen ab 1.4.2009 bis zu einem Durchschnittsbetrag von € 2,50 pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen € 2,50 und € 3,40 je Fall mit 50 % und für die € 3,40 überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 35 % der jeweiligen Tarifsätze.

f) Für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin erfolgt die Vergütung der Laborleistungen ab 1.7.2015 bis zu einem Durchschnittsbetrag von € 2,20 pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen € 2,20 und € 3,20 je Fall mit 50 % und für die € 3,20 überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 40 % der jeweiligen Tarifsätze.

g) Für die übrigen Vertragsfachärzte erfolgt die Vergütung der Laborleistungen ab 1.4.2009 bis zu einem Durchschnittsbetrag von € 2,70 pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen € 2,70 und € 3,60 je Fall mit 50 % und für die € 3,60 überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 35 % der jeweiligen Tarifsätze.

12. **Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren** besteht unter Beachtung der Bestimmungen des § 12 des Gesamtvertrages erst bei mehr als einem Doppelkilometer. Ist der Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren gegeben, gilt der ab dem ersten Doppelkilometer angefangene Kilometer als voller.

Gemeindeärzte, die gleichzeitig Vertragsärzte sind, haben innerhalb ihres Sprengels bis auf weiteres Anspruch auf die vollen Wegegebühren, auch wenn sie nicht als nächst erreichbare Ärzte im Sinne des § 12 Abs.2 des Gesamtvertrages in Anspruch genommen werden.

Die Kassen werden bei Überprüfung der Wegegebührenabrechnungen bei Ärzten, die in Gebirgsgegenden bestimmte Strecken nur zu Fuß zurücklegen können und bei anderen schwierigen Wegeverhältnissen einen toleranten Maßstab anlegen und die zur Überprüfung herangezogenen Organe entsprechend anweisen.

Auf der Rückseite des Kranken- bzw. Überweisungsscheines ist die Anzahl der gefahrenen Kilometer in die Spalte des entsprechenden Tages einzutragen, analog den Sonderleistungen.

Am gleichen Tag können bei Besuchen im selben Ort Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Wenn jedoch mehrere Fahrten zu verschiedenen Zeitpunkten am gleichen Tag in dieselbe Ortschaft notwendig werden, so ist die Uhrzeit unbedingt anzugeben. Bei gleichzeitigem Besuch mehrerer Versicherter oder anspruchsberechtigter Familienangehöriger auf der gleichen Wegstrecke, können die Wegegebühren nur für den entferntest wohnenden Patienten verrechnet werden. Für die übrigen, auf der gleichen Wegstrecke besuchten Patienten, entfällt die Kilometergebührenverrechnung. Bei Wegabzweigungen kommen die Kilometerunterschiede zur Anrechnung.

13. **Die in diese Zusatzvereinbarung aufgenommenen Mutter-Kind-Pass-Positionen** (951 bis 973) sind von künftigen Honorarerhöhungen ausgenommen, da die Festsetzung der Höhe dieser Positionen auf Bundesebene erfolgt.

Das gleiche gilt für die Vorsorgeuntersuchungsposition 540, sowie für die Honorarpositionen der krankenhausersetzenden medizinischen Hauskrankenpflege 900 bis 930.

14. Telemedizin

A. Definition der Telemedizin

Telemedizin die Bereitstellung von ärztlichen Leistungen durch Vertragsärzte mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (wie z.B. das Telefon, die Videokonsultation) für den Fall verstanden, dass der Patient oder der Angehörige des Gesundheitsberufs (bzw. zusammenwirkende Angehörige eines Gesundheitsberufs) nicht am selben Ort sind.

B. Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen auf Kassenkosten ist zulässig, wenn diese ärztlich vertretbar ist, berufsrechtlich zulässig ist, zweckmäßig und genauso erfolgsversprechend wie eine persönliche Leistungserbringung ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt eingehalten wird. Darüber hinaus sind die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie die Datenschutzgrundverordnung einzuhalten. Der Vertragsarzt ist aber nicht verpflichtet, telemedizinische Leistungen anzubieten.

C. Honorierung telemedizinischer Leistungen

Telemedizinischer Leistungen werden – sofern nichts anderes vereinbart wird – nach der jeweils geltenden Honorarordnung in gleicher Höhe honoriert wie wenn die Leistung ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird und so, als wenn die Leistung in der Ordination erbracht worden wäre. Eine Zuzahlung zum Kassenhonorar für die telemedizinische Leistungserbringung ist unzulässig.

Abweichend von Abs. 1 gilt, dass bei Erbringung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag die telemedizinische Behandlung grundsätzlich nicht honoriert wird; es sei denn es handelt sich um ein anderes Krankheitsgeschehen. Solche Einzelfälle sind mit der fiktiven Position PERS in der Abrechnung zu kennzeichnen. In der Honorarordnung vorgesehene Zuschläge für die Inanspruchnahme außerhalb der Ordinationszeiten bzw. in der Nacht oder an Sonn- und Feiertagen, können für telemedizinische Behandlungen nur im Bereitschaftsdienst verrechnet werden (die geltenden gesamtvertraglichen Regelungen hinsichtlich des Verrechnungsausschlusses dieser Zuschläge im Bereitschaftsdienst bleiben davon unberührt).

Wird die telemedizinische Leistung abgebrochen – z.B. wegen technischer Probleme – kann die Leistung nur verrechnet werden, wenn die bis zu Unterbrechung erbrachte Leistung zweckmäßig durchgeführt werden konnte und damit von medizinischem Nutzen ist.

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen kann unbegrenzt mit Stecken der O-Card abgerechnet werden (ein allfällig definiertes O-Card Limit gelangt nicht zur Anwendung).

Wird die O-Card bereits bei der Terminabstimmung zur Prüfung des Leistungsanspruchs verwendet, muss der Vertragsarzt für eine Stornierung sorgen, wenn die telemedizinische Leistung dann nicht erbracht wird.

Im Zuge der Abrechnung sind telemedizinische Leistungen über die Verrechnung von zwei (alternativen) fiktiven Positionen entweder als telefonischer Leistungserbringung (Pos. TELE) oder als Videokonsultation (Pos. VIDEO) zu kennzeichnen.

Zum Zwecke der Kennzeichnung der Krankenbehandlung gem. Abs. 2 und Abs. 6 werden in der Honorarordnung, die ein Teil des kurativen Gesamtvertrages ist, mit 1.7.2021 folgende drei Positionen eingeführt:

+ Pos. PERS
Abzurechnen (im Einzelfall mit Begründung) zur Kennzeichnung einer notwendigen persönlichen neben einer telemedizinisch erbrachten Krankenbehandlung am selben Tag aufgrund eines anderen Krankengeschehens

+ Pos. TELE
Abzurechnen zur Kennzeichnung einer telefonischen Krankenbehandlung

+ Pos. VIDEO
Abzurechnen zur Kennzeichnung einer Krankenbehandlung über Videokonsulation

D. Voraussetzungen auf Seiten des Patienten

Eine telemedizinische Leistung darf nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Patienten erbracht werden. Dem in Behandlung übernommenen Patienten muss immer auch die Möglichkeit freigestellt sein, den Vertragsarzt anstelle einer telemedizinischen Behandlung persönlich aufzusuchen.

Telemedizinische Behandlungen sind nur bei bekannten Patienten, also bei Patienten zulässig, die beim Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis bereits persönlich in Behandlung waren. Ausgenommen davon ist die telemedizinische Leistungserbringung durch einen Vertreter in der Ordination, bzw. angestellten Arzt sowie telemedizinische Leistungen im Bereitschaftsdienst.

Telemedizinische Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn beim Patienten die Voraussetzungen – einschließlich infrastruktureller Voraussetzungen – für eine telemedizinische Behandlung erfüllt sind und der Patient geistig und körperlich in der Lage ist, an der telemedizinischen Versorgung mitzuwirken.

E. Infrastrukturelle Voraussetzungen

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen setzt voraus, dass die nötige Vertraulichkeit und Datensicherheit gewahrt bleibt, insbesondere ist bei Videokonsultationen zu gewährleisten, dass diese während der gesamten Übertragung Ende-zu-

Ende verschlüsselt sind. Die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie der Datenschutzgrundverordnung sind einzuhalten.
Der Vertragsarzt hat sich bei Einsatz telemedizinischer Methoden im Rahmen seiner technischen Möglichkeiten von der Identität des Patienten zu überzeugen.

F. Kosten des Einsatzes telemedizinischer Technologien

Soweit nicht in der Honorarordnung anders vereinbart, trägt der Vertragsarzt die Kosten für den Einsatz der von ihm benutzten telemedizinischen Technologien, nicht aber die beim Patienten für den Einsatz der Technologie entstehenden Kosten.

Die Kasse wird dem Vertragsarzt auf ihre Kosten ein System zur Videokonsultation zur freien Verfügung (für alle Patienten, unabhängig von der Versicherungszugehörigkeit) stellen. Dieses System wird keinerlei Daten an die Kasse übertragen bzw. solche nur mit Zustimmung des Vertragsarztes oder nur dann speichern, wenn sie für die Funktionsfähigkeit des Systems notwendig sind. Nicht gespeichert werde insbesondere der Zeitpunkt und die Dauer von Videokonsultationen. Die Kasse wird über Aufforderung der Kammer binnen 2 Wochen eine Bestätigung des mit der Programmentwicklung betrauten Unternehmens (ITSV GmbH) beibringen, dass die in Satz 2 und 3 genannten Bedingungen erfüllt sind und weiter erfüllt werden. Der Vertragsarzt ist nicht verpflichtet, dieses System in Anspruch zu nehmen. Nimmt er allerdings andere Systeme in Anspruch, haben diese ebenfalls der Anforderung zu entsprechen, dass die Datenübertragung auf sicherem Weg erfolgt und die Vorgaben des Pkt. E Abs. 1 erfüllt sind. Außerdem trägt der Vertragsarzt dann selbst die Anschaffungskosten.

G. Sonstige Bedingungen beim Einsatz von telemedizinischen Methoden

Beim Einsatz telemedizinischer Methoden muss Vertraulichkeit und eine störungsfreie Abwicklung der Behandlung gewährleistet sein.

Telemedizinische Behandlungen dürfen – sofern nicht einvernehmlich anderes vereinbart wurde – weder vom Patienten noch vom Vertragsarzt aufgezeichnet werden.

Telemedizinische Behandlungen – insbesondere Videokonsultation – müssen frei von Werbung sein.

Um eine größtmögliche Benutzerfreundlichkeit für den Patienten zu gewährleisten, ist ein System zu wählen, welches auch für mobile Geräte (z.B. Smartphone) anwendbar ist. Bei der Wahl des Systems muss die Benutzerfreundlichkeit ein wesentliches Kriterium sein.

Abbrüche von telemedizinischen Behandlungen bzw. sonstige relevante Funktionseinschränkungen werden im Probebetrieb von den daran teilnehmenden Ärzten dokumentiert.

H. Folgebehandlungen

Eine Verweisung an Krankenanstalten oder Fachärzte infolge der telemedizinischen Behandlung ist nur möglich, wenn dringend geboten oder absehbar ist, dass ein Ordinations- oder Krankenbesuch nicht zielführend ist.
Für die Verordnung von Medikamenten ist die eMedikation (und sobald implementiert das eRezept) zu verwenden, sofern diese für die entsprechende Medikation zur Verfügung steht.

Über Zuweisungen sowie Verordnungen von Heilbehelfen und Hilfsmitteln sollen, wenn möglich auch ohne direkten Patientenkontakt in der Ordination datenschutzrechtlich einwandfrei übermittelt werden. ÄK und Kasse bemühen sich, so rasch als möglich ein elektronisches System zu entwickeln, dass dann grundsätzlich zu verwenden ist.

I. Befristung der Vereinbarung und Evaluierung

Diese gesamtvertragliche Vereinbarung beginnt mit 1. Juli 2021 und ist vorläufig bis 31. Dezember 2022 befristet.

Der Nutzen der Vereinbarung wird bis spätestens 30. Juni 2022 evaluiert; und zwar mit Blick auf folgenden Ergebnisse:
+ Anteil der telemedizinischen Behandlungen (getrennt nach Telefon und Videokonferenz) an der Gesamtzahl der Behandlungen
+ Funktionstauglichkeit des Systems (z.B. Anzahl der Abbrüche oder sonstige Mängel)
+ Parallelität von persönlicher und telemedizinischer Behandlung am selben Tag
+ Zufriedenheit der Vertragsärzte und Patienten mit der Möglichkeit der Telemedizin und daraus abgeleiteten Erkenntnissen für die Verbesserung und die Weiterentwicklung des Systems (wobei dazu im Einvernehmen zwischen ÄK und Kasse geeignete Befragungen durchgeführt werden).

Sollte keine der Vertragsparteien bis spätestens 30. September 2022 mittels eingeschriebenem Brief der Fortführung der Regelung widersprechen, verlängert sich diese auf unbefristete Zeit, wobei jede der Vertragsparteien die Vereinbarung jeweils zum 31. Dezember eines Kalenderjahres mit 6-monatiger Kündigungsfrist gesondert von anderen Gesamtverträgen aufkündigen kann.

15. Übernahme von Patienten einer vakanten Planstelle

Werden von einem Vertragsarzt Patienten einer vakanten, benachbarten Planstelle übernommen, werden diese zusätzlich übernommenen Fälle immer zum Scheinwert der Staffel 1 honoriert. Voraussetzung dafür ist der Abschluss einer Sondervereinbarung. Die Details dieser Sondervereinbarung sind von Kammer und Kasse festzulegen.

B.

1. **Die Vertragsärzte erhalten Vorauszahlungen** in der Höhe von 25% des zuletzt abgerechneten Vierteljahreshonorars bis zum 15. eines jeden Monats, wobei das I.Quartal als Grundlage für die Vorauszahlung des III., das II. Quartal als Grundlage für das IV. Quartal usw. heranzuziehen ist.

   Die errechneten Beträge sind auf EUR 100,-- zu runden.

   Vorauszahlungen werden bei Nichteinhaltung der Bestimmungen des Abschnittes D (Rechnungslegung) im Sinne des § 31 Abs.2 des Gesamtvertrages nicht gewährt.

2. **Die Höhe der Vorauszahlung** für die zur Kassenpraxis neu zugelassenen Ärzte wird bis zur Fertigstellung der ersten Quartalsabrechnung individuell festgesetzt.

3. **Die Auszahlung des restlichen Honoraranteiles** für das betreffende Quartal erfolgt unter Beachtung der Bestimmungen des Abschnittes D (Rechnungslegung) bis spätestens Ende des nächstfolgenden Quartals.

4. **Sämtliche Zahlungen,** wie Vorauszahlungen und der restliche Honoraranteil, sind von der Gemeinsamen Verrechnungsstelle der burgenländischen Krankenversicherungsträger auf ein vom Vertragsarzt zu bestimmendes Geldinstitut zu leisten.

5. **Bei allfälligen Abrechnungs- und Honorardifferenzen** sind die Bestimmungen der §§ 31, 32 und 36 des Gesamtvertrages bzw. des § 5 des Einzelvertrages zu beachten.

6. **Sonderbestimmungen über die Vertretung der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzte) bei Krankheit:**

   Im Falle der Erkrankung des Vertragsarztes ist dieser verpflichtet, eine Meldung über die Erkrankung sowohl der Ärztekammer für Burgenland, als auch der Burgenländischen Gebietskrankenkasse sofort zu erstatten. Die Meldung hat schriftlich zu erfolgen. Ebenso muss die Wiederaufnahme der kassenärztlichen Tätigkeit an die vorgenannten Stellen unverzüglich gemeldet werden.

   Für die Dauer einer mehr als drei Tage währenden Erkrankung steht dem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsarzt) ab dem e r s t e n Tag, soferne die Krankmeldung im Sinne des ersten Absatzes

erfolgt ist, das Recht zu, einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsarzt) mit seiner Vertretung zu betrauen.

Mit Zustimmung beider Vertragsparteien kann auch ein Nichtvertragsarzt als Vertreter nominiert werden. Die Verrechnung der von diesem erbrachten Leistungen erfolgt jedoch nur durch den vertretenen Vertragsarzt unter Beachtung der in den Punkten 6 und 7 dieser Honorarordnung festgelegten Bestimmungen.

In Ausnahmefällen können mit Zustimmung der Ärztekammer für Burgenland und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse mehrere Vertreter bestellt werden.

Der beziehungsweise die Vertreter sind sowohl der Ärztekammer für Burgenland als auch der Burgenländischen Gebietskrankenkasse namentlich bekannt zu geben. Der Vertreter gilt als genehmigt, wenn nicht binnen acht Tagen nach der Meldung von den §2-Kassen oder der Ärztekammer für Burgenland ein Einspruch erhoben wird.

Das Krankenstandsverzeichnis ist dem Vertreter zu übergeben.

An der Ordinationstür des erkrankten Vertragsarztes ist ein entsprechender Aushang, der von der Ärztekammer für Burgenland zur Verfügung gestellt wird, sichtbar anzubringen. Der vertretende Vertragsarzt bzw. die vertretenden Vertragsärzte sind berechtigt, für den Kassenpatienten, der seinen Krankenschein bereits bei dem erkrankten Vertragsarzt abgegeben hat, einen Überweisungsschein auszustellen, welcher im rechten Teil neben dem Wort "wegen:" mit einem roten "K" zu versehen ist. Außerdem ist hier noch der Vermerk: "KS" (Krankenschein) bei Dr. ....." hinzuzufügen.

Dieser Überweisungsschein wird verrechnungsmäßig als Krankenschein gewertet; die allenfalls erbrachten Einzelleistungen werden von der Gemeinsamen Verrechnungsstelle voll honoriert, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass für den gleichen Kassenpatienten pro Quartal nur ein Überweisungsschein - datumsmäßig der erste - anerkannt wird und zur Verrechnung gelangt.

Die auflaufenden Wegegebühren werden für die Vertretungszeit grundsätzlich nur vom Ordinationssitz des nächst erreichbaren Vertragsarztes vergütet. Im Übrigen gelten hinsichtlich der Verrechnung der Wegegebühren die Vertragsbestimmungen.

Nach Wiederherstellung der Dienstfähigkeit des vertretenen Arztes können Kassenpatienten mittels Überweisungsscheines an den vertretenen Arzt nur

dann rücküberwiesen werden, wenn eine weitere ärztliche Behandlung notwendig erscheint.

Dieser Schein ist ebenfalls im rechten Teil neben dem Wort "wegen:" mit einem roten "K" zu versehen und der Vermerk "KS bei mir" anzubringen.
Die dem Vertreter übergebenen, deutlich mit einem roten "K" zu bezeichnenden Krankenscheine sowie die von diesem ausgestellten Überweisungsscheine werden zuzüglich der getätigten Sach- und Sonderleistungen von der Gemeinsamen Verrechnungsstelle in Höhe der garantierten Grundvergütung honoriert. Diese Scheine sind, für jede Kasse alphabetisch geordnet, innerhalb der einzelnen Schleifen obenauf zu legen.

Der dem vertretenen (erkrankten) Arzt übermittelte, deutlich mit einem roten "K" zu bezeichnende Überweisungsschein wird zuzüglich der getätigten Sach- und Sonderleistungen in derselben Höhe wie die anderen Krankenscheine honoriert. Diese Überweisungsscheine sind zusammen mit den übrigen Krankenscheinen zu ordnen und zu verrechnen.

Für allgemeine Vertragsfachärzte gilt obige Regelung sinngemäß.

Unabhängig von diesen Bestimmungen bleibt es jedem Vertragsarzt unbenommen, sich in seiner eigenen Ordination durch einen von ihm bestellten Arzt im Sinne des § 9 des Gesamtvertrages vertreten zu lassen.

7. Sonderbestimmungen über die Vertretung der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzte) bei Urlaub

Im Wesentlichen gelten für die Vertretung des Vertragsarztes für Allgemeinmedizin für den Fall des Urlaubes die gleichen Bestimmungen wie sie unter Punkt B 6 für die Vertretung im Erkrankungsfalle angeführt sind.

Die § 2-Kassen leisten die Vergütung für die Urlaubsvertretung nach folgenden Bestimmungen:

Für einen Kassenpatienten kann pro Quartal nur ein Überweisungsschein zur Verrechnung gelangen.

Für die Ausstellung eines mit einem roten „U“ gekennzeichneten Krankenscheines (U-Scheine) wird die Grundleistungsvergütung für Urlaubsvertretung honoriert.

Die Ausstellung eines U-Scheines ist zulässig bei einem Erholungsurlaub ab einer Dauer von 6 Tagen (4 Ordinationstage) bzw. bei 3 Urlaubsperioden und bei einem Fortbildungsurlaub ab einer Dauer von 2 Tagen (2 Ordinationstage). Der freie Tag und gesetzliche Feiertage sind auf die Ordinationstage anrechenbar, das halbe Ausmaß der Urlaubsdauer müssen jedoch Ordinationstage sein.

Unter Fortbildung im Sinne dieser Vereinbarung verstehen die Vertragsparteien Veranstaltungen mit hauptsächlich medizinischwissenschaftlichem Inhalt. In Einzelfällen können auch Veranstaltungen mit anderen, betriebsnotwendigen Inhalten (z.B. ordinationsbezogener EDV-Kurs) als Fortbildung anerkannt werden.

Die Zusammenrechnung eines Erholungsurlaubes mit einem unmittelbar vorangegangenen, zumindest zweitägigen Fortbildungsurlaub zwecks Erfüllung des Mindestdauererfordernisses von 6 Tagen bei Konsumierung eines Erholungsurlaubes ist zulässig. Bei quartalsübergreifenden Urlauben ist die Ausstellung je eines U-Scheines pro Quartal zulässig, sofern in beiden Quartalen die Mindestdauererfordernisse (6 Tage Erholungsurlaub bzw. 2 Tage Fortbildungsurlaub) erfüllt sind.

Eine Teilung des zustehenden Erholungsurlaubes im Ausmaß von 42 Tagen in sieben Urlaubsperioden ist möglich, wobei ein Teil mindestens 12 Tage, drei Teile mindestens 6 Tage und die übrigen Teile unbeschadet der Bestimmung über die Zusammenrechnung von Erholungs- und Fortbildungsurlaub mindestens 2 Tage betragen.

Für die nachweisliche Teilnahme an einem Fortbildungsurlaub wird eine Vergütung für die Urlaubsvertretung für die Dauer von mindestens 2 bis höchstens 14 Tagen pro Kalenderjahr gewährt. Der Fortbildungsurlaub wird auf die Höchstdauer des Erholungsurlaubes nicht angerechnet.

Der beabsichtigte Urlaub ist spätestens zwei Wochen vor Urlaubsantritt der Ärztekammer für Burgenland sowie der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (siehe Pkt. B.6.) zu melden.

Für die Dauer des Urlaubes steht dem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin das Recht zu, einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin oder einen Arzt für Allgemeinmedizin, der Nichtvertragsarzt ist, mit seiner Vertretung zu betrauen. In Ausnahmefällen können mit Zustimmung der Ärztekammer für Burgenland und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse mehrere Vertreter bestellt werden. Der bzw. die Vertreter sind sowohl der Ärztekammer für Burgenland als auch der Burgenländischen Gebietskrankenkasse namentlich bekannt zu geben.

Das Krankenstandsverzeichnis ist dem Vertreter zu übergeben. Sollte kein Vertreter namhaft gemacht worden sein, so ist das Krankenstandsverzeichnis dem Krankenkontrollor zu übergeben.

In jenen Fällen, in denen ein Krankenschein dem Vertreter erstmalig übergeben wird und mit einem roten „U“ zu kennzeichnen ist, verbleibt der Patient in Orten mit zwei oder mehr Vertragsärzten im laufenden Quartal bei diesem Arzt in Behandlung, sofern die Vertretung nicht durch einen Nichtvertragsarzt in der Ordination des vertretenen Arztes erfolgt ist. Solche Krankenscheine werden mit einer Grundleistungsvergütung von EUR 7,27 zuzüglich der erbrachten Sach- und Sonderleistungen honoriert und sind, für jede Kasse alphabetisch geordnet, innerhalb der einzelnen Schleifen obenauf zu legen.

Eine Rücküberweisung kann nur auf Wunsch des Patienten erfolgen. Dies ist auf dem Überweisungsschein zu vermerken. In den Sanitätssprengeln mit nur einem Arzt hat der Vertreter nach Wiederaufnahme des Dienstes durch den vertretenen Arzt den Kassenpatienten – sofern eine weitere ärztliche Behandlung desselben notwendig ist – mittels Überweisungsschein an den vertretenen Arzt rückzuüberweisen. Derartige Rücküberweisungsscheine sind zu den Originalbehandlungsscheinen zu reihen und werden mit der vollen Grundleistungsvergütung zuzüglich der getätigten Einzelleistungen honoriert. Der beim Vertreter verbleibende Originalkrankenschein wird mit der Urlaubsgrundleistungsvergütung zuzüglich der getätigten Einzelleistungen honoriert.

Die auszustellenden (Rück-)Überweisungsscheine sind mit einem roten „U“ zu versehen und werden mit der vollen Grundleistungsvergütung zuzüglich der getätigten Einzelleistungen honoriert.

Für die Wegegebühren gelten die Bestimmungen des Pkt. B.6.

Für die Vertragsfachärzte gilt sinngemäß die gleiche Regelung.

Die Urlaubs- bzw. Krankheitsvertreter haben bei allen schriftlichen Verordnungen (insbesondere auch bei Rezepten) ihren eigenen Kassenstempel (keinesfalls den des vertretenen Arztes) zu verwenden. Ein Nichtvertragsarzt als Vertreter hat bei allen schriftlichen Verordnungen den Kassenstempel des vertretenen Arztes zu benützen

8. Urlaubskoordinierung der Fachärzte

Bei 2 oder mehr Fachärzten derselben Fachgruppe im Bezirk ist eine Urlaubskoordination vorzunehmen, sodass zumindest ein Vertragsfacharzt erreichbar ist.
Ist nur ein Vertragsarzt derselben Fachgruppe im Bezirk niedergelassen, ist sicherzustellen, dass zumindest ein Vertragsfacharzt in der Nordregion (Neusiedl/See, Eisenstadt, Eisenstadt/Umgebung, Mattersburg, Oberpullendorf) und in der Südregion (Oberwart, Güssing, Jennersdorf) erreichbar ist.
Kann aus berücksichtigungswürdigen Umständen die Urlaubskoordinierung nicht erfolgen, ist ein Vertreter der Ärztekammer und der BGKK namhaft zu machen und den Patienten in gehöriger Weise zur Kenntnis zu bringen.

C.

VERZEICHNIS DER VERTRAGSÄRZTLICHEN LEISTUNGEN UND VERGÜTUNGEN

Die Honorierung sämtlicher Vertragsärzte im Burgenland wird nach folgendem Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und den nachstehenden Vergütungssätzen unter grundsätzlicher Beachtung der Bestimmungen der Honorarordnung (Abschnitt A und B) vorgenommen.

Die vertragsärztlichen Leistungen umfassen:

a) Grundvergütung
b) Vergütung für Einzelleistungen
c) Vergütung für Physiko-Therapie
d) Vorsorgeuntersuchung
e) Ultraschalldiagnostik (Sonographie)
f) Vergütungen für Röntgenleistungen (Diagnostik und Therapie)
g) Vergütungen für Laborleistungen
h) Krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege
i) Mutter-Kind-Pass-Untersuchung

a. GRUNDVERGÜTUNG

Die Honorierung der Grundleistungsvergütung pro gültigen Behandlungsschein (Krankenkassenscheck bzw. Überweisungsschein, Rücküberweisungsschein) und Kalendervierteljahr ist wie folgt geregelt.

Ärzte für Allgemeinmedizin:

	bis Fälle	*€*
Staffel 1	*850*	*26,76*
Staffel 2	*1.000*	*26,44*
Staffel 3	*1.250*	*26,12*
Staffel 4	*1.500*	*25,91*
Staffel 5	*1.700*	*25,69*
Staffel 6	*darüber*	*25,48*

- **Fachärzte für Lungenkrankheiten:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*500*	33,66
Staffel 2	*700*	33,02
Staffel 3	*900*	32,60
Staffel 4	*950*	31,53
Staffel 5	*1.000*	31,00
Staffel 6	*darüber*	30,47

- **Fachärzte für Augenheilkunde:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*1.300*	*28,29*
Staffel 2	*1.500*	*27,76*
Staffel 3	*1.800*	*27,23*
Staffel 4	*2.100*	*27,01*
Staffel 5	*2.300*	*26,59*
Staffel 6	*darüber*	*25,95*

- **Fachärzte für Chirurgie:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*400*	*39,17*
Staffel 2	*600*	*38,64*
Staffel 3	*700*	*38,11*
Staffel 4	*800*	*37,58*
Staffel 5	*900*	*37,05*
Staffel 6	*darüber*	*36,52*

- **Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*900*	*26,01*
Staffel 2	*1.200*	*25,58*
Staffel 3	*1.500*	*25,00*
Staffel 4	*1.800*	*24,47*
Staffel 5	*2.100*	*23,67*
Staffel 6	*darüber*	*22,93*

- **Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*800*	*23,96*
Staffel 2	*1.100*	*22,90*
Staffel 3	*1.400*	*21,73*
Staffel 4	*1.500*	*21,09*
Staffel 5	*1.600*	*20,77*
Staffel 6	*darüber*	*20,03*

- **Fachärzte für Innere Medizin:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*700*	*40,23*
Staffel 2	*750*	*39,78*
Staffel 3	*850*	*38,57*
Staffel 4	*900*	*38,22*
Staffel 5	*1.000*	*37,45*
Staffel 6	*darüber*	*36,22*

- **Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*700*	*38,89*
Staffel 2	*900*	*38,68*
Staffel 3	*1.100*	*38,46*
Staffel 4	*1.300*	*38,25*
Staffel 5	*1.500*	*38,04*
Staffel 6	*darüber*	*37,83*

- **Fachärzte für Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*800*	*24,40*
Staffel 2	*1.000*	*23,87*
Staffel 3	*1.150*	*22,81*
Staffel 4	*1.350*	*22,39*
Staffel 5	*1.600*	*21,75*
Staffel 6	*darüber*	*21,64*

- **Fachärzte für Neurologie:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*400*	*30,03*
Staffel 2	*750*	*28,97*
Staffel 3	*850*	*27,91*
Staffel 4	*950*	*27,38*
Staffel 5	*1.050*	*26,32*
Staffel 6	*darüber*	*25,79*

- **Fachärzte für Orthopädie:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*800*	*30,29*
Staffel 2	*1.300*	*29,76*
Staffel 3	*1.450*	*29,23*
Staffel 4	*1.550*	*28,81*
Staffel 5	*1.750*	*28,17*
Staffel 6	*darüber*	*27,11*

- **Fachärzte für Urologie:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*800*	*26,85*
Staffel 2	*900*	*26,64*
Staffel 3	*1.000*	*26,11*
Staffel 4	*1.200*	*25,57*
Staffel 5	*1.300*	*25,26*
Staffel 6	*darüber*	*25,04*

- **Fachärzte für Unfallchirurgie:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*400*	*37,58*
Staffel 2	*600*	*37,05*
Staffel 3	*700*	*36,52*
Staffel 4	*800*	*35,99*
Staffel 5	*900*	*35,46*
Staffel 6	*darüber*	*34,93*

- **Fachärzte für Psychiatrie:**

	bis Fälle:	*€*
Staffel 1	*400*	*32,71*
Staffel 2	*750*	*31,65*
Staffel 3	*850*	*30,59*
Staffel 4	*950*	*30,06*
Staffel 5	*1.050*	*29,00*
Staffel 6	*darüber*	*28,47*

• Das Honorar für den Urlaubsüberweisungsschein bzw. Urlaubskrankenkassenscheck beträgt	€ 13,79	ab 1.1.26
• Das Honorar für die Krankenvertretung beträgt	€ 14,64	ab 1.1.26
• Das Honorar für die Erste-Hilfe-Vergütung beträgt	€ 22,79	ab 1.1.26
• Das Honorar für die Vertretung wegen Nichterreichbarkeit des Haus- oder Facharztes	€ 22,79	ab 1.1.26
• Akutordinations-Pauschale (WTN-BD neu) – Pos. 992	€ 609,25 € 621,11	ab 1.1.25 ab 1.7.26
• Visitenarzt-Pauschale (WTN-BD neu) – Pos. 993	€ 609,25 € 621,11	ab 1.1.25 ab 1.7.26
• Sonn- und Feiertagsdienst (Honorarordnung Punkt A.3.): • 5-Stunden-Einheit (Pos. 009)	€ 600,00	ab 1.1.25

b. VERGÜTUNGEN FÜR EINZELLEISTUNGEN

Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Die einzelnen Leistungen sind nach Fachgebieten zusammengefasst:

Pos. Nr.	Fachgebiet
001-020	Grundleistungen
021-082	Allgemeine Einzelleistungen
090-094	Leistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin ohne Zahnvertrag
099-119	Augenheilkunde und Optometrie
149-181	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
197-296	Chirurgie (Unfallchirurgie) und Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
300-316	Urologie
350-376	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
401-429	Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde und Lungenkrankheiten
430-439, 480	Neurologie und Psychiatrie/Psychiatrie und Neurologie
4300-4800	Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin/ Psychiatrie und Neurologie (mit Option gem. ZV 2015-17)
440-459	Haut- und Geschlechtskrankheiten
501-516	Physikotherapie
540-547, 9544-9545	Vorsorgeuntersuchung
579 -599, 9578-9599	Ultraschalldiagnostik (Sonographie)
600-601, 6000-6010	Substitutionsbehandlung
641-645	Therapie aktiv DMP DM2
1001-8009	Fachröntgen
660-680	Teilröntgen
701-795	Labor für Ärzte für Allgemeinmedizin u. allgemeine Fachärzte
900-930	Krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege
951-973	Mutter-Kind-Pass ÖIP – Impfungen COVID-Leistungen Telemedizinische Leistungen

Leistungen, die mit der Abkürzung einer Fachgruppe bezeichnet sind, können nur von den dieser Fachgruppe angehörenden Vertragsfachärzten verrechnet werden. Alle übrigen nicht bezeichneten Leistungen sind - mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie - von sämtlichen Vertragsärzten verrechenbar.

AM = Arzt für Allgemeinmedizin

A = Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie

C = Facharzt für Chirurgie bzw. Unfallchirurgie

D = Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

G = Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

H = Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

I = Facharzt für Innere Medizin

K = Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

L = Facharzt für Lungenkrankheiten

N = Facharzt für Neurologie und Psychiatrie bzw. Neurologie

P = Facharzt für Psychiatrie und Neurologie bzw. Psychiatrie bzw. Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

O = Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Ra = Facharzt für Radiologie

U = Facharzt für Urologie

UC = Facharzt für Unfallchirurgie

FÄ = Fachärzte aller Sparten

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Ordinationen			
001	Nachtordination (20 - 7 Uhr)		27,37	Uhrzeit ist anzugeben
002	Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen (nur bei Unfällen oder begründeter Unabweisbarkeit). Ordinationen, die an solchen Tagen in die ordentlichen Sprechstunden fallen, können nicht nach dieser Position verrechnet werden.		37,14	an Werktagen ist Uhrzeit anzugeben
003	Dringende Ordination außerhalb der normalen Sprechstunde		8,17	Die Uhrzeit ist anzugeben. Nicht verrechenbar bei vereinbarten Terminen (bestellte Patienten), Serienbehandlungen bzw. Fortführung bisheriger Behandlungen (insbesondere Heilmittelverordnungen).

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
015	Weitere Ordination		7,43	bei Urlaubsvertretungsfällen ab dem 8. Tag bzw. ab der 2. Urlaubsperiode im Quartal ab dem 1. Tag der Vertretung, verrechenbar; Verrechnung bei Serienbehandlungen siehe Anhang 2 - G Verrechenbarkeit siehe Anhang 3

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Visiten			
004	Zuschlag für Tagesvisite bei mehreren Besuchen gleichzeitig		15,38	verrechenbar bei gleichzeitigem Besuch mehrerer Anspruchsberechtigter in Altersheimen, Schulen, Internaten u. im Familienverband
005	Nachtvisite (Berufung nach 20 Uhr und Vollendung vor 7 Uhr)		53,58	
006	Visite an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen (nur Erstvisite bzw. im Falle begründeter Unabweisbarkeit)		62,60	an Werktagen ist Uhrzeit anzugeben
007	Zuschlag für Erstvisite bei Tag an Werktagen		32,04	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar, siehe Anhang 4
017	Zuschlag für jede weitere Tagesvisite		24,51	siehe Anhang 4
008	Dringende u. sofort getätigte Visite (nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand; wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung u. dgl., verrechenbar)		37,14	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Wegegebühren siehe Bestimmungen der Hon. Ordnung. A/12			
010	ein Doppelkilometer bei Tag		1,74	
011	ein Doppelkilometer bei Nacht		2,62	
	Zuschlag für Zeitversäumnis			
012	Wartezeit bei **Tag** bei Krankenbesuch oder Geburt, die länger als eine halbe Stunde dauert, für jede angefangene weitere halbe Stunde		10,90	nur mit Begründung verrechenbar
013	Wartezeit bei **Nacht** bei Krankenbesuch oder Geburt, die länger als eine halbe Stunde dauert, für jede angefangene weitere halbe Stunde		21,79	nur mit Begründung verrechenbar
014	Ärztlicher Koordinierungszuschlag		10,90	Siehe Anhang 8
018	Heilmittelberatungsgespräch		9,67	siehe Anhang 9
019	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil		13,79	siehe Anhang 5

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
019-LC	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	AM, K, N, P	13,79	siehe Anhang 13
019a	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch	K	31,83	in höchstens 5 **%** der Fälle pro Quartal verrechenbar; Voraussetzung: Psy-2 Diplom der ÖÄK oder FA für Kinder- u. Jugendpsychiatrie; Weitere Voraussetzungen siehe Anhang 11
020	Eingehende Untersuchung oder Befundbericht	allg. FÄ	4,55	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar

II. Allgemeine Einzelleistungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Blutentnahmen			
021	Blutentnahme aus der Vene bei Versendung zu Laboruntersuchungen		2,77	Verrechnungslimit siehe Anhang 6
022	Blutentnahme aus der Vene bei Versendung zu Laboruntersuchungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lj.		6,90	
023	Aderlass durch Venaepunktion		6,98	
024	Venaesektio		11,72	
	Injektionen und Infiltrationen			
026	Sc., ic., i.m. Injektion		2,62	
027	Intravenöse Injektion		3,28	für diagn. Zwecke auch von FÄ f. Radiologie verrechenbar
028	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lj.		4,12	
029	Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i.m.Inj.)		6,19	
030	Intravenöse Injektion zur Varicenverödung bzw. zur Verödung von Haemorrhoidalknoten		6,02	10x pro Fall und Extremität, pro Quartal verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
033	Periarticuläre Gelenks-umspritzung	O, UC	14,22	für UC höchstens in 15 % der Fälle verrechenbar, 1 x pro Tag und Gelenk
034	Intraarticuläre Injektion (große Gelenke: Schulter, Knie, Hüfte)		14,16	
035	Intraarticuläre Injektion (kleine Gelenke: auch mehrere in einer Sitzung)		11,99	
036	Injektion in paravertebrale Ganglien oder in den Nervenstamm	I, C, H,N,O	11,72	
037	Injektion in das Ganglion stellatum	I, C, H,N,O	15,76	
038	Endoneurale oder epineurale Injektion		3,56	
	<u>Infusionen</u>			
041	Subkutane Infusion	AM	10,90	
043	Intravenöse Infusion		11,99	Mittel ist anzugeben, höchst. 10 x pro Fall u. Quartal verrechenbar; für diagn. Zwecke auch von FÄ. f. Radiologie verrechenbar; bei Überschreitung des Verrechnungslimits – Chefarztbewilligung für palliativ-medizinische Betreuung, schwere, oral nicht therapierbare Depression, degenerative und rheumatische Erkrankungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Implantationen			
045	Unblutige Implantation mit Troikart		4,20	synth. Substanz
046	Blutige Implantation mit Incision und Naht		11,72	synth. Substanz od. biolog. Gewebe
	Punktionen			
048	Knochenmarkpunktion (Sternalpunktion)		13,78	
049	Punktion aus oberflächl. Körpergebilden (z.B. Cyste, Lymphknoten, Schleimbeutel, Haematom, Hydrocele)		6,98	
050	Punktion aus Brust- oder Bauchhöhle, Douglas oder Prostata, inkl. Anästhesie, diagn.		15,76	
051	Punktion aus Brust- oder Bauchhöhle, einschl. Douglas, inkl. Anästhesie, therapeutisch		19,55	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
052	Punktion aus größeren Gelenken (Schulter, Knie, Ellbogen)		15,76	für diagn. Zwecke auch von FÄ. f. Radiologie verrechenbar
	Betäubung (Anästhesie)			
060	Allgemeine Anästhesie, i.v. od. Inhalations-narkose		12,75	Toleranzstadium
061	Allgemeine Anästhesie (Kurz-, Rauschnarkose)		7,76	analget. Stadium
062	Leitungsanästhesie		9,19	
063	Infiltrationsanästhesie		8,55	
064	Infiltrationsanästhesie zu therapeutischen Zwecken		4,15	Situsangabe, wenn gemeinsam mit Pos. 033 oder 036
065	Oberflächenanästhesie der tiefen Nasenabschnitte, von Trommelfell und/oder Paukenhöhle	H	1,96	höchstens in 25 % der Fälle verrechenbar
066	Oberflächenanästhesie des Larynx und/oder des Bronchialgebietes	H	3,49	höchstens in 25 % der Fälle verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Sonstige ärztliche Verrichtungen			
069	Einführen einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung		8,72	
070	Wiederbelebungsversuch		39,19	
071	Magenspülung bei Vergiftungen		19,55	
072	Reposition einer incarc. Hernie		9,50	
073	Katheterismus beim Mann, Setzen oder Wechseln eines Verweilkatheters		7,63	
074	Katheterismus am Krankenbett, bei akuter Harnverhaltung beim Mann		9,81	
075	Sondierung oder Bouchierung (Striktur-dehnung), Pezzer inbegriffen, beim Mann		9,98	
076	Katheterismus bei der Frau		3,92	
077	Sondierung oder Bouchierung (Striktur-dehnung), Pezzer inbegriffen, bei der Frau		4,59	
078	Katheterismus bei Kleinkindern	K, U,	9,50	bis zum 6. Lebensjahr
079	Blasenspülung		2,06	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
080	Lösung der Conglutination des Praeputium; Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose		5,07	
081	Prostatamassage		3,08	
082	Digitale rectale Untersuchung		2,85	1 x pro Fall u. Quartal verrechenbar, höchstens aber in 25 % d. Fälle, ausgenommen FÄ f. Urologie
083	Nahtentfernung	AM, K, G	2,62	für AM in höchstens 10 %, für K und G in höchstens 4% der Fälle verrechenbar

Leistungen Ärzte FÜR ALLGEMEINMEDIZIN ohne Zahnvertrag

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
090	Zahnextraktion		3,41	Situsangabe unbedingt erforderlich
091	Zahnextraktion in Lokalanästhesie		9,11	Situsangabe unbedingt erforderlich (Injektionsmittel inbegriffen)
092	Zahnextraktion in Leitungsanästhesie		10,21	Situsangabe unbedingt erforderlich (Injektionsmittel inbegriffen)
093	Blutstillung nach Zahnextraktion		5,07	
094	Blutstillung nach Zahnextraktion durch Naht		10,69	

Zur Beachtung! Auchzahnärzte können diese Positionen und im Zusammenhang damit auch einen Krankenschein n i c h t verrechnen, lediglich nach dem Tarif für Auchzahnärzte (siehe Bestimmung der Honorarordnung A/6).

III. LEISTUNGEN AUS DEN EINZELNEN FACHGEBIETEN

Sonderleistungen, die ausdrücklich - *durch Symbole gekennzeichnet* - einem Facharzt vorbehalten sind, können vom Arzt für Allgemeinmedizin nur verrechnet werden, wenn er hiezu von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Burgenland berechtigt wurde.

AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	a) Untersuchungen			
099	Orthoptischer Befund bzw. Behandlung	A	14,01	höchstens in 10 % der Fälle verrechenbar
101	Gesichtsfeldbestimmungen	A	24,62	beide Seiten
102	Spaltlampenuntersuchung (Hornhautmikroskopie)	A	5,84	siehe Anhang 2 Pkt. A 1)
103	Skiaskopie	A	3,87	
104	Bestimmung des Astigmatismus nach Javal	A	4,80	1 x pro Fall u. Quartal verrechenbar
106	Belastungsprobe bei Glaukom	A	9,11	mind. 3 Mess. in 24 Std. (mit Zeitangabe), einschl. Spaltlampe; höchst. 2 x pro Fall u. Quartal verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
107	Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes auf Simultansehen, Fusion, Fusionsbreite und Stereopsis, ggf. einschl. der qualitativen Prüfung auf Heterophorie, Pseudostrabismus und Strabismus	A	5,93	
	b) Operative u. sonstige Verrichtungen			
108	Fremdkörperentfernung aus der Cornea, einschl. Anästhesie		14,09	
109	Hornhautabrasio einschl. Anästhesie	A	24,55	
110	Operative Entfernung kleiner Geschwülste im Bereich der Lider (z.B. Chalazion)		11,72	
111	Flügelfelloperation (Pterygium)	A	36,35	
112	Lidoperation	A	32,47	
113	Epilation, je Seite	A	3,00	
114	Sondierung (oder Spülung) der Tränenwege, je Seite (erstmalig, einschl. Anästhesie)	A, H	11,32	1 x pro Fall u. Quartal verrechenbar; siehe auch Anhang 2 Pkt. A

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
115	Retrobulbäre Injektion (einschl. Anästhesie)	A	5,07	
116	Applanationstonometrie (einschl. Spaltlampe)	A	11,25	
117	Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes, einschl. Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte	A	12,79	höchstens 2 x pro Fall u. Quartal verrechenbar
118	Diagnostik von Tränendrüsensekretions-störungen (z.B. Schirmertest, Break Up-Test, Vitalfärbung); beide Augen	A	3,18	höchstens in 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar
119	Fundusdiagnostik mittels Funduskamera	A	43,82	höchstens in 4% der Fälle verrechenbar, max. 1x pro Fall und Quartal inkl. Bilddokumentation, Gerätenachweis erforderlich

HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
149	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle (Otomikroskopie)	H	9,55	höchstens in 76% der Fälle verrechenbar, nicht neben operativen Leistungen, die mikroskopisch gemacht werden
150	Fremdkörperentfernung aus der Nase, aus dem Rachen oder aus dem Gehörgang		7,93	Cerumen gilt nicht als Fremdkörper
151	Fremdkörperentfernung aus der Nase, aus dem Rachen oder aus dem Gehörgang		11,24	für Kinder bis zum vollend. 6. Lj.; Cerumen gilt nicht als Fremdkörper
152	Cerumenentfernung, je Seite		3,50	adhaerente, obtur. Pfropfenentfg.
153	Gezielte Applikation von ätzenden u. abschwellenden Substanzen unter Spiegelbeleuchtung im hinteren Nasenraum und/oder an den Seitensträngen und Stillung von Nasenbluten durch Ätzung und/oder Kauterisation	AM, H	3,95	
154	Nasentamponade		5,55	
156	Peritonsillar- oder Retropharyngeal-abszesseröffnung, Septumabszesseröffnung		15,26	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
157	Paracentese des Trommelfelles, Punktion des Mittelohres, je Seite		17,43	
158	Atticspülung	H	4,01	
159	Tubenkatheterismus, je Seite	H	3,60	
160	Endoskopie der oberen Luftwege (Epipharyngoskopie, direkte Laryngoskopie)	H	17,06	
160 - LC	Endoskopie der oberen Luftwege (Epipharyngoskopie, direkte Laryngoskopie) bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	H	17,06	Siehe Anhang 13
161	Endoskopie der Speiseröhre oder der tieferen Luftwege	H, C, L, I	22,01	
162	Endoskopie der Speiseröhre oder der tieferen Luftwege, verbunden mit Fremdkörperentfernung oder Probeexcision	H, C, L, I	43,31	
163	Endoskopie der Kieferhöhle	H	24,55	einschl. Punktion und Spülung
164	Einseitige Punktion einer Nasennebenhöhle incl. Spülung	H	23,76	im Regelfall bei Erstbehandlung verrechenbar
165	Spülung einer Nasennebenhöhle über bereits vorhandene Verweilkatheter	H	7,93	nicht mit Pos. 164 verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
166	Operative Eingriffe an den Nasenmuscheln (Mukotomie oder Elektrokaustik), je Seite	H	25,50	
167	Operative Eröffnung einer od. mehrerer Nebenhöhlen (Siebbein, Keilbein, endonasal Stirnhöhle), je Seite	H	28,82	
168	Nasenseptumoperation	H	98,06	
169	Entfernung von Geschwülsten od. Polypen aus der Nase, aus dem Ohr oder aus dem Rachen, je Seite	H	33,01	
170	Operative Eingriffe im Kehlkopf, einschl. Anästhesie	H	25,18	
171	Adenotomie	H, C	43,59	
172	Tonsillektomie	H, C	108,95	
173	Einrichtung einer Nasenbeinfraktur, einschl. ev. Fixationsverband	H, C	10,90	
174	Vestibularisprüfung	H	17,66	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
175	Audiometrie, Sprach- und Tonaudiometrie (mit entsprechender schriftl. Aufzeichnung und Aufbewahrung der Befunde)	H	19,73	Sprachaudiometrie nur verrechenbar bei a) otoneurolog. Begutachtung zur Differentialdiagnose von Hörschäden inkl. Berufsschäden b) Beurteilung der Möglichkeit einer Hörverbesserung durch Hörapparat c) Beurteilung der Möglichkeit einer Hörverbesserung durch operative Eingriffe
175 - LC	Audiometrie, Sprach- und Tonaudiometrie bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	H	19,73	Siehe Anhang 13
176	Parazentese in Lokal-anästhesie sowie Mittelohrabsaugung und Setzen eines Shepardtubus	H	31,68	nicht neben Position 157 verrechenbar, das Röhrchen wird im Rahmen des Ordinationsbedarfs zur Verfügung gestellt
177	Operative Entfernung eines Shepardtubus inkl. allfälliger Abdeckung der Perforation	H	15,83	
178	Speichelgangsondierung	H	4,75	
179	Operative Entfernung eines Speichelsteines	H	58,83	nicht gemeinsam mit der Position 178 verrechenbar
181	Tympanometrie	H	13,07	in 8 % der Fälle verrechenbar
181 - LC	Tympanometrie bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	H	13,07	Siehe Anhang 13

CHIRURGIE (UNFALLCHIRURGIE) UND ORTHOPÄDIE U. ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	a) Operative Eingriffe			
197	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser, einschließlich Naht und Wundversorgung	AM, D, C, G, U	45,62	siehe Anhang 2, Pkt. H, 1
198	Operative Entfernung, inkl. Naht einer größeren Geschwulst von 10 mm bis 30 mm Durchmesser	AM, D, C, G, U	79,58	siehe Anhang 2, Pkt. H, 2
199	Operative Entfernung, inkl. Naht und erforderliche Anästhesie einer Geschwulst über 30 mm Durchmesser	D, C, G, U	127,32	siehe Anhang 2, Pkt. H, 3
200	Abtragung von Nekrosen		4,91	1 x pro Fall und Tag verrechenbar, max. 5 x im Quartal
201	Incision eines oberflächlichen Abszesses, vereiterten Atheroms oder Furunkels, Panarit. cutaneum, Paronychie		4,28	bei Akne vulg. congl. nur 4 x pro Fall u. Quartal verrechenbar; auch elektrochirurg.; zugl. mit Pos. 209 nicht verrechenbar
202	Incision oberflächlicher Abszesse, Furunkel, vereiterter Haematome, mehrere in einer Sitzung		9,02	bei Akne vulg. congl. nur 4 x pro Fall und Quartal verrechenbar; auch elektrochirurg.; zugl. mit Pos. 209 nicht verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
203	Eröffnung eines Schweiß- od. Lymphdrüsen-abszesses Incision eines abszedierten Atheroms		9,19	auch elektro.-chirurg.
204	Eröffnung von Schweiß- od. Lymphdrüsen-abszessen, mehrere in einer Sitzung		15,76	auch elektro.-chirurg.
205	Operative Behandlung eines Karbunkels, tief sitzenden vereiterten Haematoms		17,98	auch elektro.-chirurg.
206	Incision einer Mastitis oder Phlegmone, eines tief sitzenden Abszesses		20,27	
207	Incision eines Panaritium subcut.		12,99	
208	Incision eines Panaritium tend., oss. oder articul.		16,79	
209	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels		9,26	ausgenommen bei Panaritium u. Radikaloperat. eines Unguis incarnatus
210	Radikaloperation eines Unguis incarnatus, Nagelbettentfernung bei rez. unguis incarnatus		20,27	
211	Silberschienenoperation des Unguis incarnatus	C, O	25,57	
212	Operative Entfernung ausgedehnter Schwielen		20,27	Situsangabe ist nötig

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
213	Entfernung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub-oder paraungualen Warzen		7,93	Lokalanästhesie und Leistung nur 1 x pro Fall und Tag je Situs verrechenbar
214	Entfernung von bis zu fünf vulgären Warzen, z.B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu 15 Mollusken oder pendelnden Fibromen		4,91	Lokalanästhesie und Leistung nur 1 x pro Fall und Tag je Situs verrechenbar
215	Abtragung großer Brandblasen		11,72	
218	Probeexcision aus oberflächl. Gewebsschichten		11,56	
219	Operative Fremdkörperentfernung aus Weich-teilen, oberflächlich		5,86	einschl. Naht
220	Operative Fremdkörperentfernung aus Weich-teilen, tief sitzend		24,22	einschl. Naht
221	Excision einer Fistel		12,58	
222	Varicenoperation nach Moskowicz oder Romich	C, D	30,56	
223	Operative Entfernung von Haemorrhoidalknoten		23,99	
224	Elektrokaustik einer Fissura ani		14,01	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
225	Operative Versorgung einer Analfistel	C	41,72	
226	Metallentfernung	C	63,34	
227	Bandnaht	C	63,34	
228	Operation von Nerven-Kompressionssyndromen an der oberen Extremität (Carpaltunnelsyndrom, Sulcus-Ulnaris-Syndrom, Loge-Guyon-Syndrom)	C	228,12	
229	Dupuytren'sche Kontraktur	C	234,48	
	b) Endoskopien			
230	Rektoskopie ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion	C, I, G, D	28,65	
231	Unvollständige Koloskopie (Untersuchung kann oder muss aus medizinischen Gründen nicht bis zum Coekum durchgeführt werden).	C, I,	111,41	Voraussetzung: siehe Anhang 7
232	Vollständige Koloskopie	C, I	201,59	Voraussetzung: siehe Anhang 7

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
233	Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie ggf. einschl. Oesophagoskopie, Probeexzision, Probepunktion und/oder Ureasenachweis (einschl. Kosten)	C, I	131,56	
	c) Wundversorgung			
234	Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Wundverschluss und Verband		9,74	bis 3 Nähte oder Klammern oder Butterfly
235	Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Ausschneidung und Wundverschluss und Verband		15,83	bis 3 Nähte od. Klammern, bei Versorgung mehrerer Verletzungen ist Pos. 236 zu verrechnen
236	Versorgung einer großen Wunde einschl. Ausschneidung, Wundverschluss und Verband		20,19	mehr als 3 Nähte oder Klammern
237	Wundnaht bei Sehnen-, Nerven-, Gefäßnaht	C	30,63	
238	Chirurgische Versorgung einer arteriellen oder venösen Blutung		15,76	
239	Amputation eines Fingers, einer Zehe, eines Finger- od. Zehengliedes		24,55	einschl. Naht und Plastik

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	d) Chirurg. u. orthopäd. Operationen			
240	Abmeißelung von Exostosen	C, O	29,29	
241	Hammerzehenoperation	C, O	50,99	
242	Operation eines schnellenden Fingers	C, O	45,62	
243	Plastische Operation	C, O, H	68,97	ausschließl. zur Wiederherstellung der Funktionen
	e) Knochenbrüche			
245	Schienenverband; Gehbügel		5,86	Erstanlegung
246	Einrichtung und definitive Frakturversorgung kleiner Knochen mit Fixationsverbänden a u ß e r Gipsverbänden		9,11	
247	Provisorische Frakturversorgung mittels (Gips-) Schiene		12,67	ausgenommen Finger, Zehen, Rippen
248	Einrichtung und definitive Frakturvers. einschl. Gips: kleine Knochen		24,55	mittels Unterarmgipsverband
249	Einrichtung und definitive Frakturvers. einschl. Gips: mittlere Knochen		34,54	mittels Oberarm- oder Oberschenkelgipsverband

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
250	Einrichtung und definitve Frakturversorgung einschl. Gips: große Knochen		38,72	mittels Oberarm-, Brust- oder Oberschenkel-beckengipsverband
	f) Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation			
251	Kleines Gelenk		12,67	
252	Ellbogen-, Knie-, Hand- oder Sprunggelenk		31,83	
253	Schultergelenk		40,38	
	g) Orthopädische Eingriffe			
255	Spreizbehandlung bei Hüftgelenksdysplasie	O, K	21,45	pro Fall und Quartal nur 1 x verrechenbar
256	Reposition der Hüftgelenksluxation, einseitig	O	71,81	mit Gips; außer Breitwickeln od. Spreizkissen
257	Reposition der Hüftgelenksluxation, doppelseitig	O	98,33	mit Gips; außer Breitwickeln oder Spreizkissen
258	Neuerliche Korrektur, ein- od. doppelseitig	O	50,12	mit Gips; außer Breitwickeln oder Spreizkissen
259	Redressement des Klump-, Haken-, Spitzfußes mit anschließender Fixation	O	38,32	mit Gips

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
260	Aufkeilung des Gipsverbandes eines Klump-fußes zur Stellungsverbesserung und neuerliche Fixation nach Kite	O	21,45	
261	Neuerliches Redressement	O	38,32	
262	Schienenbehandlung angeborener Hand- od. Fußdeformitäten durch Stellungsänderung, ausgenommen Gipsverband	O	22,64	1 x pro Fall u. Quartal und Extremität verrechenbar
263	Manualtherapie	O	20,58	höchstens. 3 x pro Fall u. Quartal verrechenbar
	h) Verbände, Anlegung und Wiederanlegung			
264	Anlegung eines Okklusiv-, Kompressions- od. Heilverbandes am gleichen Tag nicht verrechenbar bei Pos. 248, 249, 250		5,84	höchstens 5 x, für AM u. D 10 x pro Fall und Quartal verrechenbar; siehe Anhang 2, Pkt. C
265	Zinkleimverband, pro Fall u. Extremität		7,76	
266	Fingergipsverband oder Gipsausbesserung		12,67	
267	Unterarmgipsverband		16,79	
268	Unterarm mit Oberarmgipsverband, Faust- bzw. Naviculare- Gips		20,83	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
269	Oberarm mit Schultergürtel oder Kopf mit Schultergürtelgips-verband		31,43	
270	Fußgipsverband		10,29	
271	Unterschenkelgips-verband		17,66	
272	Unterschenkel mit Oberschenkelgipsverband		27,40	
273	Gipshülse		18,68	
274	Oberschenkel mit Beckengürtelgips-verband		25,26	
275	Halskrawatte		12,19	
276	Gipsschale	C, O	25,26	
277	Gipsmieder, Gipsbett	C, O	47,60	
278	Gipslongette		16,98	
	i) Abnahme von Gipsverbänden			
280	nach Pos. 247, 248, 252, 266, 267, 270, 273, 275		7,51	
281	nach Pos. 249, 250, 253, 256, 257, 258, 259, 261, 268, 269, 271, 272, 274, 277		14,01	
	j) Gipsabdruck für orthopädische Behelfe			
282	Gipsabdruck f. Modelleinlagen	O	11,95	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
284	Prüfung der Sensibilität mit Anlegung eines Schemas	O	23,78	
285	Versorgung mit Heilbehelfen für den Stütz- und Bewegungsapparat sowie deren Kontrolle	O	21,75	in 12 % der Fälle verrechenbar
290	Arthroskopische Untersuchung ggf. einschl. Entnahme von Gewebsproben aus Weichteilen, Knorpeln oder Knochen einschl. Kosten	C	214,32	
291	Arthroskopische Operation mit Meniskus- (Teil-) Resektion, Plica-(Teil-) Resektion, (Teil-) Resektion des Hoffa`schen Fettkörpers oder Entfernung freier Gelenkkörper, einschl. Kosten	C	551,72	
292	Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en)	C	565,51	
295	Polypektomie mit der Schlinge	C, I	48,81	Zuschlag zu Pos. 231 und 232, inkl. Kosten für Schlinge, nicht gemeinsam mit Pos. 296 verrechenbar
296	Polypektomie mit der Zange	C, I	26,53	Zuschlag zu Pos. 231 und 232, nicht gemeinsam mit Pos. 295 verrechenbar

UROLOGIE

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
300	Punktion der Harnblase		35,39	
301	Operation einer Paraphimose		18,29	
302	Phimosenoperation		18,68	
303	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	U	19,61	
304	Zystoskopie ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision bei der Frau; Amnioskopie	U, G	35,65	einschließlich Katheterismus
305	Zystoskopie ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision beim Mann	U	71,72	einschließlich Katheterismus; mit starrem oder flexiblem Endoskop
306	Funktionsprüfung durch endoskopische Betrachtung der Harnpropulsion an den Ostien oder Uretersondierung	U	21,71	einschl. Katheterismus; Zuschlag zur Pos. 304 und Pos. 305
307	Harnleitersondierungen, ggf. einschl. Nieren-beckenspülung(en) und/oder Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmittel in das/die Nierenbecken	U	7,29	pro Harnleiter verrechenbar; Zuschlag zu Pos. 304 und Pos. 305

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
308	Operativer Eingriff in der Harnblase, transurethral, z. B. Koagulation von Blutungsherden und/ oder Entfernung von kleinen Fremdkörpern und/oder kleinen Tumoren	U	64,05	Zuschlag zu Pos. 304 und Pos. 305
309	Operative Polypentfernung aus der Urethra	U	30,97	exclus. carunculae urethrales b.d. Frau
310	Vasektomie beiderseits, bei Prostataleiden	U	47,11	
311	Lithotripsie	U	71,66	
312	Schlingensondierung eines Harnleiters	U	43,15	
313	Ultraschallgezielte Mehrfachbiopsie der Prostata	U	111,41	Nadeln werden im Rahmen des Ordinationsbedarfs zur Verfügung gestellt Anmerkung: Grundsätzlich sind mind. 8 Biopsien durchzuführen, in medizinisch begründeten Einzelfällen auch weniger; Begründung ist anzugeben.
314	Uroflowmetrie, inkl. Registrierung	U	21,33	höchstens in 23 % der Fälle verrechenbar
315	Blaseninstillation mit Zytostatika inkl. Katheterismus	U	10,90	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
316	Urodynamisches diagnostisches und therapeutisches Gespräch bei Patientinnen/Patienten mit bestehender Harninkontinenz, wenn Heilmittel bei Pollakisurie und Harninkontinenz gemäß Erstattungskodex (ATC-Gruppe G04BD) verordnet werden, wobei die Leistung die Anleitung für das Durchführen eines Miktionsprotokolls inklusive Dokumentation und Auswertung des Protokolls inkludiert	U	13,51	verrechenbar in maximal 6 % der Fälle pro Quartal, pro Patientin/Patient ist die Leistung einmal pro Jahr verrechenbar

Honorarordnung

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
350	Beistand bei Geburt ohne operative Eingriffe, über Berufung und in Anwesenheit der Hebamme		49,00	
351	Beistand bei Geburt ohne operative Eingriffe, in Abwesenheit der Hebamme		98,33	
352	Kombinierte Wendung		90,33	
353	Manualhilfe bei Steißlage, oder Reposition der Nabelschnur oder vorgefallener Kindesteile		54,87	
354	Zange oder Vakuumextraktion		58,98	
355	Ultraschalluntersuchung - Doppler - Effekt	G	9,11	verrechenbar bei gestörter Gravidität im 1. Drittel der Schwangerschaft; bei pathologischen Fällen mit Begründung, höchstens aber 3 % der Fälle
356	Naht eines Dammrisses I u. II oder Episiotomie, incl. Naht		36,35	
357	Naht eines Dammrisses III		94,23	incl. Sphinktermuskulatur
358	Manuelle Plazentalösung		78,62	
359	Cervixriss, Naht		68,49	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
361	Abrasio mucosae uteri, vollständig (Probecuret-tage, vollständig); Konisa-tion		46,31	therapeutisch od. zwecks histolog. Befun-des
363	Kolposkopie	G	6,77	In 70% der Fälle verre-chenbar, siehe Anhang 2, Pkt. B
364	Probeexcision aus der Portio	G	18,29	einschl. Naht od. Elekt-rokaustik
365	Probeexcision aus der Vagina oder Vulva	G, C, D	12,67	einschl. Naht od. Elekt-rokaustik
366	Elektrokauterisation bei Portioerosion	G	9,50	
367	Polypentfernung aus der Vagina		9,35	
368	Polypentfernung aus der Cervix, incl. Nach-curet-tage		32,70	
369	Exstirpation kleinerer Ge-schwülste aus Uterus oder Vagina; Condylom-abtragung		18,29	
370	Incision eines suburethra-len Abszesses	G, U, C, D	23,51	auch elektrochirurgisch
371	Incision eines Bartho-lin'schen Abszesses		13,78	auch elektrochirurgisch
372	Entfernung eines einge-wachsenen Pessars	G	27,40	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
373	Pessaranpassung, -wechsel		5,86	
374	Pertubation	G	29,29	
375	Skarifikation der Portio; Kryochir. Kauterisation	G	19,71	
376	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung inkl. Objektträger, Fixierungslösung und Porto	G	5,70	z. B. Papanicolaou; höchstens in 70 % der Fälle verrechenbar

INNERE MEDIZIN, KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE UND LUNGENKRANKHEITEN

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
401	Standard-EKG	AM, I, K	21,22	
402	Langzeit-EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden Registrierung, Computer-auswertung und Befund-erstellung)	I	106,10	in höchstens 6% der Fälle verrechenbar; siehe Anhang 12
402 - LC	Langzeit-EKG bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	I	106,10	siehe Anhang 13
404	EKG am Krankenbett, Zuschlag	AM, I, K	5,07	
405	Zuschlag für EKG für Kinder unter 6 Jahre	K	5,31	nur verrechenbar mit Pos. 401 nicht am selben Tag mit Pos. 404 verrechenbar
406	Rheokardiographie, Rheoangiographie, Oszillographie, Plethysmographie	I	15,04	1 x pro Fall u. Quartal und Extremität verrechenbar
407	Oszillometrie, einschl. d. Messung der Hauttemperatur	I, C, N, D	5,86	
408	Ergometrie	I	93,43	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar; siehe Anhang 2, Pkt. D
409	24 Stunden-Blutdruck-monitoring	AM, I	41,91	Für AM in höchstens 1%, für FÄ Innere Medizin in höchstens 3% der Fälle verrechenbar; siehe Anhang 12;

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
409 - LC	24 Stunden-Blutdruck-monitoring bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	I	41,91	siehe Anhang 13;
410	Glykosyliertes Hämoglobin (HbA 1c)	AM, I, K	6,87	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar
411	Echokardiographie mit 2-dimensionaler Darstellung ggf. einschließlich Doppler-Sonographie des Herzens mit gepulsten und/oder CW-Doppler	I	75,33	höchstens in 33% der Fälle verrechenbar
411 - LC	Echokardiographie mit 2-dimensionaler Darstellung ggf. einschließlich Doppler-Sonographie des Herzens mit gepulsten und/oder CW-Doppler bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	I	75,33	siehe Anhang 13;

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
412	Denver-Development-Test bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lj.	K	19,10	
413	Motoskopische Untersuchung zur Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsstandes bei Kindern	K	32,36	
414	Somatogramm bei Krankheitsverdacht	K	10,61	1 x pro Fall und Quartal und höchstens in 10% der Fälle verrechenbar
415	Bodyplethysmographie	L	29,71	höchstens in 34 % der Fälle verrechenbar
415 - LC	Bodyplethysmographie bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	L	29,71	siehe Anhang 13;
417	Provokationstest inklusive unspezifischer, inhalatorischer und/oder pharmakodynamischer Provokation sowie nachfolgender Broncholyse. Die erste notwendige weitere Spirometrie ist im Tarif inkludiert.	L	18,44	höchstens in 12 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar Nicht gemeinsam mit Position 421 verrechenbar
418	Allergieaustestung (inhalative Allergene)	L	22,28	höchstens in 7 % der Fälle verrechenbar
419	Blutgasanalyse	L	51,88	höchstens in 18 % der Fälle verrechenbar
419 - LC	Blutgasanalyse bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	L	51,88	siehe Anhang 13;

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
420	Spirographische Untersuchung zur Bestimmung exspiratorischer Parameter (Vitalkapazität bei forcierter Ausatmung, Sekundenkapazität, Atemstromstärke im Bereich unterschiedl. Lungenvolumina), einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation	L, I, K, AM	15,92	höchstens in 137 %, für AM in 5%, für K in 5%, für I in 30% der Fälle verrechenbar, Befundabschrift ist aufzubewahren, Geräte und Ausbildungsnachweis erforderlich
420 - LC	Spirographische Untersuchung zur Bestimmung exspiratorischer Parameter (Vitalkapazität bei forcierter Ausatmung, Sekundenkapazität, Atemstromstärke im Bereich unterschiedl. Lungenvolumina), einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachtsfällen	L	15,92	siehe Anhang 13;
421	Zuschlag zur Pos. 420 bei Bestimmung exspiratorischer Parameter nach Applikation broncho-spasmolytisch wirksamer Substanzen, einschl. Substanzkosten, einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation	L, K	5,56	für L höchstens in 30 % der Fälle verrechenbar, für K höchstens in 2 % der Fälle verrechenbar
422	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung inkl. aller Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind.	L	53,05	höchstens in 7 % der Fälle verrechenbar Das verwendete Gerät ist der Kasse zu melden

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
423	Atemwegswiderstands-messung	L	7,81	höchstens in 90 % der Fälle verrechenbar
423 – LC	Atemwegswiderstands-messung bei Long-Covid-Patienten bzw. -verdachts-fällen	L	7,81	siehe Anhang 13;
424	Zuschlag für eingehende Untersuchung bei Klein-kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres	AM, K, H	11,67	1 x pro Fall und Quar-tal verrechenbar, aber nicht in Verbindung mit Pos. 020
425	Tuberkulinprobe und Aus-wertung	L, K	8,49	höchstens in 20 % der Fälle verrechenbar
426	Detaillierter individueller Ernährungsplan oder -be-ratung bei Frühgeborenen, dyspeptischen, dystrophi-schen sowie bei Ekzemkin-dern, bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen und bei allergischen Erkrankun-gen; inkl. Dokumentation.	K	25,99	1 x pro Fall und Quar-tal verrechenbar
427	Eingehende Beratung und Behandlung der Enuresis / Enkopressis für Kinder ab dem 4. Lj.	K, U	11,67	1 x pro Fall und Quar-tal verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
428	Behandlungszuschlag bei der Betreuung von Kindern mit klinisch relevanter, behandlungsbedürftiger neurologischer Beeinträchtigung oder für die entwicklungsneurologische Untersuchung nach einer Risikogeburt (wobei für die Risikogeburt gilt: exklusive nach geplanter Wunschsectio, Kinder nach Risikogeburt nur bis zum vollendeten 2. Lebensjahr abrechenbar)	K	25,46	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar
429	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich	AM, K, H	3,00	für AM und H höchstens in 5 **%** der Fälle pro Quartal verrechenbar für K höchstens in 20% der Fälle pro Jahr verrechenbar Test wird im Rahmen des Ordinationsbedarfs zur Verfügung gestellt

NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE/ PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
430	Ausführliche psychiatrische Exploration (bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319)	N, P	25,46	1 x pro Fall und Quartal, für N höchstens in 36%, für P in 50 % der Fälle verrechenbar,
431	Neurologische Statuserhebung mit Dokumentation	N, P	20,35	Für P in 50% der Fälle verrechenbar
432	Psychotherapeutische Sitzung	N, P	11,67	für Fachärzte für Psychiatrie und FÄ mit Modul III je 10 min. jedoch max. 3 x pro Fall und Tag, höchstens für 12 Sitzungen pro Fall und Quartal verrechenbar; von sonstigen Vertragsärzten 10 x pro Fall und Quartal verrechenbar
433	Messung visuell (VEP), akustisch (AEP) oder somatosensensibel (SSP) evozierter Hirnpotentiale	N, P	61,54	höchstens in 12 % der Fälle verrechenbar
434	Elektroencephalogramm	N, P	54,11	bei Zuweisung ausschließlich zum EEG wird keine Grund-vergütung honoriert
435	Außenanamnese für gesondert gelagerte psychiatrische Fälle	N, P	18,04	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar, jedoch höchstens in 30% der Fälle

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
436	Elektromyographische (Nadelelektroden) und ggf. elektroneurographische Untersuchung eines Muskels und der versorgenden Nerven	N, P	35,96	höchstens in 8 % der Fälle verrechenbar
437	Elektromyographische (Nadelelektroden) und ggf. elektroneurographische Untersuchungen mehrerer Muskeln und der versorgenden Nerven	N, P	47,94	nicht mit Pos 436 verrechenbar; höchstens in 8 % der Fälle verrechenbar
438	Elektromyographische Untersuchung mit Oberflächenelektroden oder elektroneurographische Untersuchung mit Bestimmung(en) der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit, je Nerv	N, P	21,22	höchstens in 16 % der Fälle verrechenbar
439	Bestimmung(en) der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit, je Nerv	N, P	10,10	neben Pos. 436, 437 und Pos. 438 verrechenbar, oder als Kontrolluntersuchung nach vorangegangenen elektromyographischen Untersuchungen mit gleichzeitiger(en) Bestimmung(en) der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit; höchstens in 16 % der Fälle verrechenbar
480	Psychiatrische Skala, Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala	N, P, AM	18,04	

PSYCHIATRIE/
PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN/
PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

(Nach Ausübung des Optionsrechts gem. Zusatzvereinbarung 2015 bis 2017)

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
4300	Psychopathologischer Status	P	26,53	
4310	Neurologische Statuser-hebung mit Dokumentation	P	20,35	in 30% der Fälle verrechenbar
4320	Psychiatrisch-psychosomatisches Gespräch (mind. 10 Minuten)	P	23,34	Siehe gemeinsame Anmerkungen zu Pos. 4320, 4321 und 4322
4321	Psychiatrisch-psychosomatisches Gespräch (mind. 15 Minuten)	P	33,21	Siehe gemeinsame Anmerkungen zu Pos. 4320, 4321 und 4322
4322	Psychiatrisch-psychosomatisches Gespräch bzw. „kleines“ psychotherapeutisches Gespräch (mind. 25 Minuten)	P	55,33	Siehe gemeinsame Anmerkungen zu Pos. 4320, 4321 und 4322
4350	Außenanamnese für gesondert gelagerte psychiatrische Fälle	P	18,04	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar, jedoch höchstens in 30% der Fälle

Anmerkung zu Pos. 4320, 4321 und 4322: Gesamtlimit für alle 3 Positionen: max. 12x/Fall/Quartal und höchstens 2 Std./Fall/Quartal verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
4360	Erstkontakt inkl. ausführlicher psychiatrisch-relevanter Anamnese, Längsschnittexploration, Erstellung eines Behandlungsplanes	P	42,44	Verrechenbar bei neuen Patienten bzw. wenn letzter Patientenkontakt länger als 1 Jahr stattgefunden hat; max. in 15% der Fälle verrechenbar
4370	Notfallintervention bei Suizidalität, Psychose, Unterbringung bzw. wenn eine intensive Einbeziehung von Angehörigen, Amtsarzt oder Rettung bzw. Krankenhaus-Anmeldung notwendig ist	P	42,44	max. in 5% der Fälle verrechenbar
4380	Einzelpsychotherapie (mind. 50 Min.)	P	103,98	max. in 15% der Fälle verrechenbar; nur von FÄ für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin oder FÄ für Psychiatrie mit Psy III-
4800	Psychiatrische Skala, Mini-mental-Status-Test oder gleichwertige Skala	P	18,04	
6000	Einstellung Substitution	P	84,88	Höchstens 1x/Fall/Jahr verrechenbar; siehe Anmerkungen zu Pos. 600
6010	Weiterbehandlung Substitution	P	29,71	Höchstens 5x/Fall/Quartal verrechenbar; siehe Anmerkungen zu Pos. 601

HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
440	Einspritzung, Einträufelung oder Spülung der Harnröhre (Provokation)	D, U	3,28	
441	Kohlensäureschnee-behandlung oder Behandlung mit flüssigem Stickstoff, je Sitzung	D	7,85	inkl. Kohlensäure bzw. Stickstoff, ausgenommen Chloräthyl
443	Behandlung mit Podophyllin genital (Entfernung spitzer Condylome)	D, G, U	2,54	höchstens 2 x pro Fall und Quartal verrechenbar (inkl. Substrate)
444	Exploration von Allergien (ausführliche Anamnese und Untersuchung ohne Epicutanteste)	D, L, H, K	5,45	höchstens in 20 % d. Fälle verrechenbar für H und K höchstens in 12 % der Fälle pro Quartal verrechenbar
445	Kaustik	D	9,19	ausgenommen Warzen
446	Hautstanzung	D	5,31	
447	Epicutantestung (bis 7 Stoffe)	D	8,93	höchstens 3 % d. Fälle
448	Epicutantestung (8 bis 14 Stoffe)	D	15,26	höchstens 3 % d. Fälle
449	Epicutantestung (15 bis 30 Stoffe)	D	22,01	höchstens 2 % d.Fälle

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
450	Prick-Test einschl. Kosten, bis zu 10 Tests je Behandlungsfall, je Test	D, H, K	3,37	höchstens in 3% der Fälle verrechenbar
451	Prick-Test einschl. Kosten, für jeden weiteren Test bis max. 30 Tests insgesamt, je Test	D, H	1,94	höchstens in 3 % der Fälle verrechenbar
454	Auflichtuntersuchung/ Dermatoskopie, Untersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mittels Dermatoskop, inkl. Dokumentation und notwendige Therapie u. Prophylaxe	D	19,10	einmal pro Jahr und Fall, sowie insgesamt bei 30 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Dokumentation ist mindestens 3 Jahre aufzubewahren und dem KV-Träger auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
455	Phototherapie (SUP) 1. bis16. Behandlung, je	D	6,54	siehe Anhang 2, Pkt. E
456	Phototherapie (SUP) ab der 17. Behandlung, je	D	4,47	siehe Anhang 2, Pkt. E
457	Photochemotherapie (PUVA) 1. bis 4. Behandlung, je	D	9,81	siehe Anhang 2, Pkt. F
458	Photochemotherapie (PUVA) 5. bis 16. Behandlung, je	D	8,72	siehe Anhang 2, Pkt. F
459	Photochemotherapie (PUVA) ab der 17. Behandlung, je	D	5,45	siehe Anhang 2, Pkt. F
460	Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, Plattenepithelkarzinom, aktinische Keratose)	D	23,45	höchstens in 20 % der Fälle, max. einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. 454 verrechenbar.

c) VERGÜTUNGEN FÜR PHYSIKOTHERAPIE

1) Physikalische Behandlung kann nur verrechnet werden, wenn die bezüglichen Physiko-Apparate der Gemeinsamen Verrechnungsstelle, Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße 5, gemeldet wurden.

2) Für physikalische Behandlung - ausgenommen die mit x) bezeichnete - ist keine Bewilligung der Kasse erforderlich.

3) Für überwiesene Fälle gebührt keine Grundvergütung

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	<u>Massagen</u>			
501	x) Manuelle Massagen, mind. 15 Minuten (nicht mit Pos. 503 zusammen verrechenbar)	O, C	4,99	
502	Pneumomassage des Trommelfelles	H	1,67	
	<u>Gymnastik</u>			
503	Heilgymnastik, orthop. Einzelturnen, mindestens 15 Minuten	O, C	1,67	
504	Extensionsbehandlung (Glisson oder Quengeln)	O, C	1,67	
505	Extensionsbehandlung mit rhythmisch-automatisch arbeitenden Geräten	O, C	4,28	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
506	Orthopädisches Gruppenturnen, pro Stunde und Fall	O, C	1,51	
	<u>Bestrahlungen und elektrische Behandlungen</u>			
507	Anwendung von Wärmelampen		1,19	
508	Quarzbestrahlung		1,19	
509	Heißluft, nicht mit Pos. 503 zusammen verrechenbar		1,19	
510	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom		2,38	
511	Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten		2,38	
512	Iontophorese (ohne Medikament)		2,38	
513	Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle		2,38	
514	Diathermie		2,38	
515	Ultraschall		3,16	
	<u>Inhalationen</u>			
516	Aerosol-Inhalation (ohne Medikament)		1,98	

d) VORSORGEUNTERSUCHUNG

Entsprechend dem zwischen der Österr. Ärztekammer und dem Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger mit Wirkung ab 1.1.2005 abgeschlossenen Gesamtvertrag für die Vorsorgeuntersuchung ist in § 12 die Honorierung bei der Vorsorgeuntersuchung festgelegt.

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
540	Basisuntersuchung komplett	AM, L, I	112,50	ab 1.1.2026; (bei nicht elektronischer Übermittlung der Befundblätter ab 1.7.2024 bleibt es beim bisherigen Honorar in Höhe von € 88,00)
541	Basisuntersuchung ohne Labor für Männer	AM, L, I	103,00	ab 1.1.2026; (bei nicht elektronischer Übermittlung der Befundblätter ab 1.7.2024 bleibt es beim bisherigen Honorar in Höhe von € 78,50)
542	Basisuntersuchung ohne Labor für Frauen	AM, L, I	102,50	ab 1.1.2026; (bei nicht elektronischer Übermittlung der Befundblätter ab 1.7.2024 bleibt es beim bisherigen Honorar in Höhe von € 78,00)
543	Gynäkologische Untersuchung	G	40,85	ab 1.1.2026 siehe Anmerkung unten

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
MAMSON	BKFP-Mammographie beidseitig, inkl. Sonographie	Ra	113,38	ab 1.1.2026 ab 2027: € 114,38 ab 2028: € 115,38 ab 2029: € 115,38 bei Durchführung im Rahmen des BKFP, sofern die im 2. ZP VU-GV festgelegten Bedingungen erfüllt sind

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
MAMBEF	Übermittlung BKFP-Mammographiebefund samt Bilddatei an ELGA	Ra	1,00	ab 1.1.2024 bis 31.12.2026; max. 1x pro MAMSON verrechenbar
9545	Sonographie der Mamma im Rahmen des BKFP (z.B. ReScreen), je Seite	Ra	13,78	ab 1.4.2024; nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. MAMSON
546	VU-Vollständige Koloskopie	Ch,I	290,86	ab 1.1.2026
547	VU-Unvollständige Koloskopie	Ch,I	194,32	ab 1.1.2026

Anmerkung zu Pos. 543: "Durchzuführen ist: palpatorische Untersuchung der Brust einschließlich der Anleitung zur Selbstuntersuchung, digital-rectale Untersuchung (fakultativ), Kolposkopie, PAP-Abstrich, Abschlussgespräch. Am selben Tag nicht verrechenbar mit Pos. 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“, Pos. 082 „Digitale rectale Untersuchung, Pos. 355 „Ultraschallungersuchung – Doppler – Effekt“, Pos. 363 „Kolposkopie“ und Pos. 376 „Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung inkl. Objektträger, Fixierungslösung und Porto“.

e) ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Sonographie

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
579	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste)	C, O	18,53	für O in 5 % der Fälle verrechenbar
580	Oberbauch (Leber, Gallenwege, Gallenblase, Pankreas, Milz)	I, C, K	40,77	
581	Nieren und Retroperitoneum	I, C, K	33,25	
582	Unterbauch	I, C, K	27,71	
583	Ein Organ	I	25,35	
584	Sonographie bei Schwangerschaft	G	29,72	
585	Urologische Sonographie pro Untersuchungsfeld einschl. Befunderstellung und Dokumentation	U	22,39	pro Patient und Tag sind höchstens 2 Untersuchungsfelder verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
586	Sonographie der kind-lichen Hüften im 1. Lj. bei Krankheitsverdacht	K, O	23,76	
587	Gynäkologische Sonographie (inkl. endovaginale Sonographie)	G	29,72	
588	Sonographie der Schilddrüse und erforderlichenfalls der Nebenschilddrüse	I, C	21,22	
591	Bidirektionale dopplersonographische Untersuchung der supraorbitalen Arterien	N	22,39	nur für angiologisch tätige Fachärzte mit Befähigungsnachweis; höchstens in 17% der Fälle verrechenbar
592	Farbduplexsonographie der Carotis und des Vertebralis-Arteriensystems	N, I	49,87	nur für angiologisch tätige Fachärzte mit Befähigungsnachweis; für N in höchstens 17% der Fälle verrechenbar für I in höchstens 13 % der Fälle verrechenbar
594	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine Thrombose der tiefen Vene	C	42,44	Für FÄ für Chirurgie in höchstens 16% der Fälle verrechenbar
597	Sonographie des Scrotalinhaltes	K	21,29	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
9578	Sonographie der oberfl. Raumforderungen	Ra	15,94	
9579	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste)	Ra	24,47	
9580	Oberbauch (Leber, Gallenwege, Gallenblase, Pankreas, Milz)	Ra	40,73	
9581	Nieren und Retroperitoneum	Ra	33,24	
9582	Unterbauch	Ra	27,69	
9583	Ein Organ	Ra	25,34	
9584	Sonographie bei Schwangerschaft	Ra	21,85	
9585	Farbduplex-Sonographie der Carotis und des Vertebralis-Arteriensystems	Ra	61,37	
9586	Farbduplex-Sonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine Thrombose der tiefen Vene	Ra	53,81	
9587	Farbduplex-Sonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes	Ra	53,81	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
9588	Sonographie der Schilddrüse und erforderlichenfalls der Nebenschilddrüse	Ra	23,33	
9589	Sonographie der Mamma, je Seite	Ra	14,62	ab 1.10.2009 nicht gemeinsam mit Pos. 8000, 8001 oder MAMSON verrechenbar
9598	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	Ra	32,41	
9599	Sonographie der Axilla oder der Leiste	Ra	18,84	

Die vereinbarten Tarife schließen das ärztliche Honorar und sämtliche, mit der Organsonographie verbundenen Unkosten, wie die der Dokumentation, mit ein.

Anmerkungen zur Verrechenbarkeit der Ultraschalldiagnostik:

Fachärzte für Innere Medizin:

Die Pos. 580 ist in höchstens 15 **%** der Fälle verrechenbar, die Pos. 581 in höchstens 12 %, die Pos. 582 ist in höchstens 11 %, die Pos. 588 ist in höchstens 14 % und die Pos. 583 in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar.

Fachärzte für Chirurgie:

Die Pos. 579 ist maximal in 25 % der Fälle von Unfallchirurgen verrechenbar.
Die Pos. 580, 581 und 582 sind in höchstens 13 % und die Pos. 588 ist in höchstens 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Die Pos. 584 ist höchstens in 5 % der Fälle verrechenbar.
Die Pos. 587 ist höchstens in 60 % der Fälle verrechenbar.

Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

Die Pos. 580, 581 und 582 sind in höchstens 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.

Die Pos. 597 kann ab 1. April 1999 in maximal 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden.

Fachärzte für Urologie:

Als Untersuchungsfelder gelten:

a) Nieren und Retroperitoneum
b) Unterbauch (einschl. Restharn und Prostata)
c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden)

Die Zahl der verrechneten Felder darf 110 % der Fälle nicht übersteigen.

Fachärzte für Radiologie:

Die Pos. 9588 ist maximal in 10 % der Fälle, pro Arzt und Quartal, pro Patient und Tag einmal verrechenbar.

zu Ho. Pos. 583 und Pos. 9583:

Als ein Organ gelten z. B. beide Nieren, ebenso Gallenblase und Gallenwege; verrechenbar nur bei Untersuchung eines der in Pos. 580 und Pos. 581 bzw. Pos. 9580 und Pos. 9581 angeführten Organe;

zu Ho. Pos. 584 und Pos. 9584:

Nur bei nachstehend angeführten Indikationen verrechenbar: Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken - Leibesfrucht, Verdacht auf atypische praenatale Kindeslage, Plazenta praevia, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen.

zu Ho. Pos. 586:

Indikationsausweitung auf „Coxitis fugax“

Die Indikation zur Sonographie muss vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung angegeben werden. Bei Zuweisung ausschließlich zur Sonographie bei Schwangerschaft zu Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gebührt keine Grundvergütung.

SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
600	Einstellung Substitution		84,88	Höchstens 1x/Fall/Jahr verrechenbar; siehe Anmerkungen unten
601	Weiterbehandlung Substitution		29,71	Höchstens 5x/Fall/Quartal verrechenbar; siehe Anmerkungen unten

Anmerkungen zu Pos. 600 und 601:

1. Abrechnungsberechtigt sind die gem. Weiterbildungsverordnung (BGBl.II/487/2009) berechtigten Ärzte. Die nur zur Weiterbehandlung (§ 2 Abs. 1a Weiterbildungsverordnung) berechtigten Ärzte dürfen nur die Pos. 601 abrechnen, die zur umfassenden Substitutionsbehandlung (Einstellung, § 2 Abs. 1 Weiterbildungsverordnung) berechtigten Ärzte dürfen beide Leistungen abrechnen.

2. Die Ärztekammer meldet der Kasse die berechtigten Ärzte.

3. Die Verrechnung der Pos. 015 mit den Pos. 600 und 601 am selben Tag ist nur dann zulässig, wenn aufgrund eines anderen Krankheitsbildes die ärztliche Behandlung des Patienten notwendig ist.

THERAPIE AKTIV DMP DM2

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
641	Erstbetreuung DMP DM2	AM, I	73,39	Einmalig bei Aufnahme eines Patienten ins DMP DM2 verrechenbar
642	Weiterbetreuung DMP DM2	AM, I	38,81	Maximal einmal pro Folgequartal nach der Erstbetreuung verrechenbar, wenn der Patient auf Grund seiner Diabeteserkrankung behandelt wird; nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. 641 oder 645 verrechnet wird
645	Feedback-Gespräch DMP DM2	AM, I	56,68	Einmal jährlich verrechenbar grundsätzlich in jenem Quartal, in dem die Jahresuntersuchung (Folgedokumentation) erfolgt; nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. 641 oder 642 verrechnet wird

Anmerkungen zu Pos. 641, 642 und 645:

1. Abrechnungsberechtigt sind die gemäß der Vereinbarung zum DMP „Therapie Aktiv“ berechtigten und dieser beigetretenen Ärzte.
2. Eine Honorierung erfolgt nur dann, wenn die DMP DM2-Betreuung als untrennbare Gesamtleistung (Umfang der DMP DM2-Betreuung siehe Vereinbarung zum DMP „Therapie Aktiv“ Anlage 7, insb. Punkt 2) vollständig durchgeführt und der Dokumentationsbogen einmal jährlich übermittelt wurde.
3. Liegt am Ende des vierten Folgequartals nach der letzten Dokumentation keine gültige Dokumentation vor, erfolgt keine Honorierung der Weiterbetreuung/des Feedback-Gesprächs bis zum Zeitpunkt der elektronischen Erfassung einer gültigen Dokumentation.
4. Es gelten die Bestimmungen der Vereinbarung zum DMP „Therapie Aktiv“ in der jeweils geltenden Fassung.

f) VERGÜTUNGEN FÜR RÖNTGENLEISTUNGEN

I. DIAGNOSTIK UND THERAPIE BEI FACHÄRZTEN FÜR RADIOLOGIE

A. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Bei Erbringung von Röntgenleistungen sind grundsätzlich die Bestimmungen der Honorarordnung A/10 zu beachten.

2. Über die Art der getätigten Röntgenleistungen sind Aufzeichnungen zu führen; eine Durchschrift des erhobenen Befundes samt den dazugehörigen Unterlagen ist durch mindestens fünf Jahre aufzubewahren. Die Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes sind gleichfalls zu beachten. Dem behandelnden Arzt, der Ärztekammer und der Kasse (Chef-, Kontroll-, Vertrauensarzt) ist auf Verlangen Einsicht zu gewähren.

3. Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar, es sei denn, der Zustand des Patienten zurzeit der Röntgenuntersuchung ließ eine ausreichende Fixation nicht zu; dies ist bei Verrechnung anzuführen. Jede Aufnahme ist mit dem Namen des Vertragsfacharztes sowie des Patienten, wie auch des Tages der Durchführung zu versehen.

4. wird mit 1. April 2009 durch den Organtarif ersetzt.

5. tritt mit 1. April 2009 außer Kraft.

B. RÖNTGENDIAGNOSTIK - ORGANTARIF

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR

Sonstige Leistungen:

0027	Intravenöse Injektion	3,28
0043	Intravenöse Infusion	11,99

Schädel:

1001	Schädel	31,35
1002	Schädel nach Trauma (inkl. evt. Zusatzaufnahmen)	50,31
1003	Gesichtsschädel	23,50
1004	Schädelbasis	36,74
1005	Sella	16,50
1006	Schläfenbein, pro Seite (S.S.M)	79,51
1007	Nasennebenhöhlen	41,63
1008	Nasenbein	27,43
1009	Kiefergelenk, pro Seite	29,10
1010	Oberkiefer, pro Seite	30,49
1011	Unterkiefer, pro Seite	29,06
1012	Zahnpanoramaröntgen	30,94

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR

Wirbelsäule, knöch. Thorax (ohne Schultergürtel):

2001	Halswirbelsäule – ap, seitlich und peroral	41,63
2002	Foramina Intervertebralia	29,06
2003	Halswirbelsäule, mit Funktionsaufnahmen	61,67
2004	Brustwirbelsäule – ap, seitlich	33,24
2005	Wirbelsäulenübergänge, einzelne Abschnitte (z.B. Lumbosacraler Übergang)	32,55
2006	Lendenwirbelsäule – ap, seitlich	33,24
2007	Lendenwirbelsäule – Schrägaufnahmen	33,35
2008	Lendenwirbelsäule – mit Funktionsaufnahmen	33,35
2009	Lendenwirbelsäule ap, seitlich und Kreuzbein und Steißbein	35,48
2010	Kreuz- und Steißbein	31,35
2011	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend, ap oder seitlich unter Verwendung der Formate 30/90 bzw. 30/120	75,32
2012	Einzelner Wirbelsäulenabschnitt, 2. Ebene	31,24
2013	Rippen, einseitig	38,47
2014	Rippen, beidseitig	63,11
2015	Sternum	35,14

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten:

3001	Clavicula, einseitig	25,10
3002	Clavicula, beidseitig	50,12
3003	Scapula, einseitig	32,63
3004	Scapula, beidseitig	53,51
3005	1 Oberarm	33,24
3006	beide Oberarme	66,25
3007	1 Unterarm	26,05
3008	beide Unterarme	46,49
3009	1 Hand und Handgelenke	30,41
3010	beide Hände und Handgelenke	52,45
3011	Handwurzelgelenke einseitig	28,64
3012	Handwurzelgelenke beidseitig	52,80
3013	Navicularserie nach Trauma	38,80
3014	ein Finger oder eine Zehe	24,11
3015	ein Oberschenkel	33,24
3016	beide Oberschenkel	66,09
3017	1 Unterschenkel	40,28
3018	beide Unterschenkel	77,71
3019	1 Fuß	35,77
3020	beide Füße	60,45

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
3021	Vorfuß oder Fußwurzel einseitig	29,06
3022	Vorfuß oder Fußwurzel beidseitig	50,49
3023	1 Calcaneus	27,85
3024	beide Calcanei	51,17
3025	1 untere Extremität, Ganzaufnahme, stehend	60,46
3026	beide untere Extremitäten, Ganzaufnahme, stehend	115,10
3027	Sternoclaviculargelenk, einseitig	30,49
3028	Sternoclaviculargelenk, beidseitig	45,16
3029	1 Schultergelenk	29,06
3030	beide Schultergelenke	57,53
3031	Schultergelenk mit Spezialaufnahme (z.B. AC-Gelenk, Outlet-Aufnahmen,...)	41,63
3032	1 Ellbogen	28,73
3033	beide Ellbögen	56,76
3034	Beckenübersicht, ap	22,19
3035	Hüftgelenke, ap/ax einseitig	31,35
3036	Hüftgelenke, ap/ax beidseitig	51,31
3037	Hüftgelenk axial, einseitig	18,28
3038	Hüftgelenk axial, beidseitig	32,36
3039	Sacroiliacalgelenk (Kreuz-, Darmbein)	17,64
3040	1 Kniegelenk	31,98

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
3041	beide Kniegelenke	60,67
3042	Kniegelenk, Tunnelaufnahme	16,50
3043	1 Kniegelenk mit Patella, tangential	44,34
3044	beide Kniegelenke mit Patella, tangential	72,38
3045	1 Kniegelenk mit Patella, Defileeaufnahme	44,24
3046	beide Kniegelenke mit Patella, Defileeaufnahme	72,85
3047	1 Sprunggelenk	28,15
3048	beide Sprunggelenke	46,82
3049	Gehaltene Sprunggelenksaufnahme	16,50

Halsorgane, Herz und Lunge:

4001	Herz - Lunge, bis voll 8. Lebensjahr	41,73
4002	Herz - Lunge, ab 9. Lebensjahr	46,98
4003	Halsorgane	46,20

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR

Magen-Darmtrakt:

5001	Abdomen, nativ	22,19
5002	Ösophagus	60,51
5003	Ösophagus und Schluckakt	98,27
5004	Zuschlag zu Position 5003 (Ösophagus und Schluckakt) für Dokumentation mittels Mittelformatkamera od. Videokamera	20,12
5005	Magen – Duodemim, Doppelkontrast	97,56
5006	Dünndarmpassage, in Monokontrast	104,89
5007	Dünndarmpassage, in Monokontrast und Pneumocolon	170,64
5008	Dünndarmpassage, in Doppelkontrast	142,18
5009	Irrigoskopie, in Doppelkontrast	146,35

Gallentrakt:

6001	I. v. Cholangiographie, einschl. Nativaufnahme	84,75

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR

Harntrakt:

7001	Harntrakt, Nativaufnahme	22,19
7002	Cystographie, einschl. Nativaufnahmen	118,45
7003	retrograde Cystouretrographie	134,90
7004	Miktionscystouretrographie	120,73
7005	I. v. / Inf. Pyelographie, einschl. Nativaufnahme und Schichtaufnahmen und eventueller Postmiktionsaufnahme (ink. allfälliger nachträgl. Cystographie)	129,59

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR	Anmerkung

Spezialuntersuchungen (ohne Tomographie):

8000	Mammographie inkl. notwendiger Sonographie, pro Seite	64,21	Voraussetzung: siehe Anhang 10
8001	Mammographie bds. inkl. notwendiger Sonographie	125,42	Voraussetzung: siehe Anhang 10
8002	Galaktographie (Zuschlag zu Mammo)	29,06	
8003	Hystero-Salpinographie	88,75	
8004	Arthrographie eines Gelenkes	119,21	
8005	Sialographie, einschl. Nativaufnahme	181,26	
8006	Phlebographie, obere Extremität, pro Seite	143,90	
8007	Phlebographie, untere Extremität, pro Seite	99,90	
8008	Fistelfüllung	181,32	
8009	Fremdkörperlokalisation	73,07	

C. RÖNTGENTHERAPIE

Die Positionen Nr. 630 bis 653 treten ab 1.4.2009 außer Kraft.

II. Vergütungen für Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Bei Erbringung von Röntgenleistungen sind grundsätzlich die Bestimmungen der Honorarordnung A/10 zu beachten

Bestimmung für Fachärzte für Lungenkrankheiten

Die Röntgenaufnahmen sind mittels eines digitalen Röntgens zu erbringen. Nichtdigitale Röntgengeräte können von den Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten bis zu einer Neuanschaffung verwendet werden. Lungenfachärzte, die ab 1. Juli 2014 in Vertrag genommen werden, haben jedenfalls ein digitales Röntgengerät zu verwenden.
Lungenfachärzte können ausschließlich die mit dem Fachgruppensymbol „L“ gekennzeichneten Positionen verrechnen.

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	a) Honorartarif			
660	Durchleuchtung oder Aufnahme		3,00	
	b) Unkostentarif			
665	Durchleuchtung		3,00	
668	Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	L	9,02	
669	Röntgenaufnahme Lunge ap. und seitlich	L	29,71	
670	Aufnahme 9 x 12		3,16	
671	Aufnahme 13 x 18		4,04	
672	Aufnahme 18 x 24		5,15	
673	Aufnahme 15 x 40		6,10	
674	Aufnahme 24 x 30		6,49	
675	Aufnahme 30 x 40		8,48	
676	Aufnahme 35 x 35		9,97	
679	Zahnfilm		1,90	
	c) Gesamttarif			
680	Pneumothoraxkontrollen, Pneumoperitoneumkontrolle		2,62	

g) VERGÜTUNGEN DER LABORLEISTUNGEN

für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte

1) Die nachfolgenden Laborleistungen können grundsätzlich von allen Vertragsärzten verrechnet werden, soferne die Erbringung dieser Leistungen nicht ausdrücklich Fachärzten - durch Symbole besonders gekennzeichnet - vorbehalten ist (A/11), ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung durch den Chefarzt.

2) Unkosten, wie Reagentien, Chemikalien und Farbstoffe sowie sämtliche Präparate und Injektionsmittel, die zur Durchführung der Laboratoriumsuntersuchungen erforderlich sind, sind in den Tarifsätzen enthalten. Ebenso sind in sämtlichen Tarifsätzen die Kosten der Abnahme des Untersuchungs-materials inkludiert.

   Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen, ausgenommen sind jedoch Untersuchungen für den Mutter-Kind-Pass. Kombinationen von Einzeluntersuchungen dürfen in ihrer Honorarsumme den Tarifbetrag, der die betreffenden einzelnen Untersuchungen zusammenfasst, n i c h t übersteigen.

3) Die Neuanschaffung und Inbetriebnahme der für die Leistungserbringung verwendeten Geräte sind der Gemeinsamen Verrechnungsstelle schriftlich bekannt zu geben. Über die verrechneten Leistungen (Laboratoriumsuntersuchungen) muss eine einwandfreie Dokumentation gewährleistet sein und ist über mindestens zwei Jahre hindurch aufzubewahren; sie ist über Verlangen der Ärztekammer für Burgenland oder dem Krankenversicherungsträger (Chefarzt) zur Verfügung zu stellen.

4) Zur Sicherung der Wiederholbarkeit der Ergebnisse und der Richtigkeit der Übereinstimmung mit einem vorgegebenen Sollwert für Untersuchungen mittels Photometer unterliegen sämtliche photometrische Untersuchungs-methoden einer anonymen Qualitätskontrolle.

a) die entsprechend gekennzeichneten (x) Leistungen (Honorarpositionen) sind nur dann verrechenbar, wenn sie mit Geräten durchgeführt werden, die bei einer maximalen Bandbreite von 10 - 15 nm das exakte Arbeiten in folgenden Wellenlängen ermöglichen:

293 nm, 297 nm, 313 nm, 366 nm, 405 nm, 436 nm,

492 nm, 546 nm, 578 nm, 623 nm.

b) Von den Krankenversicherungsträgern kann die Teilnahme an Qualitätskontrollen und die Vorlage der Kontrollkarte mit der Quartalsabrechnung verlangt werden. Wird eine solche Qualitätskontrolle vom Vertragsarzt abgelehnt oder nicht durchgeführt, so gilt dies als Verzicht auf die Verrechnungsmöglichkeit, die damit sofort erlischt.

c) Ergeben die Qualitätskontrollen bei Enzymtests Werte über einem Variationskoeffizienten von plus-minus 10%, bei Substratuntersuchungen von plus-minus 5%, so sind die Kontrollen zu wiederholen. Werden auch bei den Wiederholungen Abweichungen in den angeführten Größenordnungen festgestellt, können im nächstfolgenden Quartal photometrische Untersuchungen nicht verrechnet werden.

d) Nach dreimaliger Feststellung von Fehlwerten innerhalb eines Jahres ist die Verrechnung photometrischer Untersuchungen in den darauffolgenden vier Quartalen nicht möglich.

e) Vor dem Ausschluss eines Vertragsarztes von der Verrechnung photometrischer Untersuchungen werden je zwei Vertreter der Ärztekammer für Burgenland und der burgenländischen § 2-Kassen den Fall objektiv prüfen.

f) Das jeweilige Ergebnis einer Qualitätskontrolle wird dem Vertragsarzt, der Ärztekammer für Burgenland und den Vertragskassen bekannt gegeben.

g) Die Kosten der Kontrollsera werden bis auf weiteres von den Vertrags-kassen getragen.

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Morphologische Blutuntersuchungen:			
701	Kompl. Blutbild (Ery, Leuko, Hb oder Haematokrit Diff. BB und Beurteilung der Erythro- u. Leukocyten)		4,63	
702	Rotes Blutbild (Ery, Hb, Beurteilung der Ery im Blutausstrich, FI)		3,12	
703	Weißes Blutbild (Leuko, Diff. Z. und Beurteilung)		4,07	
704	Haematokrit		1,74	
705 (X)	Haemoglobinbestimmung		1,45	
706	Leukocyten - oder eosinophile Leukocytenzählung		2,33	
707	Differentialzählung		2,76	
708	Retikulocytenzählung, Erythrocytenzählung		2,47	
709	Untersuchung auf Malaria (Ausstrich u. dicker Tropfen)		4,07	
	Blutsenkung			
710	Blutsenkung		2,23	2 x pro Fall u. Quartal verrechenbar, darüber hinaus mit CHA-Genehmigung
711	Blutsenkung bei Kindern b.z. 6. Lj.		3,63	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Blutgerinnung			
712	Thrombocyten		2,33	
713	Gerinnungszeit		3,27	
714	Blutungszeit		2,03	
715	Prothombinzeit nach Quick (PTZ) od. partielle Thromboplastinzeit (PTT) oder Thrombinzeit		3,78	
	Untersuchung des Blutes			
717 (X)	Reststickstoff od. Blutharnstoffstickstoff (BUN)		2,45	
718 (X)	Harnsäure		2,97	
719	Indikan, Xanthoprotein, qual.,je	FÄ	2,54	
720 (X)	Indikan, Xanthoprotein, Kreatinin, quant., je		2,45	
721 (X)	Gesamteiweiß	FÄ	3,34	
722 (X)	Albumine, Globuline u. Gesamteiweiß zusammen	FÄ	6,69	
723 (X)	Elektrophorese	FÄ	11,77	bei Durchführung von Kolloidstabilitätsreakt. im gleichen Quartal nur mit CHA-Genehmigung
724 (X)	Blutzucker, chem. oder photometrisch, wahre Glukose		2,72	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
725	Blutzucker, kolorimetrisch, reflektometrisch		2,16	
726	Blutzuckerkurve, höchstens 4 Bestimmungen quant., chem. od. photometrisch od. reflektometrisch, je		2,47	
727 (X)	Gesamtlipide, Phospholipide, Beta-Lipoproteide, Neutralfette, freie Fettsäuren, veresterte Fettsäuren, (Triglyceride), je		2,94	bei mehr als 1 Bestimmung mit CHA-Genehmigung
728 (X)	Cholesterin		2,84	
729	HDL-Cholesterin	AM, I	3,21	für AM in 5%, für I in 10% der Fälle verrechenbar
	<u>Mineralstoffe, Farbstoffe, Wirkstoffe:</u>			
736 (X)	Kochsalz, Natrium, Chloride, je	FÄ	4,14	
737 (X)	Kalium, Magnesium, je	FÄ	4,14	
738 (X)	Calcium	FÄ	3,78	
739 (X)	Serum-Eisen, -Kupfer	FÄ	6,69	
740 (X)	Bilirubin im Serum		2,62	
741 (X)	Diastase	FÄ	3,05	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
742 (X)	Phosphatase (alkal., saure); Transaminasen (GOT, GPT) oder ähnliche Fermentbestimmungen im Serum, je		2,94	mehr als 4 Bestimmungen bewilligungspflichtig
	<u>Blutgruppenbestimmung</u> nur bei medizinischer Indikation			
743	Blutgruppenbestimmung (A, B, AB, O etc. Untergruppen)		5,96	
744	Blutgruppenbestimmung (Rhesusfaktor)		5,96	
	<u>Harnuntersuchungen:</u> Schnellteste (Test-Streifchen oder Tabletten) sind nur dann verrechenbar, wenn dies bei den einzelnen Positionen ausdrücklich angeführt ist			
751	Harn auf Eiweiß (qual. u. quant., Sediment)		1,45	nur verrechenbar, wenn kein Test-Streifchen verwendet wird
752	Harn auf Zucker (qual. u. quant., Aceton)		1,38	nur verrechenbar, wenn kein Test-Streifchen verwendet wird
753	qualitative Untersuchung unter Verwendung von 4- bis 8-fach Test-Streifchen		1,16	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
754	qualitative Einzeluntersuchung unter Verwendung von 1- bis 3-fach Test-Streifchen auch chemisch: Harn auf Blut, Melanin, Calcium nach Sulkowitsch, spez. Gewicht (als Einzeluntersuchung)		0,73	Angabe: "chem." neben Honorarposition
755	Sediment, nativ		1,16	
756	Sediment, bakt. Färbepräparat		1,60	
757	Kreatinin, quant.		2,76	
758	Uricult	U, K	3,49	in höchstens 30% der Fälle verrechenbar
	<u>Konkrementuntersuchungen:</u>			
760	Darmkonkrement	FÄ	3,78	
761	Harnkonkrement	FÄ	3,78	
	<u>Sputumuntersuchungen:</u>			
763	Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen oder Auramin) mit Anreicherung	FÄ	4,07	
764	Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen oder Auramin) ohne Anreicherung	FÄ	2,62	
765	Nativpräparat	FÄ	1,16	
766	Färbepräparat	FÄ	1,96	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Stuhluntersuchungen:			
771	Stuhlbefund, komplett		4,72	
772	Stuhl auf Blut		1,45	maximal 3 x pro Fall u. Quartal verrechenbar
773	Stuhl auf Gallenfarbstoff		1,09	
774	Stuhl auf Wurmeier (nativ, auch mit Anreicherung)		2,03	
	Funktionsproben:			
776	Galaktose	I, K	7,27	
777	Prüfung der Leberfunktion d. Bromthaleintest oder Zweifarbstofftest, einschl. i.v. Injektion u. Blutabnahmen	I, K	12,57	
778	Prüfung der Nierenfunktion mit Phenolrotprobe, einschl. i.v. Injektion u. dazuge-höriger Harnuntersuchung	I, U	11,92	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Zelltest für Mutter-Kind-Pass:			
779	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung inkl. Objektträger, Fixierungslösung und Porto		3,71	inkl. Objektträger und Fixierungslösung
	Untersuchungen von Sekreten der Geschlechtsorgane:			
780	Sekretabstrich-Unter-suchung mikrosk.-nativ, je Stelle		2,47	Für FÄ für Gynäkologie Honorierung außerhalb der Labordegressionsregelung gemäß Honorarordnung Pkt. A. 10 Ziffer 11;
782	Dunkelfelduntersuchung	D, U, G	5,45	bei Trichomonaden nicht in Verbindung mit der Pos. 780 verrechenbar
783	Spermatogramm (makrosk. Beschreibung, Nativpräparat, PH-Bestimmung, Auszählung eventuell Färbepräparat)	D, U	15,99	
	Untersuchungen sonstiger Sekrete und Beläge:			
784	Eiteruntersuchung oder Untersuchung sonstiger Sekrete (bakteriolog. Färbepräparat)		1,60	
785	Pilzbefund, einschl. Färbepräparat, Epizoenbefund	D	2,40	
786	Sekrete (Nativpräparat)		1,16	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	Schwangerschaftsreaktion:			
787	Immunologischer Schwangerschaftstest (bei Verdacht auf Grav. extra-uterina ist keine CHA-Genehmigung erforderlich)		11,63	mit CHA-Genehmigung
	Serologische Blutuntersuchungen:			
788	Coombstest (direkt u. indirekt), je		13,88	mit CHA-Genehmigung
789	Latextest, C-reaktives Protein (CPR), je		2,18	
790	Antistreptolysin-0-Titer	FÄ	4,36	
791	CRP-Schnelltest	AM, L, K, H	6,50	Limitänderung ab 1.4.2024: ab 18% der Fälle (mind. jedoch 100 Tests) pro Quartal verringert sich die Honorierung auf das aktuelle Honorar der Pos. 789; mit dem 4. Quartal eines jeden Jahres ist ein Jahresausgleich durchzuführen; verrechenbar bei Verdacht auf Infektionen, zur Verlaufskontrolle sowie zur Entscheidungshilfe für die Therapiewahl bei viralen od. bakteriologischen Infektionen bzw. zur Differenzialdiagnostik entzündlicher Erkrankungen; Honorierung außerhalb der Labordegressionsregelung gemäß Honorarordnung Pkt. A. 10 Ziffer 11; nicht gleichzeitig mit Pos. 789 verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
792	INR-Schnelltest mittels Teststreifen		5,00	Honorierung außerhalb der Labordegressionsregelung gemäß Honorarordnung Pkt. A. 10 Ziffer 11; Gerätenachweis erforderlich;
793	Troponin - Schnelltest	AM, I	5,00	Honorierung außerhalb der Labordegressionsregelung gemäß Honorarordnung Pkt. A. 10 Ziffer 11; Test wird im Rahmen des Ordinationsbedarfs zur Verfügung gestellt;
794	D-Dimer-Schnelltest mittels Streifen	AM, I, L	5,00	Honorierung außerhalb der Labordegressionsregelung gemäß Honorarordnung Pkt. A. 10 Ziffer 11; Test wird im Rahmen des Ordinationsbedarfs zur Verfügung gestellt; nicht gemeinsam mit Pos. 795 verrechenbar;

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
795	D-Dimer-Schnelltest mittels Gerät	AM, I, L	13,11	Honorierung außerhalb der Labordegressionsregelung gemäß Honorarordnung Pkt. A. 10 Ziffer 11; nicht gemeinsam mit Pos. 794 verrechenbar;

h) KRANKENHAUSERSETZENDE MEDIZINISCHE HAUSKRANKEN-PFLEGE

laut gesamtvertraglicher Vereinbarung vom 31.3.1993 bis 30.6.1995

Eine Verlängerung der gesamtvertraglichen Vereinbarung erfolgte nicht. Jene Vertragsärzte, die weiterhin nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen an der medizinischen Hauskrankenpflege mitwirken, können das dafür vorgesehene Honorar verrechnen.

Die medizinische Hauskrankenpflege ist grundsätzlich von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzten) verrechenbar. In Einzelfällen kann diese auch von Vertragsfachärzten für Innere Medizin und in begründeten Ausnahmefällen von Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde abgerechnet werden.

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
900	Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der Hauskrankenpflege	72,67

Betreuungshonorar für Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage:

901	bei notwendiger Verlängerung aufgrund desselben Krankheitsbildes nach vorheriger chefärztlicher Bewilligung	43,60
902	bei Verlängerung aufgrund eines neuen oder zusätzlichen die "krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege" indizierenden Krankheitsbildes nach vorheriger chefärztlicher Bewilligung	65,41

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR

Betreuungshonorar bei Vertretung

903	Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Falle nachgewiesener Verhinderung nach den in den jeweiligen Gesamtverträgen dafür vorgesehenen Bestimmungen in der Dauer von mindestens sieben zusammenhängenden Kalendertagen pro Hauskrankenpflegefall nur 1 x verrechenbar	32,70
910	Legen einer Ernährungssonde 1 x pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar; eine weitere Verrechnung nur mit Begründung	10,90
920	Chirurgische Intervention bei Dekubitus	10,90
930	Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen, Rucksackverband, Desaultverband, spezielle Kopfverbände nach größeren Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverband mit Leukoplast bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen und ähnlichem)	7,27

i) MUTTER-KIND-PASS-UNTERSUCHUNG

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR

a) Erste bis fünfte Untersuchung der Schwangeren

951	1. Untersuchung bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55
952	2. Untersuchung in der 17., 18., 19. oder 20. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55
953	3. Untersuchung in der 25., 26., 27. oder 28. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55
954	4. Untersuchung in der 30., 31., 32., 33. oder 34. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55
955	5. Untersuchung in der 35., 36., 37. oder 38. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55

a) Interne Untersuchung der Schwangeren

956	Untersuchung in der 17., 18., 19. oder 20. Schwangerschaftswoche	AM, I	20,22

- Fakultative, sonographische Untersuchungen der Schwangeren bei normaler Gravidität

950	Ultraschalluntersuchung in der 8., 9., 10., 11. oder 12. Schwangerschaftswoche	G	31,90
957	Ultraschalluntersuchung in der 18., 19., 20., 21. oder 22. Schwangerschaftswoche	G	31,90
958	Ultraschalluntersuchung in der 30., 31., 32., 33. oder 34. Schwangerschaftswoche	G	31,90

a) Untersuchung des Neugeborenen, sofern diese Untersuchung nicht bereits auf einer Geburtsstation durchgeführt wurde

959	Honorar bei Haus(Heim)entbindung für Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	AM, K	31,30

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR

a) Acht Untersuchungen des Kindes

960	1. Untersuchung in der 4., 5., 6. oder 7. Lebenswoche	AM, K	38,16
961	2. Untersuchung im 3., 4. od. 5. Lebensmonat	AM, K	38,16
962	3. Untersuchung im 7., 8. od. 9. Lebensmonat	AM, K	38,16
963	4. Untersuchung im 10., 11., 12., 13. od. 14. Lebensmonat	AM, K	38,16
964	5. Untersuchung im 22., 23., 24., 25. od. 26. Lebensmonat	AM, K	38,16
965	6. Untersuchung im 34., 35., 36., 37. od. 38. Lebensmonat	AM, K	38,16
966	7. Untersuchung im 46., 47., 48., 49. od. 50. Lebensmonat	AM, K	38,16
967	8. Untersuchung im 58., 59., 60., 61. od. 62. Lebensmonat	AM, K	38,16

a) Orthopädische Untersuchung des Kindes

968	Honorar für eine orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4., 5., 6. oder 7. Lebenswoche	AM, K, O	20,22

a) Untersuchung des Hals-, Nasen- und Ohrenbereiches des Kindes

969	Honorar für eine HNO-Untersuchung des Kindes im 7., 8., oder 9. Lebensmonat *)	AM, K, HNO	31,42

*) Übergangsbestimmung:
Bis zum 1. Jänner 2004 kann diese Untersuchung auch im 3., 4. oder 5. Lebensmonat vorgenommen werden.

a) und h) Augenuntersuchung des Kindes

970	Honorar für augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10., 11., 12., 13. od. 14. Lebensmonat	AM, K, A	31,42

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR
971	Honorar für fakultative, augenärztliche Untersuchung des Kindes im 22., 23., 24., 25. od. 26. Lebensmonat	A	38,16

i) Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften

972	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 1. Lebenswoche, bei Heimentbindungen	K, O, Ra	42,63
973	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften bei Wiederholungsuntersuchung in der 6., 7. oder 8. Lebenswoche *)	K, O, Ra	42,63

j) ÖFFENTLICHES IMPFPROGRAMM (ÖIP)

Pos. Nr.	**Art der Leistung**

a) Influenza

INFLUK	Influenza Impfung für Kinder: Nasaler Lebendimpfstoff für Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
INFLUE	Influenza Impfung für Erwachsene: Inaktivierter Impfstoff für alle Altersgruppen ab dem vollendeten 6. Lebensmonat
INFLUS	Influenza Impfung für Senioren: Adjuvantierter Impfstoff für Personen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr

b) Herpes Zoster

HZ60	Herpes Zoster Impfung ab 60 Jahren
HZInd	Herpes Zoster Impfung für Risikopersonen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum 60. Lebensjahr mit spezieller Indikation (Indikationsliste gem. nationalem Impfplan idgF)

c) Pneumokokken

PCV60	Pneumokokken Impfung ab 60 Jahren
PCVInd	Pneumokokken Impfung für Risikopersonen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum 60. Lebensjahr mit spezieller Indikation (Indikationsliste gem. nationalem Impfplan idgF)

Honorar für alle ÖIP-Impfungen

EUR	Anmerkungen
16,00	Ab 1.10.2025
17,00	Ab 1.10.2026
	Ab 1.1.2027 € 17,00 zzgl. VPI 2026
	Ab 1.1.2028 Honorar 2027 zzgl. VPI 2027

k) COVID-LEISTUNGEN

Pos. Nr.	Art der Leistung	FG	EUR	Anm.
COVI1	Covid-Grundimmunisierung: 1. Teilimpfung		15,00	bis 31.3.27
COVI2	Covid-Grundimmunisierung: 2. Teilimpfung		15,00	bis 31.3.27
COVIA	Covid-Auffrischungsimpfung		15,00	bis 31.3.27
COVT4	Covid-19-Antigentest bei Risikopatienten mit Symptomen	AM, H, L, I, K	12,00	solange Paxlovid verordenbar
COVAS	Umfassendes Assessment inkl. Aufklärung über Wirkung/Nebenwirkung von Paxlovid nach positiver Covid-19-Testung	AM, H, L, I, K	13,00	solange Paxlovid verordenbar

k) TELEMEDIZINISCHE LEISTUNGEN

Telemedizinische Leistungen werden – sofern nichts anderes vereinbart wird – nach der jeweils geltenden Honorarordnung in gleicher Höhe honoriert, wie wenn die Leistung ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird und so, als wenn die Leistung in der Ordination erbracht worden wäre.

Zum Zwecke der Kennzeichnung der Krankenbehandlung und der Evaluierung werden in der Honorarordnung, die ein Teil des kurativen Gesamtvertrages ist, mit 1.7.2021 folgende drei Positionen eingeführt:

Pos. Nr.	Art der Leistung	FG	EUR	Anm.
TELE	Telefonische Krankenbehandlung		0,00	
VIDEO	Krankenbehandlung über Videokonsultation		0,00	
PERS	Notwendige persönliche neben einer telemedizinisch erbrachten Krankenbehandlung am selben Tag aufgrund eines anderen Krankheitsgeschehens		0,00	Abrechenbar sind alle erbrachten Leistungen zum jeweiligen Honorartarif im Einzelfall mit Begründung

D. RECHNUNGSLEGUNG

I.

Konventionelle Rechnungslegung

1. Die Rechnungslegung hat nach den Bestimmungen der §§ 29 und 31 des Gesamtvertrages bzw. nach den hiezu getroffenen Zusatzvereinbarungen zu erfolgen.

2. Die Gemeinsame Verrechnungsstelle der burgenländischen Krankenversicherungsträger ist angewiesen, dem Vertragsarzt (Vertragsfacharzt), der die vereinbarte Frist zur Rechnungslegung nicht einhält, die monatliche Vorauszahlung bis zum Einlagen der Abrechnung einzustellen.

3. Der Vertragsarzt hat die rechnungsmäßigen in allen in Betracht kommenden Rubriken ordnungsgemäß ausgefüllten Unterlagen (Krankenscheine, Überweisungsscheine) über die durchgeführten Behandlungen und Leistungen am Ende eines jeden Kalendervierteljahres zusammenzustellen und bis zum 10. des nächstfolgenden Monats unter Anschluss einer in allen Rubriken ausgefüllten Honorarliste der Gemeinsamen Verrechnungsstelle der burgenländischen Krankenversicherungsträger, Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße 5, einzusenden. Die hiezu erforderlichen Drucksorten werden dem Vertragsarzt von der Gemeinsamen Verrechnungsstelle kostenlos zur Verfügung gestellt.

4. Die Rechnungsunterlagen sind getrennt

a) nach den einzelnen Krankenversicherungsträgern und

b) innerhalb derselben nach Versicherten und Familienangehörigen alphabetisch zu erstellen

c) sämtliche Scheine (Krankenkassenschecks, Urlaubsüberweisungs- und Sonntagsdienstscheine) sind zu numerieren.

II.

Sonderbestimmungen für die EDV-Rechnungslegung und die EDV-Verarbeitung von patientenbezogenen Daten durch Vertragsärzte

1. EDV-Rechnungslegungsberechtigung

Voraussetzung für die Rechnungslegung mittels maschinell lesbarem Datenträger bzw. Datenfernübertragung durch den Vertragsarzt ist eine von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Burgenland erteilte formelle Berechtigung. Über diese formelle Berechtigung ist zwischen der Burgenländischen Gebietskrankenkasse und dem Vertragsarzt eine Zusatzvereinbarung zum Einzelvertrag gemäß § 7 des Gesamtvertrages vom 20.5.1994 in der Fassung der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 1.1.1997 gemäß Anhang A zu dieser Vereinbarung abzuschließen. Ab dem in der Zusatzvereinbarung zum Einzelvertrag festgelegten Zeitpunkt ist der Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, die Rechnungslegung für die folgenden Quartale mittels EDV durchzuführen.

Bei einem Systemdefekt darf der Vertragsarzt bis zur Reparatur konventionell abrechnen. Die Berechtigung zur konventionellen Rechnungslegung wegen des Systemdefektes entsteht, wenn der Defekt bis zwei Wochen nach dem Vorlagetermin der Honorarabrechnung, aus vom Vertragsarzt nicht zu vertretenden Gründen voraussichtlich nicht behoben werden kann. Sind vom Systemdefekt mehr als 30 Vertragsärzte betroffen, gilt Punkt 7.1 letzter Absatz sinngemäß.

2. Voraussetzung für die Erteilung der EDV-Rechnungslegungsberechtigung

2.1 <u>Anmeldung</u>
Die Anmeldung der EDV-Rechnungslegung hat unter gleichzeitiger Vorlage der Unterlagen für die Testabrechnung (Punkt 2.4) mindestens ein Quartal (ausgenommen Ärzte mit neuem Vertrag) vor dem beabsichtigten Einsatzpunkt mittels des zwischen der Ärztekammer für Burgenland und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse vereinbarten Vordruckes (Anhang F) zu erfolgen.

Die Umstellung auf EDV-Rechnungslegung ist jeweils mit Beginn eines Abrechnungszeitraumes möglich.

2.2 Eignungsfeststellung durch die Ärztekammer für Burgenland und die Burgenländische Gebietskrankenkasse
Die EDV-Rechnungslegungsberechtigung gemäß Punkt 1. kann nur erteilt werden, wenn für das EDV-System eine Feststellung der grundsätzlichen Eignung durch die Ärztekammer für Burgenland und die Burgenländische Gebietskrankenkasse vorliegt.

Der Vertragsarzt hat unbeschadet dieser formellen Feststellung sicherzustellen, daß das eingesetzte System keine vertraglich festgelegten Bestimmungen verletzt.

2.3 Ausschließliche Eigenverarbeitung von Daten

2.3.1 Voraussetzung für die Erteilung der Berechtigung für die EDV-Rechnungslegung ist, dass die Verarbeitung (§ 3 Z 7 Datenschutzgesetz 1978 BGBl. Nr. 565 i.d.g.F) von patientenbezogenen Daten durch den Vertragsarzt oder seine Ordinationsangestellten mit einer eigenen, selbständigen EDV-Anlage erfolgt; eine Datenverarbeitung unter Heranziehung externer EDV-Anlagen (z. B. Hardware-Verbund) ist dem Vertragsarzt nicht gestattet.

2.3.2 Als Ausnahme von Punkt 2.3.1 ist bei einer Zusammenarbeit zwischen mehreren Ärzten die gemeinsame Benützung einer diesen Ärzten gehörenden EDV-Anlage zulässig, wenn die Ausschließlichkeit des Zugriffes auf die im Zusammenhang mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit verarbeiteten Daten sichergestellt ist.

2.3.3 Nach § 26 Abs. 4 Ärztegesetz 1984 BGBl. Nr. 373 i.d.g.F. gestattete Vorgangsweisen werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

2.4 Testabrechnung - Parallellauf
Die Erteilung der EDV-Rechnungslegungsberechtigung setzt eine im wesentlichen fehlerfreie Testabrechnung voraus. Die Testabrechnung besteht aus einer konventionellen Rechnungslegung und einer EDV-Rechnungslegung für den der Anmeldung vorangegangenen Abrechnungszeitraum.

3. Rechnungslegungsmodalitäten

3.1 Die EDV-Rechnungslegung muß - soweit im folgenden nichts anderes festgelegt ist - sämtliche Voraussetzungen der konventionellen Rechnungslegung erfüllen.

3.2 Abrechnungsunterlagen

Für die Durchführung der Abrechnung durch die Kasse ist die Übermittlung folgender Unterlagen erforderlich:

- Rechnungslegungsdaten gemäß 3.3
- Datenbegleitliste/Datenfernübertragungsbestätigung gemäß 3.4
- Behandlungsscheine gemäß 3.5
- Sonstige vertraglich zu übermittelnde Unterlagen (z.B. Honorarliste mit der Anzahl der Bereitschaftsdienste, VU-Befundblätter, Verordnungsscheine für physikalische Behandlungen)

3.3 Datenträger/Datenfernübertragung

Für die EDV-Rechnungslegung sind als Datenträger Disketten zu verwenden oder es ist Datenfernübertragung vorzunehmen. Daneben können auch andere, von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Burgenland einvernehmlich festgelegte, dem technischen Fortschritt entsprechende Datenträger verwendet werden.

Der Datensatz muß dem zwischen der Burgenländischen Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Burgenland vereinbarten Datensatzaufbau (Anhang B) entsprechen.

Die von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse mit der Ärztekammer für Burgenland vereinbarten Code-Listen sind verbindlich (Anhang C).

3.4 Datenbegleitliste/Datenfernübertragungsbestätigung

Die von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse aufgelegte Datenbegleitliste (Anhang D) bzw. Datenfernübertragungsbestätigung (Anhang E) ist vollständig auszufertigen. Mit der Unterschrift übernimmt der Vertragsarzt die Garantie der Richtigkeit der von seiner Ordination abgegangenen Daten und zur Verrechnung bestimmter Leistungspositionen.

3.5 Behandlungsscheine

Die Behandlungsscheine sind analog der konventionellen Rechnungslegung vorzulegen.

Abweichend von der konventionellen Rechnungslegung können die Angabe der Diagnose(n), die Bezeichnung der erbrachten Leistungen und die Leistungsbegründungen unterbleiben. Aufgrund der Honorarordnung rechnungslegungsrelevante Daten, die im Datensatz nicht vorgesehen sind oder nicht erfaßt werden können, sind auf dem Originalbehandlungsschein mit Unterschrift zu vermerken.

3.6 Kontrolle der Rechnungslegungsdaten

Der Vertragsarzt hat die Übereinstimmung der Anzahl der zur Rechnungslegung gelangenden Behandlungsscheine mit der Anzahl der auf dem Datenträger bzw. im Wege der Datenfernübertragung übermittelten Rechnungslegungsfälle zu überprüfen (Datensatz SART 1) und die Anzahl auf der Datenbegleitliste bzw. auf der Datenfernübertragungsbestätigung einzutragen. Rechnungslegungen, welche nicht vertragsgemäß erstellt sind und Disketten, welche nicht lesbar sind, werden dem Vertragsarzt innerhalb von 14 Tagen zur Richtigstellung retourniert. Der Vertragsarzt darf von der Richtigkeit der Daten auf den Kranken- und Überweisungsscheinen, die von autorisierten Stellen ausgestellt werden, ausgehen.

3.7 Bereithaltung der Rechnungslegungsdaten und Wiederholbarkeit der Abrechnung

Die Rechnungslegungsdaten sind vom Vertragsarzt zumindest sechs Monate ab Erhalt des Honorares, im Falle von Einwendungen durch den Versicherungsträger bis zum rechtskräftigen Abschluß eines entsprechenden Verfahrens, verfügbar zu halten. Innerhalb dieses Zeitraumes muß die Abrechnung jederzeit wiederholbar sein.

4. Anpassungen und Änderungen des EDV-Systems

4.1 Der Vertragsarzt hat rechtzeitig das EDV-System an Änderungen der Honorarordnung, der Rechnungslegungsvorschriften, des Datensatzaufbaues und der Code-Listen anzupassen.

4.2 Größere Anpassungen des EDV-Systems an die technologischen Entwicklungen sind nach Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für Burgenland und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse vom Vertragsarzt innerhalb der von der Ärztekammer für Burgenland und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse gemeinsam festgesetzten, angemessenen Frist durchzuführen.

4.3 Änderungen des EDV-Systems (Hard- oder Softwarekonfiguration) auf Initiative des Vertragsarztes sind jederzeit möglich, soweit es sich um Systeme handelt, deren Eignung gemäß 2.2 festgestellt wurden

4.4 Alle für die Abrechnung relevanten Anpassungen und Änderungen des EDV-Systems (Hard- oder Software) sind der Burgenländischen Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Burgenland unter Bekanntgabe des Zeitpunktes, ab dem das geänderte System verwendet werden soll, schriftlich bekanntzugeben. Die Kasse ist berechtigt, nach je-

der für die Abrechnung relevanten Änderung der Software (ausgenommen bei Anpassungen an Honorarordnungsänderungen) eine Testabrechnung (2.4) durchzuführen. Sofern nicht innerhalb von vier Wochen Widerspruch erhoben wird, gilt dies als Zustimmung zur Änderung.

4.5 Jede Programmänderung, die für die EDV-Rechnungslegung bedeutsam ist, ist vom Vertragsarzt in geeigneter Weise zu protokollieren. Die Aufzeichnungen sind zumindest drei Jahre aufzubewahren.

5. Kostentragung

Sämtliche mit der EDV-Rechnungslegung, mit der Anpassung (Änderung) des EDV-Systems und mit der vereinbarten Datenübermittlung zusammenhängenden Kosten sind vom Vertragsarzt zu tragen.
Der Datenträger verbleibt bei der Burgenländischen Gebietskrankenkasse.

6. Rechte und Pflichten der Vertragspartner

6.1 Verwendung von genehmigten Systemen
Für die EDV-Rechnungslegung können nur Systeme (Software) verwendet werden, deren Eignung von der Ärztekammer für Burgenland und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse formell festgestellt wurde. Sämtliche unter 2.2 und 2.3 angeführten Voraussetzungen müssen ständig erfüllt sein.

6.2 EDV-Erfassung von Leistungen
Die EDV-Erfassung von Leistungen ist ohne unnötigen Aufschub nach deren vollständiger Erbringung vorzunehmen. Alle Leistungspositionen sind vom Vertragsarzt einzeln einzugeben. Leistungsbündelungen sowie diagnose- und symptomorientierte oder ähnliche Rechnungslegungsautomatismen dürfen nicht verwendet werden. Ein programmiertes Hinzufügen von Leistungen ist nur zulässig, soweit sich die Notwendigkeit unmittelbar aus den Bestimmungen der Honorarordnung ergibt.

6.3 EDV-Ausfertigung von Formularen des Krankenversicherungsträgers
Es können vom Versicherungsträger die im Einvernehmen mit der Ärztekammer aufgelegte Originalformulare verwendet werden, die EDV-gerecht zu erstellen sind. Andere Formulare können vom Arzt verwendet werden, soweit sie nach Inhalt und Form völlig ident mit den Originalformularen sind.

Die Verwendung von Klebeetiketten ist nicht zulässig. Werden Kassenformulare maschinell bedruckt, kann der Vertragsarztstempel, von hausapothekenführenden Ärzten auch der Hausapothekenstempel,

durch maschinelles Aufdrucken der Stempeldaten ersetzt werden. Soweit nicht vom Krankenversicherungsträger aufgelegte Formulare verwendet werden, hat der Vertragsarzt die Vertragspartnernummer maschinell aufzudrucken.

6.4 Bedrucken von Kassenrezeptformularen

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen müssen der Ausdruck und die eigenhändige Unterzeichnung des Rezeptes auch bei hausapothekenführenden Ärzten vor Abgabe des Medikaments gewährleistet sein.

7. Beendigung der EDV-Rechnungslegungsberechtigung

7.1 Aufkündigung durch den Vertragsarzt

Die EDV-Rechnungslegungsberechtigung gemäß Punkt 1. kann vom Vertragsarzt mit eingeschriebenem Brief, unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist, zum Quartalsende ohne Angabe von Gründen und ohne gleichzeitige Kündigung des kurativen Einzelvertrages aufgekündigt werden (Möglichkeit der separaten Kündigung).
Dem Ausspruch der Kündigung durch den Vertragsarzt hat ein Gespräch zwischen Vertragsarzt und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse vorauszugehen, wobei tunlichst das Einvernehmen herzustellen ist.
Sollte es zu einer Kündigung von mehr als 30 Vertragsärzten kommen, ist die Kasse berechtigt, die Honoraranweisung für das erste von den kündigenden Vertragsärzten wieder konventionell abgerechnete Quartal um ein Quartal zu verschieben.

7.2 Aufkündigung durch die Kasse

Die EDV-Rechnungslegungsberechtigung gemäß Punkt 1. kann von der Kasse mit eingeschriebenem Brief, unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Quartalsende und ohne gleichzeitige Kündigung des kurativen Einzelvertrages aufgekündigt werden.
Die Burgenländische Gebietskrankenkasse wird ihr Kündigungsrecht nicht ohne Grund ausüben. Ein Kündigungsgrund liegt vor, wenn der Vertragsarzt Leistungsbündelungen, Programmoptimierungen oder sonstige Vertragsverletzungen vornimmt. Ein entsprechender Verdacht der Kasse kann nach Mitteilung durch die Kasse vom Vertragsarzt entkräftet werden. Gelingt ihm dies nicht, ist die Kündigung berechtigt (Beweislastumkehr).

7.3 Sofortige Beendigung aus wichtigem Grund

Wird das EDV-System nachweislich vertragswidrig verwendet, kann die EDV-Rechnungslegungsberechtigung ohne Einhaltung von Fristen und Terminen von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse aufgelöst werden.

7.4 Beendigung mangels Systemeignung

Stellt die Burgenländische Gebietskrankenkasse gemeinsam mit der Ärztekammer für Burgenland fest, daß die grundsätzliche Eignung eines EDV-Systems nicht mehr gegeben ist, ist dies allen betroffenen Vertragsärzten mitzuteilen. Ab dem Zeitpunkt der Mitteilung erlöschen alle auf diesem System aufbauenden Rechnungslegungsberechtigungen. Dies gilt auch in Fällen, in denen ein bemängelter Systemzustand schon zum Zeitpunkt der Prüfung der grundsätzlichen Eignung bestanden hat und übersehen wurde.

Für eine Übergangszeit von 3 Monaten kann jeder betroffene Vertragsarzt das bisherige System weiter verwenden, wenn er die Vertragskonformität der Abrechnung, allenfalls durch geeignete ergänzende Maßnahmen, sicherstellen kann. Über Wunsch der Kasse ist nach allfälliger Durchführung einer genehmigten Systemänderung (Systemerneuerung) die Abrechnung für den Übergangszeitraum zu wiederholen.

7.5 Beendigung durch Wegfall dieser Vereinbarung

Mit Ablauf der Geltungsdauer dieser Vereinbarung erlöschen alle EDV-Rechnungslegungsberechtigungen.

7.6 Verfahren

Die Kündigung nach Punkt 7.2 sowie die sofortige Beendigung aus wichtigem Grund gemäß Punkt 7.3 können im Verfahren vor der Paritätischen Schiedskommission und Landesberufungskommission bekämpft werden. Eine Anrufung der Paritätischen Schiedskommission hat aufschiebende Wirkung.

8. Aufzeichnungspflicht

Die Aufzeichnungspflicht gemäß § 28 Gesamtvertrag kann durch gesicherte EDV-Speicherung erfüllt werden, sofern für Besprechungen mit der Burgenländischen Gebietskrankenkasse Ausdrucke angefertigt werden können oder die für die Besprechung erforderlichen Daten in anderer, für die Burgenländische Gebietskrankenkasse lesbarer Form zur Verfügung stehen.

VEREINBARUNG

abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Namen und namens der Ärztekammern für Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg und Tirol (im folgenden Ärztekammern genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im eigenen Namen und namens der §2-Krankenversicherungsträger in den Bundesländern Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg und Tirol (im folgenden Kassen genannt) andererseits.

I.

Präambel

Diese Vereinbarung wird abgeschlossen, um bei der Berechnung eines Automatikfaktors den aufgrund der 44. ASVG-Novelle (§ 108a) erfolgten Gesetzesänderungen Rechnung zu tragen. Die Vereinbarung berücksichtigt den Umstand, daß die für die Berechnung des Automatikfaktors benötigten statistischen Unterlagen nicht mehr an zwei Stichtagen im Rahmen der Grundzählung, sondern durch eine Auswertung aus der Versicherungsdatei des Hauptverbandes erhoben werden. In der Berechnungsmethode wird gegenüber der früheren Vereinbarung keine Änderung vorgenommen. Weiters wird die Vereinbarung zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer vom 23. April 1964 sprachlich und systematisch neu gefasst.

II.

Gegenstand

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Berechnungsmethode eines jährlichen Automatikfaktors, mit dem die Honorare, Globalsummen und sonstige in der Honorarordnung vorgesehene Fixbeträge eines Kalenderjahres zu vervielfältigen sind.

III.

Berechnungsmethode

(1) Der jährliche Automatikfaktor wird vom Hauptverband mit der Formel

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

errechnet.

Hiebei bedeutet:

a) F jenen Automatikfaktor, mit dem die Honorare, Globalsummen und sonstigen in der Honorarordnung vorgesehenen Fixbeträge eines Jahres zu vervielfältigen sind, um die Honorare, Globalsummen und Fixbeträge des darauffolgenden Jahres zu erhalten. Der Automatikfaktor ist auf vier Dezimalstellen zu errechnen. Die neuen Honorare sind auf zehn Groschen, die Globalsummen und Fixbeträge auf Schilling auf- bzw. abzurunden.

b) B1 die durchschnittliche Beitragsgrundlage aufgrund der Lohnstufeneinreihung aller Versicherten des dem Anwendungsjahr des Automatikfaktors vorangegangenen Kalenderjahres.

c) B2 die durchschnittliche Beitragsgrundlage aufgrund der Lohnstufenreihung aller Versicherten des dem Anwendungsjahr des Automatikfaktors zweitvorangegangenen Kalenderjahres.

d) Bei der Berechnung der Beitragsgrundlagen B1 und B2 ist als Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung die des zweitvorangegangenen Kalenderjahres heranzuziehen.

e) Die Lohnstufeneinreihung der Versicherten ist aufgrund des Datenmaterials der Versicherungsdatei des Hauptverbandes vorzunehmen.

(2) Wird die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung erhöht, dann ist die neue Höchstbeitragsgrundlage erst von jenem Zeitpunkt an den Berechnungen zugrundezulegen, an dem für das vorangegangene und zweitvorangegangene Kalenderjahr die statistischen Unterlagen aufgrund der neuen Höchstbeitragsgrundlage vorliegen.

IV.

Der Automatikfaktor ist nicht anzuwenden, wenn sich die Vertragsparteien auf eine andere Erhöhung der Honorare, Globalsummen und Fixbeträge einigen.

V.

Der Automatikfaktor ist vom Hauptverband zu errechnen und den Kassen bekanntzugeben. Die Kassen werden den Automatikfaktor den Ärztekammern bis spätestens 1. Juli des Anwendungsjahres des Automatikfaktors bekanntgeben.

VI.

Der Hauptverband wird den Kassen und der Österreichischen Ärztekammer alle für die Berechnung des Automatikfaktors erforderlichen Auskünfte erteilen und auf deren Wunsch Einsicht in die für die Berechnung des Automatikfaktors notwendigen Unterlagen gewähren.

VII.

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Jänner 1991 in Kraft und ist Bestandteil der Gesamtverträge gemäß § 341 ASVG, abgeschlossen zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern für Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg und Tirol.

(2) Der Automatikfaktor ist erstmals für das Jahr 1991 zu berechnen. Als Beitragsgrundlagen sind somit gemäß Punkt II Abs.1 lit.b, c und d die Beitragsgrundlagen der Jahre 1990 und 1989 heranzuziehen.

(3) Die Vereinbarung zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer vom 23. April 1964 über die Honorarautomatikregelung und die darauf basierenden Vereinbarungen zwischen den Kassen und Ärztekammern treten außer Kraft.

Wien, am 29. Juli 1991

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Der Präsident:

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Der Generaldirektor: Der Präsident:

Anhang 1

RICHTLINIEN

über das erforderliche bzw. zur Verrechnung zulässige Ausmaß von Durchleuchtungen und Aufnahmen bei röntgendiagnostischen Leistungen treten ab 1.4.2009 außer Kraft.

Anhang 2

Gemäß den mit der Ärztekammer für Burgenland vereinbarten Richtlinien können nachstehende Einzelleistungen nur bei folgenden Erkrankungen vergütet werden:

A 1) Spaltlampenuntersuchung nach Pos. 102

bei patholog. Affektionen
der Hornhaut
der Vorderkammer
der Linse
der Iris
des Glaskörpers
des Bulbus

2) Sondierung oder Spülung der Tränenwege nach Pos. 114

ohne Einschränkung bei angeborener Stenose und Nachbehandlung nach Tränensackoperation; bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum 6. Lebensjahr ist die Pos. 061 zusätzlich verrechenbar.

B Kolposkopie nach Pos. 363

bei pathologischer Epithelbefundung an Scheide und Portio bzw. Erkrankungen der Portio

C Anlegen eines Okklusiv-, Kompressions- oder Heilverbandes nach Pos. 264

bei
- ulcera cruris;
  für AM 10 x pro Fall und Quartal verrechenbar
  für D 10 x pro Fall und Quartal verrechenbar;
- CVI; (chron. vasculäre Insuffizienz);
- arterielle Durchblutungsstörung;
- Verbrennung II. und III. Grades;
- Gangrän;
- general. Impetigo;
- chron. Dermatosen;
- ausgedehnte operativ versorgte Wunden, sowie gravierende Finger- und Zehenwunden (kein Pflasterverband)

Mit Wirksamkeit ab 1. April 2005 tritt für Ärzte für Allgemeinmedizin folgende Ausweitung der Verrechenbarkeit von 10 x pro Fall und Quartal auf die Indikationen "Verbrennung II. und III. Grades" und "Gangrän" in Kraft.

Bei Überschreitung des Limits bei diesen Indikationen sowie bei ulcera cruris vorherige Chefarztbewilligung erforderlich.
Ab 1.1.2014 ist diese Chefarztpflicht im Rahmen eines Pilotprojektes ausgesetzt.

D Ergometrie nach Pos. 408

Ergometrische Untersuchungen sind nur von Fachärzten für Innere Medizin, die bereits von den Sonderversicherungsträgern mit Sondervereinbarung zugelassen sind, verrechenbar. Die Untersuchung ist entsprechend der Empfehlung der Österr. Kardiologischen Gesellschaft durchzuführen. Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimationsset.

Zusätzlich zur Ergometrie dürfen keine gesonderten elektrokardiographischen Leistungen verrechnet werden.

E Phototherapie nach Pos. 455 und 456 ab 1.10.1996

Indikationen: Psoriasis, Parapsoriasis, Akne conglobata, atopisches Ekzem, seborrhoisches Ekzem, nummuläres Ekzem, urämischer Pruritus, hepatischer Pruritus, Pityriasis versiculor, Pityriasis rosea, Alopecia areata, Vitiligo

F Photochemotherapie nach Pos. 457, 458 und 459 ab 1.10.1996

Indikationen: Psoriasis, Mykosis fungoides, polimorphe Lichtdermatosen, Pustulosis palmaplantaris, persitierende Lichtreaktion (Lichturticaria), atopisches Ekzem, Lichen ruber planus exanthematicus, Vitiligo, Impetigo herpetiformis, Alopecia areata, Urticaria pigmentosa, Granuloma anulare, M. Duhring, disseminierende kleinknotige Sarcoiodose, lymphomatoide Papulose, Pityriasis ruba pilaris, Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta

Die Phototherapie (Pos. 455 und 456) und die Photochemotherapie (Pos. 457, 458 und 459) können in der gleichen Sitzung nicht gleichzeitig verrechnet werden.

Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.

Die Pos. 455 bis Pos. 459 sind nur von jenen Vertragsfachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten verrechenbar, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen.

G Verrechnung der Position 015 „Weitere Ordination“ bei Serienbehandlungen ab 1.7.1998

A. Physiotherapie (Pos. 501 bis 516), i.m. Injektionen (Pos. 026) und Psychotherapeutische Sitzung (Pos. 432):

1. Eine Serienbehandlung liegt nur dann vor, wenn während eines Quartals mehr als vier gleiche Leistungen bei gleicher Diagnose und in Folge erbracht werden.
2. Bei einer Serienbehandlung wird die Position 015 bis 4 Leistungen (Sitzungen) maximal zweimal, darüber hinaus je weitere 4 Leistungen (Sitzungen) einmal honoriert.

B. I.v. Injektion (Pos. 027 bis 030) und Infusion (Pos. 043):

1. Eine Serienbehandlung liegt nur dann vor, wenn während eines Quartals mehr als fünf gleiche Leistungen bei gleicher Diagnose und in Folge erbracht werden.
2. Bei einer Serienbehandlung wird die Position 015 bis 5 Leistungen maximal dreimal, darüber hinaus je weitere 4 Leistungen einmal honoriert.

H Verrechnung von operativen Eingriffen ab 1.7.2000

1. Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser nach Pos. 197

   z.B. Angiom, Varixknoten, Atherom, Fibrom, Zyste; Warze über 5 mm

2. Operative Entfernung einer größeren Geschwulst von 10 mm bis 30 mm Durchmesser nach Pos. 198

   z. B. Fibrom, Atherom, Lipom, Schloffertumor, Angiom, Eptheliom, Varixknoten, einzelner Lymphknoten, Hygrom, Basaliom, Spinaliom

3. Operative Entfernung einer Geschwulst über 30 mm Durchmesser nach Pos. 199

   z.B. Lipom, Fibrom, Atherom, Schloffertumor, Hygrom, Spinaliom, Basaliom, kleines Lymphknotenpaket

Die Honorierung der Position 015 „**Weitere Ordination“** wird ab 1.7.1997 wie folgt geregelt:

Verrechenbarkeit der Pos. 015: 1:

• Ärzte für Allgemeinmedizin	2,00	ab 1.4.2024

- Fachärzte für:

Lungenheilkunde	0,50	ab 1.4.2024
Augenheilkunde und Optometrie	0,30	ab 1.1.2022
Chirurgie / Unfallchirurgie	1,03	ab 1.1.2022
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,80	ab 1.1.2022
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,50	ab 1.4.2024
Innere Medizin	1,25	ab 1.1.2022
Kinder- und Jugendheilkunde	1,20	ab 1.4.2024
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	0,75	ab 1.1.2022
Neurologie und Psychiatrie / Neurologie Psychiatrie und Neurologie / Psychiatrie Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin	0,93	ab 1.1.2022
Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	1,20	ab 1.1.2022
Urologie	0,60	ab 1.1.2022

im Durchschnitt pro Fall und Quartal (Fälle mit voller Grundvergütung, Erste-Hilfe-Vergütung, K-Schein und Nichterreichbarkeits-Schein) pro Vertragsarzt

Anhang 4

Die Honorierung der Visitenpositionen 007 „Zuschlag für Erstvisite bei Tag an Werktagen“ und 017 „Zuschlag für jede weitere Tagesvisite“ für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte

wird per 1.1.1999 wie folgt geregelt:

	bis Fälle pro Quartal	Faktor für Visitenanzahl (007 und 017)
Staffel 1	400	0,50
Staffel 2	700	0,35
Staffel 3	950	0,25
Staffel 4	1.250	0,20
Staffel 5	ab 1.251	0,10

Diese Regelung der Visitenhonorierung ist unter Bedachtnahme auf die Urlaubsvertretung sowie der Verpflichtung zur Erste-Hilfe-Leistung festgesetzt worden.

Mit dem IV. Quartal eines jeden Jahres ist ein Jahresausgleich durchzuführen.

Anhang 5

Die Honorierung der Position 019 **„Therapeutische Aussprache“** wird ab 1.10.2002 wie folgt geregelt:

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

a) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ (kurz: TA) soll grundsätzlich eine Erweiterung der Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.

b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und für physikalische Medizin berechtigt.

c) Der Arzt hat die TA persönlich zu führen. Die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die TA mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist unzulässig.

d) Die TA hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.

e) Die TA ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die TA auch im Rahmen einer Visite zulässig.

f) Die TA ist

- von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 20 %,
- von den Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Orthopädie, Urologie und Kinderheilkunde in höchstens 20 %,
- von Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten in höchstens 19%,
- von Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Dermatologie in höchstens 16 %,
- für Vertragsfachärzte für HNO und Neurologie in höchstens 15 %,
- von Vertragsfachärzten für Unfallchirurgie in höchstens 14 %,
- von Vertragsfachärzten für Chirurgie in höchstens 13 %,
- von Vertragsfachärzten für Psychiatrie (Katalog alt) in höchstens 10%,

der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsfachärzten (ausgenommen Vertragsfachärzten für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 7 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

a) Die TA ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer TA ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die TA nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine TA verrechnen.

b) Die gleichzeitige Verrechnung der TA mit Pos. 432 für Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.

c) Bisheriger Verrechnungsausschluss mit Pos. 015 am selben Tag entfällt mit Wirksamkeit 1.1.2019

Anhang 6

Mit Wirksamkeit ab 1.7.2005 tritt für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin in Kraft:

Pos. 021 *„Blutentnahme aus der Vene bei Versendung zu Laboruntersuchungen“*
Anmerkung: "Verrechenbar in höchstens 13 % der Fälle; darüber hinaus Honorierung zum halben Tarif; das Verrechnungslimit gilt nicht für jene Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die keine photometrische Blutuntersuchung im Eigenlabor bzw. in einer Laborgemeinschaft durchführen"

Anmerkung zu Pos. 231 und 232:

Voraussetzung:

Nachweis von zumindest 300 supervidierten Koloskopien und 50 Polypektomien. Endoskopieassistenz-Basiskurs-Nachweis oder gleichwertiger Ausbildungsnachweis des Assistenzpersonals. Als gleichwertig gilt eine Tätigkeit in einer koloskopisch tätigen Facharztordination oder Abteilung einer Krankenanstalt. Dokumentation mittels Fotodokumentation bzw. histologischem Befund. Die Reinigung hat mit einer „Waschmaschine“ oder mit gleichwertigem Reinigungsverfahren zu erfolgen. Darmreinigungsmittel, Seditivum und Antidot werden als Ordinationsbedarf zur Verfügung gestellt. Sedierung ist anzubieten. Der Vertragsfacharzt hat der Kasse auf Verlangen und deren eigene Kosten eine mikrobiologisch-hygienische Überprüfung der Endoskopieeinrichtung zu ermöglichen.

Ab 1.1.2010 zwingend erforderlich: Videoendoskopie und „maschinell-chemothermische Reinigung (Waschmaschine) der Endoskope“

Anmerkung zu Pos. 014:

„**Ärztlicher Koordinationszuschlag“**
verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen; von Ärzten für Allgemeinmedizin insgesamt in höchstens 4 %, von allgemeinen Fachärzten in 2 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

Erläuterungen:

Die Pos. 014 ist bei folgenden demonstrativ aufgezählten Leistungen verrechenbar:

- Koordinierung des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements
- Telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung
- Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes
- Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation
- Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland

Dokumentation: Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren.“

Anmerkung zu Pos. 018:

(1) **Die Position 018 „Heilmittelberatungsgespräch**“ kann für Gespräche mit folgenden Themen verrechnet werden:

a) Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)

b) Überwachung der Heilmittelversorgung des Patienten mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel mit dieser Indikation bereits verfügt)

c) Ein- und Umstellung auf Generika in jenen Fällen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet werden muss

d) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen)

(2) Die Leistung ist verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 7 % der Grundleistungsfälle, Fachärzten für Innere Medizin in maximal 9 % der Grundleistungsfälle, Neurologie/Psychiatrie in maximal 4 % der Grundleistungsfälle und allen anderen Fachärzten (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie) in maximal 2 % der Grundleistungsfälle. Die Leistung ist gleichzeitig mit der Position 014 „Ärztlicher Koordinierungszuschlag“ verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung der Pos. 019 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache….“ ist nicht zulässig.

(3) Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 bis 10 Minuten zu dauern. Der Arzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (a – d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

Anhang 10

Leistungsvoraussetzungen für die Verrechnung der Pos. 8000 und 8001

Die vereinbarten Leistungen können nur von jenen Vertragsfachärzten für Radiologie erbracht werden, welche die im folgenden angeführten Voraussetzungen erfüllen und auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Vertragsfachärzte Radiologie werden über Beginn und Ende der Verrechnungsmöglichkeit von der Kasse informiert.

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

   a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten

   b) technische Qualitätssicherung gemäß Kompendium Mammographie Teil 1, (vgl. Anlage 1 des 2. ZP VU-GV)

   c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort

   d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographie durchführen (Punkt 10.).

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

   a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Vertragsfacharzt für Radiologie. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

      Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein Vertragsfacharzt für Radiologie eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er mit einer Fallsammlungsprüfung (ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen. Neueinsteiger betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen, sofern sie als Zweitbefunder für einen erfahrenen Facharzt für Radiologie tätig waren.

Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindesetens 1.500 Befundungen vorliegen müssen.

b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.

3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.

4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. Kompendium Mammographie Teil 2 nicht Gegenstand dieser gesamtvertraglichen Regelung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und der SV und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.

5.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphsyik qualifizierten Einrichtung oder Person.

6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Facharztes Radiologie, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.

7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.

8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 – 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der SV und der ÖÄK zur Verfügung.

9.) Der im Falle einer Vertretung tätig werdende Facharzt für Radiologie hat die Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen gemäß des Punktes 3 zu erfüllen.

10.) Die leistungserbringenden Fachärzte für Radiologie sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Facharzt für Radiologie nachzuweisen.

11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraumes.

12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punktes 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 geregelt.

13.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 bei der ÖÄK eingerichtet.

Ausschließliche Indikationen für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie

1.) Familiär erhöhte Disposition

2.) Hochrisikopatientinnen

3.) Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund

4.) Mastodynie einseitig

5.) Histologisch definierte Risikoläsion

6.) Sekretion aus Mamille

7.) Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv, auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)

8.) Zustand nach Mamma-OP (gutartig): einmalige Kontrolle binnen eines Jahres nach Mamma OP

9.) Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess

10.) Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut der Brust

Erläuterungen/Anmerkungen zu den einzelnen Indikationen siehe Kompendium Mammographie Teil 3.

Dokumentation

1.) Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchung (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.

2.) Das Datenflussmodell gemäß Kompendium Mammographie Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:

   a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
   b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
   c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
   d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in soclher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (zB über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist;
   e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an den zuständigen Krankenversicherungsträger muss gesichert sein

3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

Anhang 10

Kompendium Mammographie (zur Einsichtnahme in der Ärztekammer Burgenland und in der BGKK)

Erläuterungen / Voraussetzungen Verrechenbarkeit Pos. 019a

Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, in maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt pro Quartal

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

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich und tunlichst außerhalb
der Ordinationszeiten zu führen sowie zu dokumentieren. Im Allgemeinen dauert es 20 Minuten.

FG-Beschränkung auf FÄ f. Kinderheilkunde.

Voraussetzung ist Psy 2-Diplom oder
Berufsberechtigung als FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Weitere Anmerkungen zu Pos. 402 „Langzeit-EKG“

Nach Gerätemeldung an die BGKK (im Wege der Ärztekammer) verrechenbar. Ein Durchschlag des Befundes ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich.

Weitere Anmerkungen zu Pos. 409 „24 Stunden-Blutdruckmonitoring“

Für Ärzte für Allgemeinmedizin zur Therapiekontrolle gemäß lit. b) der Indikationen (nach erfolgter Neueinstellung) verrechenbar; für beide Fachgruppen nach Gerätemeldung an die BGKK (im Wege der Ärztekammer) verrechenbar

Indikationen der Verrechenbarkeit:
a) nicht-erklärbare Hypertonie
b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhung bei
- sekundärer Hypertonie
- Präklampsie
- 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 echokardiographisch festgestellter Linkshyperthrophie
- mit Diabetes mellitus
- mit fehlender Rückbildung von Organschäden
- mit Wechselschichtdienst
- mit Symptomen von „Überbehandlung“ (zB unerklärbare Schwindel)
- zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihyperintensiver Therapie
- bei Schwangeren mit EPA
- Gestose

Befunddokumentation:
Die Befunde sind zu dokumentieren und drei Jahre aufzubewahren.

Leistungen für Long-Covid-Patienten bzw. -Verdachtsfälle

Die nachfolgenden Long-Covid-Leistungen sind ab 1.7.2022 zum unlimitierten Tarif der jeweiligen Position unter nachfolgenden Voraussetzungen verrechenbar.

Pos. 019 - LC
In den Fachgebieten AM, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie und Psychiatrie wird eine Position „Therapeutische Aussprache“ bei Long-Covid-Patienten bzw. -Verdachtsfällen geschaffen, die einmal pro Patient mit Long-Covid-Verdacht verrechenbar ist; frühestens im Zeitraum aber der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung.

Eine für den Patienten am selben Tag erbrachte Therapeutische Aussprache (Pos. 019) ist neben der Pos. 019 – LC im Rahmen der bestehenden Limitierungen verrechenbar.

Von den FG Neurologie sowie Psychiatrie ist die Position nur nach Vorliegen einer Überweisung durch einen Allgemeinmediziner oder FA für Kinder- und Jugendheilkunde im Zusammenhang mit Long-Covid oder zur Abklärung eines Long-Covid-Verdachts verrechenbar; grundsätzlich ebenfalls nur einmal pro Long-Covid-Patient, es sei denn, es erfolgt mit besonderer Begründung eine weitere Überweisung durch einen Allgemeinmediziner oder Kinderfacharzt.

Pos. 160/175/181/402/409/411/415/419/420/423 - LC
Diese Positionen sind für die bei der jeweiligen LC-Position angeführten Fachgruppen nur auf Basis einer Überweisung durch einen Allgemeinmediziner oder Kinderfacharzt im Zusammenhang mit Long-Covid oder zur Abklärung eines Long-Covid-Verdachts verrechenbar; und zwar ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung. Die Verrechenbarkeit ist grundsätzlich nur einmal pro Long-Covid-Patient/-Verdachtsfall möglich, es sei denn es erfolgt mit besonderer medizinischer Begründung eine weitere Überweisung durch einen Allgemeinmediziner oder Kinderfacharzt.