

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 338 Abs. 1 ASVG:

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Dieser Gesamtvertrag wurde am 14. Dezember 2010 abgeschlossen.

Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:

Hitrich

Übersicht zu den Anlagen, Beilagen etc.

1. Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 1 -

Gebührenfrei gemäß § 109 ASVG

GESAMTVERTRAG

vom 1. Jänner 2011

abgeschlossen gemäß §§ 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955 in der geltenden Fassung sowie gemäß § 66a Abs.1 Z. 1 des Ärztegesetzes, BGBl. I 1998/169 in der geltenden Fassung zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte, einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband) für die im § 2 genannten Krankenversicherungsträger andererseits.

Präambel

Der Gesamtvertrag regelt das Verfahren zum Abschluss von Einzelverträgen, die Rechte und Pflichten von Vertragsärzten sowie die Beziehungen der Parteien dieses Gesamtvertrages und die Beziehungen der Parteien des Einzelvertrages zueinander.

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

§ 1**Definitionen**

- (1) **Parteien des Gesamtvertrages** sind die Kammer einerseits und alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger anderseits.
- (2) **Parteien des Einzelvertrages** sind der Vertragsarzt einerseits und alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger anderseits.
- (3) Der Terminus **Versicherungsträger** bezeichnet im Folgenden alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger.
- (4) Der Terminus **Kammer** bezeichnet im Folgenden die Ärztekammer für Wien.
- (5) Der Terminus **Kasse** bezeichnet im Folgenden die Wiener Gebietskrankenkasse.
- (6) Der Terminus **Anspruchsberechtigte** bezeichnet im Folgenden Versicherte der Versicherungsträger und deren anspruchsberechtigte Angehörige.
- (7) Der Terminus **Vertragsarzt** bezeichnet im Folgenden einen niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt, der mit den Versicherungsträgern einen Einzelvertrag im Sinne der Bestimmungen des zwischen dem Hauptverband und der Kammer für die Versicherungsträger abgeschlossenen Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 abgeschlossen hat.
- (8) Der Terminus **Invertragnahmeausschuss** bezeichnet ein aus Vertretern von Kammer und Kasse zusammengesetztes Gremium, welches sich mit der Vergabe von Stellen und der Reihung von Bewerbern befasst.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 2 -

**§ 2
Geltungsbereich**

Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen.

1. Wiener Gebietskrankenkasse
2. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
3. Betriebskrankenkasse Austria Tabak
4. Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
5. Betriebskrankenkasse Mondi
6. Sozialversicherungsanstalt der Bauern

**§ 3
Bevollmächtigung**

(1) Die Versicherungsträger bevollmächtigen die Kasse, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten bzw. in allen Angelegenheiten betreffend die Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Dazu gehört die Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen. Die Kasse ist berechtigt, die den Versicherungsträgern in diesem Gesamtvertrag eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber der Kammer und den Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere wird der Kasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen und aufzukündigen sowie Schiedsverfahren in allen den Einzelvertrag und den Gesamtvertrag betreffenden Streitigkeiten für alle beteiligten Versicherungsträger zu führen.

(2) Wird die gemäß Abs. 1 erteilte Vollmacht von einem Versicherungsträger abgeändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer und der Kasse unverzüglich schriftlich zur Kenntnis zu bringen. Die sich daraus ergebenden Wirkungen gegenüber der Kammer und den Vertragsärzten treten erst mit dem Ablauf des zweiten Kalendervierteljahres ein, das auf die Mitteilung folgt.

**§ 4
Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsärzte**

- (1) Die Zahl der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin beträgt 880.
- (2) Die Zahl der Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Zahnärzte) einschließlich der Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik (Vertragslaboratorien) sowie der Vertragsfachärzte für Pathologie beträgt 970.
- (3) Wird die vertragsärztliche Tätigkeit in der Form einer Vertragsgruppenpraxis ausgeübt, so verringert sich die Anzahl der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte jeweils um die Anzahl der Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen.
- (4) Die Anzahl der Vertragsärzte, mit denen die Kasse Einzelverträge gemäß den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und die Anzahl der Gesellschafter aller Vertragsgruppenpraxen, mit denen die Kasse Gruppenpraxeneinzelverträge gemäß den Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 abgeschlossen hat, darf insgesamt die in Abs. 1 und 2 genannten Kopffzahlen nicht übersteigen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 3 -

- (5) Die örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse festgesetzt.
- (6) Dabei ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten (bzw. Vertragsgruppenpraxen) freigestellt sein.
- (7) Wird ein Einvernehmen über die örtliche Verteilung der Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen sowie über die beantragte Abänderung der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.
- (8) Beabsichtigt die Kasse zusätzliche Verträge mit sonstigen Einrichtungen abzuschließen, die Leistungen von Vertragsärzten anbieten, so hat sie die Kammer im Vorhinein zu informieren.

§ 5 Strukturentwicklung

- (1) Teilt ein Vertragsarzt mit, dass er beabsichtigt, seine vertragsärztliche Tätigkeit zu beenden und kommen Kammer und Kasse überein, diese Stelle mangels versorgungspolitischer Notwendigkeit nicht nachzubeseetzen, so erhält der Inhaber des Einzelvertrages, der seine Tätigkeit beenden möchte (oder dessen Erben), von der Kasse eine Investitionsablöse, auf Basis von einem Drittel des nachgewiesenen, durchschnittlichen Jahresumsatzes der letzten drei Kalenderjahre die vor der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit liegen.
- (2) Die Investitionsablöse ist von der Kündigung des Einzelvertrages durch den Vertragsarzt oder seinem Tod abhängig; sie wird mit der Restzahlung des letzten Quartals des aufrechten Einzelvertrages fällig und mit dieser ausbezahlt.
- (3) Stellen, für deren Aufgabe eine Investitionsablöse gemäß Abs. 2 bezahlt wurde, verbleiben in einer Strukturentwicklungsreserve zur Verbesserung der Versorgung der Anspruchsberechtigten. Kammer und Kasse kommen überein, mit den Stellen aus der Strukturentwicklungsreserve Planstellen für Einzelpraxen mit besonderen Versorgungsangeboten oder Gruppenpraxen zu besetzen. Die Stellenbesetzung erfolgt im Einvernehmen von Kammer und Kasse nach regionalen und versorgungspolitischen Gegebenheiten.
- (4) Beinhaltet die Strukturentwicklungsreserve mehr als 134 Stellen, so werden diese überzähligen Stellen unmittelbar als Einzelpraxen oder im Zusammenhang mit Gruppenpraxen ausgeschrieben bzw. besetzt.
- (5) Die Regelungen über die Investitionsablöse gelten nicht für Vertragsfachärzte für Radiologie, medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie und Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation; dessen ungeachtet sind diese Fachärzte allerdings auch Bestandteil der Strukturentwicklungsreserve.
- (6) Wird eine Stelle nicht nachbesetzt, jedoch für einen Gruppenpraxenanteil verwendet, besteht kein Anspruch auf Investitionsablöse gemäß Abs. 1.
- (7) Im Sinne einer Strukturbereinigung kann die Nachbesetzung von Ordinationsstandorten von Vertragsfachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik nur unter der Voraussetzung der gleichzeitigen Gründung einer Gruppenpraxis gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen erfolgen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 4 -

(8) Einzelordinationen von Vertragsfachärzten für Radiologie werden im Sinne einer Strukturreform nicht mehr nachbesetzt. Fusionen von einzelnen Vertragsfachärzten für Radiologie zu Gruppenpraxen sowie Anschlüsse an bestehende Vertragsgruppenpraxen bedürfen der vorherigen ausdrücklichen Zustimmung des Invertragnahmeausschusses.

(9) Verträge mit Anbietern für radiologische Leistungen wird die Kasse bis zum erfolgreichen Abschluss der Umstrukturierungen im Bereich der Fachgruppe Radiologie, maximal jedoch bis zum 31. Dezember 2020, nur im Einvernehmen mit der Kammer abschließen.

(10) Mit Beschluss des Invertragnahmeausschusses können die Gesamtvertragsparteien bestimmen, dass die Nachbesetzung von Ordinationsstandorten für Vertragsärzte anderer Fachrichtungen als den in Abs. 7 und 8 genannten – allenfalls auch für einen befristeten Zeitraum – nur unter der Voraussetzung der gleichzeitigen Gründung einer Gruppenpraxis gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen erfolgen kann.

§ 6**Ausschreibung freier Vertragsarztstellen und
Auswahl der Vertragsärzte**

(1) Die Ausschreibung freier Vertragsarztstellen, die Auswahl der Bewerber und die Kriterien für die Invertragnahme von Vertragsärzten regeln die Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten Anlage 2.

(2) Bis zur Besetzung einer freien Vertragsarztstelle kann im Falle eines dringenden Bedarfes im Einvernehmen mit der Kammer ein befristeter Einzelvertrag abgeschlossen werden.

§ 7**Einzelvertragsverhältnis**

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen den Versicherungsträgern und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet. Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und den Versicherungsträgern ist der in Anlage 3 beigefügte Mustereinzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser ist ein Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Mustereinzelvertrag können von den Versicherungsträgern mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen von Kammer und Kasse vereinbart werden.

(2) Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(3) Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem Einzelvertrag, diesem Gesamtvertrag sowie den Zusatzvereinbarungen zu diesem Gesamtvertrag.

(4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Befristungen können von den Versicherungsträgern mit dem Vertragsarzt im Einvernehmen mit der Kammer in besonderen Fällen vereinbart werden.

(5) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem in Einvernehmen von Vertragsarzt und Kasse festgelegten und im Einzelvertrag vermerkten Datum.

(6) Die Kasse wird der Kammer eine Abschrift des Einzelvertrages zur Verfügung stellen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 5 -

§ 8**Teilung der Vertragsarztstelle**

- (1) Im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse kann eine Vertragsarztstelle mit zwei Ärzten für Allgemeinmedizin oder zwei Fachärzten derselben Fachrichtung besetzt werden. Die geteilte Vertragsarztstelle gilt als eine Planstelle im Sinne der Richtlinien gemäß § 4.
- (2) Die Voraussetzungen für die Teilung einer Vertragsarztstelle sind in Anlage 7 geregelt.
- (3) Im Falle einer Teilung der Vertragsarztstelle gemäß Abs. 1 wird der Einzelvertrag gemäß § 7 zwischen den betroffenen Ärzten und den Versicherungsträgern begründet.
- (4) Die betroffenen Ärzte müssen die vertraglichen Verpflichtungen einhalten und gelten als Vertragsärzte im Sinne des ASVG und dieses Gesamtvertrages.
- (5) Näheres über Art und Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit der Ärzte wird im Einvernehmen mit der Kammer im Rahmen von besonderen Vereinbarungen gemäß § 3 des Einzelvertrages geregelt (siehe Anlage 3).

§ 9**Tod des Vertragsarztes**

- (1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die im Zeitpunkt des Todes des Vertragsarztes diesem gebührenden offenen Honoraransprüche gegen die Versicherungsträger stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.
- (2) Der von dem Witwer oder der Witwe oder subsidiär vom gerichtlich bestellten Nachlassverwalter eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Vertragsparteien mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossenen Einzelvertrages berechtigt.

§ 10**Beendigung des Einzelvertragsverhältnisses**

- (1) Der Einzelvertrag kann nur nach den jeweils geltenden Bestimmungen des ASVG sowie dieses Gesamtvertrages beendet werden.
- (2) Für Vertragsärzte, die vor dem 1. Jänner 1938 geboren sind, kommt der Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG mit dem 31. Dezember 2016 zur Anwendung.
- (3) Für Vertragsärzte, die nach dem oder am 1. Jänner 1938 geboren sind, kommt der Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG mit dem 31. Dezember 2018 bzw. ab dem 1. Jänner 2019 mit dem Erreichen des 70. Lebensjahres zur Anwendung.
- (4) Über Antrag des betroffenen Vertragsarztes gemäß Abs. 2 und 3 können mögliche Ausnahmen vom Endigungsgrund gemäß § 342 Abs. 1 Z. 10 ASVG im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse vereinbart werden.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 6 -

§ 11**Standort der Ordination**

- (1) Der Standort der Ordination befindet sich an der im Einzelvertrag genannten Adresse.
- (2) Der Betrieb einer Zweitordination mit Abrechnungsmöglichkeit ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Kasse zulässig. Sofern keine Zustimmung der Kasse vorliegt, besteht bei Inanspruchnahme der Zweitordination des Vertragsarztes kein Anspruch auf Kostenerstattung durch Anspruchsberechtigte der Versicherungsträger. Der Vertragsarzt ist dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigten entsprechend zu informieren.

§ 12**Wechsel des Standortes der Ordination**

- (1) Beabsichtigt der Vertragsarzt, den vertraglich vereinbarten Standort zu wechseln, hat er dies der Kasse auf dem Weg über die Kammer schriftlich mitzuteilen und zugleich die Adresse des gewählten neuen Standortes anzugeben. Der Betrieb des neuen Standortes ist nur mit Zustimmung des Invertragnahmeausschusses zulässig.
- (2) Verweigert der Invertragnahmeausschuss die Zustimmung, hat der Vertragsarzt die Möglichkeit, einen Antrag an die Paritätische Schiedskommission zu stellen.
- (3) Wird der Standort verlegt, ohne dass eine schriftliche Zustimmung des Invertragnahmeausschusses oder eine für den Vertragsarzt positive rechtskräftige Entscheidung einer Schiedskommission vorliegt, erlischt der Einzelvertrag mit dem Datum der Schließung des im Einzelvertrag festgelegten Standortes.

§ 13**Behindertengerechte Ordination**

- (1) Die Ordinationsstätte hat den Bestimmungen der ÖNORM 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM 1601 „spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ zu entsprechen (Anlage 4), es sei denn, eine bestimmte bauliche Maßnahme kann aus rechtlichen oder technischen Gründen nicht umgesetzt werden.
- (2) Insgesamt müssen jedenfalls 15 % aller als Vertragsordinationen (Einzel- oder Gruppenpraxen) betriebenen Standorte im Sinne der Bestimmungen von Anlage 4 dieses Vertrages barrierefrei zugänglich sein.

§ 14**Ordinationszeiten**

- (1) Im Sinne größtmöglicher Effizienz für Patienten und Vertragspartner sind die Öffnungszeiten möglichst patientenfreundlich zu gestalten. Der Vertragsarzt wird sich zudem auch um die Einrichtung eines Terminmanagements bemühen, soweit dies den Interessen der Anspruchsberechtigten entgegenkommt und es im täglichen Praxisablauf sinnvoll und möglich ist. Die Vertragspartner bekennen sich zu einer gemeinsamen Qualitätsentwicklung, die die besonderen Lebensumstände bzw. Erkrankungen in einer Großstadt unter Einbeziehung der sozialen Rahmenbedingungen berücksichtigt.
- (2) Für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Vertragsfachärzte wird bei neuen Verträgen ab dem 1. Jänner 1997 die Mindestordinationszeit mit 20 Wochenstunden festgeschrieben.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 7 -

(3) Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärzten, die ab 1. Jänner 2004 in Vertrag genommen werden gelten folgende Mindestnormen:

Wöchentliche Mindestordinationszeiten:

Allgemeinmedizin: 20 Stunden, verteilt auf 5 Tage,

Fachärzte: 20 Stunden, verteilt auf tunlichst 5 Tage, mindestens aber 4 Tage,

wobei 2 der 3 vorgegebene Ordinationszeitenblöcke mindestens 1 mal pro Woche zu wählen sind:

- Abendordination ab 17:00 Uhr, mindestens 2h
- Nachmittagsordination ab 13:00 Uhr, mindestens 2h
- Frühordination ab 7:00 Uhr, mindestens 2h.

(4) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die der Kasse bekannt gegebenen Ordinationszeiten einzuhalten.

(5) Änderungen der Ordinationszeiten sind der Kasse bekannt zu geben. Die Zustimmung der Kasse zu den geänderten Ordinationszeiten gilt als erteilt, wenn die Kasse nicht binnen vier Wochen dagegen Einspruch erhebt.

(6) Erfolgt zwischen dem Vertragsarzt und der Kasse keine Einigung über die Ordinationszeiten des Vertragsarztes, können der Vertragsarzt und die Kasse jeweils Anträge auf Entscheidung an die paritätische Schiedskommission richten.

(7) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie zB bei Erster Hilfeleistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb der Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

§ 15

Nebentätigkeiten von Vertragsärzten

(1) Angestellte Ärzte eines Versicherungsträgers dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihres Versicherungsträgers sein. Auch die Tätigkeit als Vertreter eines Vertragsarztes bzw. in einer Vertragsgruppenpraxis ist untersagt, sofern der Vorstand des Versicherungsträgers, bei dem der Vertragsarzt angestellt ist, nicht ausdrücklich zugestimmt hat.

(2) Während der Laufdauer des Einzelvertragsverhältnisses darf der Vertragsinhaber nicht in einem Vertragsverhältnis zu einer Betten führenden Krankenanstalt stehen, durch das er sich zu einer regelmäßigen Erbringung ärztlicher Leistungen für die Krankenanstalt verpflichtet. Tätigkeiten als Belegarzt sind davon, sofern sie die vertragsärztliche Tätigkeit nicht beeinträchtigen, nicht betroffen.

(3) Konsiliare Tätigkeiten sowie vertraglich vereinbarte regelmäßige Nebentätigkeiten in Krankenanstalten sind der Kammer und der Kasse zu melden und dürfen, sofern sie ein durchschnittliches Ausmaß von 10 Wochenstunden überschreiten nur mit Zustimmung von Kammer und Kasse ausgeübt werden.

(4) Verstößt ein Vertragsarzt wiederholt und trotz begründeter Mahnungen gegen diese Bestimmungen, so gilt dies als Kündigungsgrund.

(5) Die Bestimmungen der Abs. 2 und 3 gelten für nur jene Vertragsärzte, deren Einzelvertrag nach dem 1. Jänner 2001 in Kraft getreten ist.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 8 -

§ 16**Ärztliche Behandlung**

- (1) Die Verrechnungsberechtigung für Behandlungen durch den Vertragsarzt ergibt sich aus seiner Berufsberechtigung sowie aus den Bestimmungen des mit den Versicherungsträgern abgeschlossenen Einzelvertrages sowie jenen dieses Gesamtvertrages.
- (2) Die vertragsärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst oder seinen ordnungsgemäß bestellten Vertreter (§ 19) auszuüben.
- (3) Der behandlungsführende Vertragsarzt für Allgemeinmedizin hat im Rahmen seiner Vertragsarztstätigkeit alle für ein effizientes, patientenzentriertes und unbürokratisches Nahtstellenmanagement erforderlichen ärztlichen Koordinierungstätigkeiten wahrzunehmen.
- (4) Das Nahtstellenmanagement umfasst alle im Zusammenhang mit einer Spitalsaufnahme oder Spitalsentlassung notwendigen ärztlichen Maßnahmen, die unter Beachtung ökonomischer Gesichtspunkte zur Koordinierung medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapiemaßnahmen sowie für einen effizienten Informationstransfer in Bezug auf die weitere ärztliche, therapeutische und pflegerische Betreuung des Patienten erforderlich sind.
- (5) Die ärztliche Koordinierungstätigkeit ist formlos nachvollziehbar zu dokumentieren.
- (6) Alle ärztlichen Koordinierungsmaßnahmen sind mit dem für die vertragsärztliche Tätigkeit an den Vertragsarzt für Allgemeinmedizin ausbezahlten Honorar abgegolten.
- (7) Zur Optimierung der Behandlungsqualität richtet die Kammer Therapiezyklen ein, deren Inhalte – worunter auch Nahtstellenmanagement sein kann - gemeinsam mit der Kasse festzulegen sind. Vertragsärzte, die die Teilnahme an mindestens zwei Therapiezyklen innerhalb eines Kalenderjahres (dh jeweils bis 31. Dezember) nachweisen, erhalten jeweils bei der ersten Akontozahlung für das erste Quartal des nächstfolgenden Rechnungsjahres von der Kasse eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 150,00 Euro je nachgewiesenem Therapiezyklus. Die Kammer wird der Kasse die Listen mit eigenhändiger Unterschrift der Teilnehmer übermitteln.

§ 17**Umfang der Krankenbehandlung**

- (1) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und hat sich an den Richtlinien ökonomischer Krankenbehandlung zu orientieren. Die Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der Versicherungsträger vom Vertragsarzt zu begründen.
- (2) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden.
- (3) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung der Versicherungsträger nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden von den Versicherungsträgern nicht vergütet.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 9 -

§ 18 Leistungen

(1) Das Leistungsangebot des Vertragsarztes wird nach Maßgabe spezifischer Bestimmungen für bestimmte Fachgruppen durch die Bestimmungen des Gesamtvertrages sowie allfällige Regelungen des Einzelvertrages definiert.

(2) Können Leistungen im Sinne der Qualitätssicherung nach den für die jeweilige Fachsparte geltenden Bestimmungen nur dann verrechnet werden, wenn die von Kammer und Kasse festgelegten Kriterien erfüllt werden, wird die Kammer prüfen, ob für den Vertragsarzt die entsprechenden Nachweise vorliegen. Die Kammer hat der Kasse, sofern diese dies verlangt, die entsprechenden Unterlagen zur Einsicht zur Verfügung zu stellen. Sofern die erforderliche Qualifikation nachgewiesen ist, kann die entsprechende Leistung auf Rechnung der Versicherungsträger durchgeführt werden.

§ 19 Vertretung

(1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung (ausgenommen die Fälle von §§ 20 bis 22) für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Mit Zustimmung der Kasse kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden.

(2) Vertretungen (auch regelmäßig, tageweise) in der Dauer von sechs Wochen bis sechs Monaten sind der Kammer unter Angabe des Namens des vertretenden Arztes sowie der voraussichtlichen Dauer der Vertretung bekannt zu geben. Die Kammer wird diese Daten umgehend in eine Datenbank eingeben, auf die die Kasse Zugriff hat. Kammer und Kasse haben das Recht, sich in begründeten Fällen gegen die Vertretung als solche bzw. die Person des Vertreters auszusprechen. Wird ein Einspruch erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem Kammer und Kasse einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies nach Ablauf des Monats als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

(3) Dauert die Vertretung länger als sechs Monate, so sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung auch der Kasse zu melden. Die Bestimmungen von Abs. 2 gelten sinngemäß.

(4) Der 24. und der 31. Dezember werden als ordinationsfreie Tage bestimmt. Die Verpflichtung zur Vertreterbestellung gemäß Abs. 1 entfällt.

(5) Wird der Vertragsarzt vertreten, sind die Namen der Vertreter bei direktem Patientenkontakt für die Patienten erkennbar zu machen.

§ 20 Erkrankung

(1) Ist die persönliche Verhinderung durch Erkrankung oder bei Vertragsärztinnen auch durch Schwangerschaft begründet, so entfällt die Verpflichtung zur Bestellung eines Vertreters gemäß § 12 für die Dauer der Erkrankung, längstens aber bis zum 49. Krankheitstag im Kalenderhalbjahr, bei schwangeren Vertragsärztinnen für den Zeitraum von 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Tag der Entbindung, für den Tag der Entbindung und 8 bzw. nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen 12 Wochen nach der Entbindung.

(2) Der erkrankte Vertragsarzt wird seine Erkrankung bzw. die schwangere Vertragsärztin den Beginn der 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstag sowie die Wiederaufnahme seiner (ihrer) Tätigkeit sofort der Kammer melden. Die Kammer wird diese Meldungen umgehend in eine Datenbank eingeben, auf die die Kasse Zugriff hat.

(3) Zur ärztlichen Versorgung der Patienten des erkrankten Vertragsarztes sind sämtliche Vertragsärzte (bzw. Vertragsgruppenpraxen) derselben Fachsparte verpflichtet. Der erkrankte Vertragsarzt wird auf einem Plakat an seiner Ordination zwei in angemessener Entfernung niedergelassene Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen derselben Sparte im Einvernehmen mit diesen als Vertreter angeben.

(4) Diese Bestimmungen gelten nicht für Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin, Vertragsfachärzte für Radiologie, Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Pathologie.

§ 21

Urlaub/Kurzfristige Schließung

(1) Ist die persönliche Verhinderung durch Urlaub begründet, so entfällt die Verpflichtung zur Bestellung eines Vertreters gemäß § 12 für die Dauer desurlaubes nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

(2) Die Urlaubseinteilung erfolgt durch die Kammer. Diese erstellt jeweils für ein Kalendervierteljahr im Vorhinein je eine Urlaubsliste für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und für die allgemeinen Vertragsfachärzte und übermittelt diese der Kasse jeweils zum 15. des letzten Quartalsmonates für das folgende Quartal in elektronischer Form. Bei der Urlaubsabwicklung wird die Kammer nicht nur auf die Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin eines Bezirkes, sondern allgemein auf die Bedürfnisse der Vertragskassen hinsichtlich einer klaglosen Versorgung der Anspruchsberechtigten Bedacht nehmen. Aus den Urlaubslisten muss der Beginn und das Ende desurlaubes der einzelnen namentlich angeführten Vertragsärzte datummäßig ersichtlich sein; die Urlaubsliste der Vertragsfachärzte wird zusätzlich nach Fachgruppen geordnet erstellt.

(3) Das zulässige Höchstausmaß desurlaubes, der von einem Vertragsarzt im Rahmen der Urlaubsregelung konsumiert werden kann, beträgt 6 Kalenderwochen (= 42 Kalendertage) pro Urlaubsjahr, wobei Resturlaube in das nächste Kalenderjahr übertragen werden können.

(4) Zur ärztlichen Versorgung der Patienten eines gemäß Urlaubsliste auf Urlaub befindlichen Vertragsarztes sind sämtliche Vertragsärzte derselben Fachsparte verpflichtet. Der Vertragsarzt wird auf einem Plakat an seiner Ordination zwei in angemessener Entfernung niedergelassene Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen derselben Fachsparte im Einvernehmen mit diesen als Urlaubsvertreter angeben.

(5) Bei Urlaub hat der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin die noch bei ihm befindlichen Krankmeldungsanzeigen der zuständigen Bezirksstelle (Kundencenter) zu übermitteln. Der Vertragsarzt, der einen Versicherten vom Krankenstand abschreibt, ohne ihn selbst in den Krankenstand genommen zu haben, verständigt die zuständige Bezirksstelle durch Übersendung des hierfür aufgelegten, ausgefüllten Formblattes. Diese vermerkt die Abschreibung im Krankenstandsverzeichnis des Vertragsarztes, der die Protokollierung durchgeführt hat.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 11 -

(6) Muss der Vertragsarzt seine Ordination aus wichtigen, seine Person (zB Truppenübung) oder die Ordination betreffenden Gründen und/oder auf Grund eines unvorhergesehenen und/oder unabwendbaren Ereignisses kurzfristig schließen, hat der Vertragsarzt dies der Kammer so rasch wie möglich auf kurzem Weg (telefonisch, per Fax oder e-mail) unter Angabe der voraussichtlichen Dauer (maximal eine Kalenderwoche (=7 Kalendertage) bekannt zu geben; die vorangehenden Bestimmungen finden sinngemäße Anwendung.

(7) Diese Bestimmungen gelten nicht für Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachärzte für Radiologie, Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Pathologie.

§ 22 Fortbildung

(1) Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die allgemeinen Vertragsfachärzte können in jedem Urlaubsjahr zusätzlich einen Urlaub für Fortbildungszwecke im Ausmaß von 2 Wochen (=14 Kalendertage) konsumieren. Die Fortbildung ist der Kammer zu melden.

(2) Die Bestimmungen des § 21 gelten sinngemäß.

§ 23 Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Nimmt ein Patient den Vertragsarzt in Anspruch, ist er dazu aufzufordern, die e-card vorzuweisen. Legt der Patient die e-card vor, ist der Vertragsarzt dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigung in der Ordination mittels Einlesens der e-card zu prüfen. Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme des Vertragsarztes zu stecken, sofern der Patient diese vorlegt.

(2) Legt der Patient keine e-card vor, kann eine online Abfrage mittels Eingabe der Sozialversicherungsnummer (o-card) vorgenommen werden.

(3) Im Zweifelsfall ist die Identität des Patienten vom Vertragsarzt zu prüfen. Personen, deren Identität fraglich ist, dürfen auf Rechnung des Versicherungsträgers nicht behandelt werden.

(4) Personen, bei denen die e-card-Abfrage oder die online Abfrage den Anspruch gegenüber einem Versicherungsträger nicht bestätigt, dürfen auf Rechnung der Versicherungsträger grundsätzlich nicht behandelt werden. Der Vertragsarzt ist in diesem Fall dazu berechtigt, die betreffende Person zu behandeln und einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag zurückzuerstatten.

(5) Kann die betreffende Person den verlangten Erlag nicht leisten und ist die ärztliche Behandlung unabweislich, ist der Vertragsarzt berechtigt, einen Ersatzkrankenkassenscheck auszustellen. Der Ersatzkrankenkassenscheck gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Eine Abgeltung der vom Vertragsarzt über den Ersatzkrankenkassenscheck in Rechnung gestellten Leistungen durch den Versicherungsträger erfolgt nur dann, wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung tatsächlich ein Anspruch bestanden hat.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 12 -

(6) Patienten, die mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) Sachleistungen in Anspruch nehmen wollen, haben bei der Inanspruchnahme des Vertragsarztes eine gültige EKVK bzw. eine Ersatzbescheinigung und einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. Der Vertragsarzt ist dazu verpflichtet, zu prüfen, ob die EKVK formal gültig ist (Gültigkeitsdauer auf der Karte) und mit der Identität des Patienten auf dem amtlichen Lichtbildausweis (zB Reisepass, Personalausweis, etc.) übereinstimmt. Kann die Identität nicht mittels Lichtbildausweises nachgewiesen werden, gelten die Patienten als Privatpatienten.

(7) Besteht die Vermutung, dass die Einreise des Patienten nach Österreich ausschließlich zum Zwecke der Krankenbehandlung erfolgt ist oder ist die Behandlung in Relation zur Dauer des Aufenthaltes in Österreich nicht unbedingt notwendig, gelten die Patienten als Privatpatienten.

(8) Besteht kein Anspruch, verständigt der leistungszuständige Versicherungsträger den Vertragsarzt umgehend.

(9) Hat der Vertragsarzt aus welchen Gründen immer weder eine e-card noch eine o-card gesteckt, obwohl der Patient zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme anspruchsberechtigt war, kann der Vertragsarzt die Leistungen mit der Kasse verrechnen, sofern er der Kasse eine mit der Unterschrift des Patienten versehene Bestätigung über dessen Inanspruchnahme seiner Leistungen vorlegt. Kann der Vertragsarzt eine solche Bestätigung des Patienten nicht einholen, ist diese vom gesetzlichen Vertreter oder eines nahen Angehörigen einzuholen. Dies ist der Kasse gegenüber zu dokumentieren.

§ 24 Betreuungsfälle

(1) Soweit die Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet sind, übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten der Versicherungsträger gelten, mit denen der Vertragsarzt im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Versicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes, des Strafvollzugsgesetzes oder des Gesetzes über die Hilfeleistung an Opfer von Verbrechen und auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen bzw. der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 zu betreuen sind.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten auch für nicht krankenversicherte Personen, deren Unfallheilbehandlung von einem österreichischen Träger der Unfallversicherung einem Versicherungsträger übertragen wurde, sofern über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen eine Sondervereinbarung zwischen den Vertragsparteien zu Stande kommt.

(3) Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen einem österreichischen Krankenversicherungsträger zur Betreuung überwiesen werden, sind den Anspruchsberechtigten nach Abs. 1 gleichzustellen, sofern es sich um Grenzgänger oder um Dienstnehmer handelt, die sich zum Zwecke der Berufsausübung im Bundesgebiet aufhalten. Über diesen Personenkreis hinaus wird die vertragärztliche Behandlung nur übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zu Stande kommt.

(4) Ergänzend zu den in Abs. 1 bis 3 angeführten Regelungen werden Vereinbarungen betreffend die Behandlung von nicht in Österreich sozialversicherten Personen, die ärztliche Leistungen mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) in Anspruch nehmen, getroffen und sind als Anlage 5 Bestandteil dieses Gesamtvertrages.

§ 25 Private Behandlung

Der Vertragsarzt ist berechtigt, Anspruchsberechtigte privat zu behandeln, sofern diese dies ausdrücklich wünschen und die entsprechenden Leistungen direkt mit diesen zu verrechnen. In einem solchen Fall sind Anspruchsberechtigte vor Beginn der Behandlung mittels eines Informationsblattes, welches ihnen zur Unterfertigung vorzulegen ist, darauf hinzuweisen, dass in diesem Fall keine Kostenerstattung durch die Versicherungsträger erfolgt. Die e-card darf im selben Quartal im selben Leistungsfall nicht gesteckt werden.

§ 26 Behandlung in der Ordination

- (1) Gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen, besteht grundsätzlich Behandlungspflicht in der Ordination.
- (2) Die Ordinationstätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur mit Zustimmung der Vertragsparteien zulässig.
- (3) Die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten ist unzulässig.

§ 27 Krankenbesuch

- (1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Berufungen, die bis 9.00 Uhr erfolgen, soll noch am Vormittag, wenn sie später erfolgen, so bald wie möglich entsprochen werden.
- (2) Zum Krankenbesuch ist jener Vertragsarzt für Allgemeinmedizin, in dessen Behandlung der Anspruchsberechtigte im gleichen Abrechnungszeitraum bereits gestanden ist bzw. der nächstgelegene Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. die Gesellschafter der nächstgelegenen Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin verpflichtet. Als Nächstgelegene geltend jedenfalls alle Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin bis zu einer Entfernung von 1,5 Wegkilometern vom Wohnsitz des Patienten.
- (3) Vertragsfachärzte sind zu Krankenbesuchen im Allgemeinen nicht verpflichtet, es sei denn, dass der Erkrankte schon bisher in ihrer Behandlung steht und wegen der gleichen Erkrankung nicht ausgehändig wird.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 14 -

**§ 28
Fachärztliche Leistungen**

(1) Fachärztliche Leistungen können nur von Vertragsärzten des entsprechenden Fachgebietes erbracht werden. Die Inanspruchnahme durch den Anspruchsberechtigten erfolgt mittels e-card oder auf schriftliche Zuweisung. Vertragsfachärzte für Radiologie sowie med. u. chem. Labordiagnostik und Pathologie können von den Anspruchsberechtigten nur über Zuweisung eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsgruppenpraxis oder einer ärztlichen Einrichtung eines Versicherungsträgers auf Rechnung eines Versicherungsträgers in Anspruch genommen werden.

(2) Anspruchsberechtigte, die keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, sind vom behandelnden Vertragsfacharzt einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. einer Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin zu überweisen. Dabei sind die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(3) Anspruchsberechtigte, die dem Vertragsfacharzt zur Untersuchung zugewiesen werden, sind unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt bzw. die zuweisende Gruppenpraxis rückzuüberweisen.

**§ 29
Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen**

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung der Versicherungsträger abhängig, so hat der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim leistungszuständigen Versicherungsträger auszuhändigen.

(2) Die Versicherungsträger dürfen die Genehmigung nicht von der Durchführung in kasseneigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

**§ 30
Konsilium/Überweisung (Zuweisung)/Verordnung**

(1) Der behandelnde Vertragsarzt ist dazu berechtigt, einen (anderen) Vertragsarzt bzw. Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis desselben oder eines anderen Fachgebietes beizuziehen (Konsilium), wenn er dies für medizinisch notwendig hält.

(2) Erfordert die Art der Erkrankung die weitere Behandlung durch einen Vertragsarzt bzw. eine Vertragsgruppenpraxis desselben oder eines anderen Fachgebietes, ist der Vertragsarzt dazu berechtigt, eine Überweisung (Zuweisung) bzw. eine Verordnung auszustellen.

(3) Eine Überweisung ermöglicht die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes (einer Vertragsgruppenpraxis) einer anderen Fachrichtung als jener, der der Überweiser angehört. Der aufgrund der Überweisung in Anspruch genommene Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) hat jedenfalls Anspruch auf die Grundleistungsvergütung (Fallpauschale).

(4) Eine Zuweisung ermöglicht die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes (einer Vertragsgruppenpraxis) derselben oder einer anderen Fachrichtung als jener, der der Zuweiser angehört. Der aufgrund der Zuweisung in Anspruch genommene Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) hat keinen Anspruch auf die Grundleistungsvergütung (Fallpauschale).

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 15 -

(5) Beim Ausstellen von Folgebelegen für Anspruchsberechtigte, die den Vertragsarzt mittels EKVK in Anspruch genommen haben, sind der Name des Patienten, das Geburtsdatum und die persönliche Kennnummer sowie das Kürzel EKVK auf der Überweisung (Zuweisung) bzw. auf der Verordnung anzuführen. Die Anspruchsberechtigten sind zudem darauf hinzuweisen, dass zur Inanspruchnahme dieser Leistungen die Vorlage der EKVK und eines Lichtbildausweises notwendig ist sowie darauf, dass mit der Überweisung (Zuweisung) bzw. der Verordnung auch eine Kopie der EKVK vorzulegen ist.

§ 31**Wechsel des Vertragsarztes**

(1) Ein Wechsel von Anspruchsberechtigten zu einem anderen Vertragsarzt desselben Fachgebietes kann innerhalb eines Abrechnungszeitraumes nur in besonderen Fällen und nur mit Zustimmung der Kasse erfolgen.

(2) Im selben Behandlungsfall dürfen – ausgenommen im Fall eines Konsiliums oder aufgrund einer Zuweisung gemäß § 30 Abs. 4 - nicht mehrere Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen desselben Fachgebietes in Anspruch genommen werden.

(3) Wurde vom Anspruchsberechtigten bereits ein Vertragsarzt in Anspruch genommen und wird im gleichen Abrechnungszeitraum auf Grund einer anderen Erkrankung die Behandlung durch einen Vertragsarzt und/oder eine Vertragsgruppenpraxis desselben Fachgebietes erforderlich, ist die Inanspruchnahme des Vertragsarztes bzw. der Vertragsgruppenpraxis auf Rechnung der Versicherungsträger nur dann möglich, wenn eine Freischaltung der e-card des Betroffenen durch den leistungszuständigen Versicherungsträger erfolgt ist.

(4) Wenn der Anspruchsberechtigte seinen Arbeitsort oder seinen Wohnsitz verlegt, ist innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes die Inanspruchnahme eines anderen Vertragsarztes bzw. Vertragsgruppenpraxis desselben Fachgebietes zulässig. Dasselbe gilt, wenn der Anspruchsberechtigte nicht ausgeföhig wird und der Vertragsarzt nach den vertraglichen Bestimmungen wegen zu großer Entfernung zum Krankenbesuch nicht verpflichtet ist. In diesen Fällen ist eine Zustimmung der Kasse zum Arztwechsel nicht erforderlich.

§ 32**Ablehnen der Behandlung**

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

§ 33**Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst**

Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst (Anlage 6) verpflichtet.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 16 -

§ 34**Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen**

- (1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten der Versicherungsträger zu verschreiben.
- (2) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der Versicherungsträger sind die von der Kasse zur Verfügung gestellten Vordrucke zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.
- (3) Beabsichtigt der Chef(Kontroll)arzt, eine vom Vertragsarzt abgelehnte genehmigungspflichtige **Spezialität** zu bewilligen, so ist diesem vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung der Versicherungsträger in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung der Versicherungsträger nicht verschrieben werden.
- (5) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 50 Anwendung.
- (6) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen gemäß dem Erstattungskodex des Hauptverbands für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten und dabei durch das Öko-Tool sowie durch die aufgelegte Ökonomieliste unterstützt.
- (7) Der Vertragsarzt soll dabei unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die im Öko-Tool oder in der Ökonomieliste enthaltenen Arznei- und Heilmittel verordnen. Dies gilt auch bei wirkstoffgleichen und wirkstoffähnlichen Arznei- und Heilmitteln sowie Biosimilars.
- (8) Bei generikafähigen Arzneimitteln soll der Anteil der verordneten Originärpräparate pro Quartal tunlichst jenen Prozentsatz nicht überschreiten, der zwischen Kammer und Kasse jeweils vereinbart wird.
- (9) Dem verordnenden Vertragsarzt werden von der Kasse überdies die Folgekosten der Heilmittelverordnungen unverzüglich (wenn möglich in elektronischer Form) mitgeteilt. Das Procedere wird in einer gemeinsam von Kasse und Kammer paritätisch besetzten Steuerungsgruppe festgelegt. Dadurch soll ein regelmäßiges Monitoring sowie ein gemeinsames Controlling (Maßnahmensteuerung) gewährleistet werden.

§ 35**Ordinationsbedarf**

- (1) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Arzneimitteln, Verbandmaterial, Reagenzien und Ähnlichem wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos zur Verfügung gestellt.

(2) Der Vertragsarzt soll diesen bei der Kasse vierteljährlich tunlichst auf elektronischem Weg anfordern. Mit Wirkung vom 1. Jänner 2015 ist der Vertragsarzt dazu verpflichtet, den Ordinationsbedarf ausschließlich auf elektronischem Weg anzufordern.

§ 36

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

(1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem Vertragsarzt. Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu von den Versicherungsträgern beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. dgl.) einholen.

(2) Der Vertragsarzt kann dem arbeitsunfähig Erkrankten, soweit dies nach der Art der Erkrankung in Betracht kommt, eine Ausgehzeit bewilligen. Diese soll so festgesetzt werden, dass die Besorgung beruflicher Angelegenheiten nicht möglich ist und die Kontrolle des Arbeitsunfähigen durch die Versicherungsträger nicht behindert wird.

§ 37

Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt

(1) Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt soll tunlichst auf elektronischem Weg (elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung, kurz e-AUM) unter Verwendung des e-AUM Systems des Hauptverbandes erfolgen.

(2) Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die ab dem 1. Jänner 2012 einen Einzelvertrag mit der Kasse abschließen, sind zur sofortigen Anwendung der e-AUM verpflichtet.

(3) Mit Wirkung vom 1. Jänner 2015 sind alle Vertragsärzte für Allgemeinmedizin dazu verpflichtet, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen ausschließlich auf elektronischem Weg unter Verwendung des e-AUM Systems des Hauptverbandes durchzuführen.

(4) Soweit die Arbeitsunfähigkeitsmeldung nicht elektronisch erfolgt, ist das von der Kasse für die Meldung aufgelegte Formblatt zu verwenden. Die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen sind nach Möglichkeit täglich, aber jedenfalls dreimal pro Woche der zuständigen Bezirksstelle (Kundencenter) zu übermitteln. Die Kasse wird dem Vertragsarzt für die postalische Übermittlung adressierte und frankierte Kuverts zur Verfügung stellen.

(5) Die Arbeitsunfähigkeit gilt grundsätzlich als mit dem Tag eingetreten, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom Vertragsarzt festgestellt wurde. Dieser hat die Arbeitsunfähigkeitsmeldung in der Regel am gleichen Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt wurde, an die Kasse auszufertigen.

(6) Die rückwirkende Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit für mehr als einen Tag steht mit Ausnahme der in Abs. 7 genannten Fälle nur dem Chef(Kontroll)arzt des leistungszuständigen Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages des Vertragsarztes zu.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 18 -

(7) Die rückwirkende Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit für mehr als einen Tag durch den Vertragsarzt ist dann zulässig, wenn ihr eine durch einen am Ärzte-Funkdienst (Anlage 6) teilnehmenden Arzt ausgefertigte Bescheinigung über eine im unmittelbar vorangegangenen Ärzte-Funkdienstzeitraum eingetretene Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vorliegt. Die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit ist beizuschließen. Der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit darf jedoch nur mit dem Tag festgesetzt werden, an welchem laut Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit vom Ärzte-Funkdienst-Arzt festgestellt wurde.

(8) Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet.

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

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

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

(12) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

§ 38**Feststellung der Arbeits(un)fähigkeit durch den Versicherungsträger**

(1) Der leistungszuständige Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hiezu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ärzte in eigenen Einrichtungen) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist der Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.

(2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organes eines Versicherungsträgers gemäß Abs. 1 festgestellt worden, so kann eine Abänderung dieser Feststellung vom Vertragsarzt während desselben Krankheitsfalles nur im Einvernehmen mit dem Organ des Versicherungsträgers vorgenommen werden.

(3) Beabsichtigt der zuständige Chef(Kontroll)arzt, einen Versicherten für arbeitsunfähig zu erklären, obwohl der Vertragsarzt dies abgelehnt hatte, so ist diesem vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) Ist der Vertragsarzt mit einer Verfügung eines Organes eines Versicherungsträgers gemäß Abs. 2 oder 3 nicht einverstanden, so ist er berechtigt, dagegen schriftlich unter Angabe der medizinischen Argumente Einspruch zu erheben. Die endgültige Entscheidung steht dem Chefarzt des leistungszuständigen Versicherungsträgers zu.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 19 -

**§ 39
Anstaltspflege**

- (1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt der Vertragsarzt die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Wenn ärztliche Behandlung, nicht aber Anstaltspflege notwendig ist, jedoch die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege fehlt, so ist im Antrag darauf besonders hinzuweisen.
- (2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), darf ein Antrag auf Anstaltspflege nicht gestellt werden.
- (3) Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt der Versicherungsträger oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand für die Versicherungsträger bedingt ist.
- (4) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann der Vertragsarzt die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (Krankentransport etc.) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung der Versicherungsträger ist in jedem Fall vom Vertragsarzt zu bescheinigen.

**§ 40
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

- (1) Anträge auf Bewilligung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt) müssen dem leistungszuständigen Versicherungsträger vom Vertragsarzt unter Verwendung der von der Kasse zur Verfügung gestellten Vordrucke zur Bewilligung vorgelegt werden. Der Antrag hat eine Begründung und die medizinische Indikation zu enthalten.
- (2) Beabsichtigt ein Versicherungsträger, Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich der Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger diesen vorher anzuhören.

**§ 41
Mutterschaft**

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Beratung von schwangeren Anspruchsberechtigten sowie zum Ausstellen der für die Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft erforderlichen Bescheinigungen verpflichtet.
- (2) Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind dazu verpflichtet, schwangeren Dienstnehmerinnen über deren Ersuchen unter Verwendung des von der Kasse beigegebenen Vordruckes eine Bescheinigung für den Dienstgeber über den Bestand der Schwangerschaft und den voraussichtlichen Entbindungstermin ohne Anrechnung einer Gebühr auszustellen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 20 -

**§ 42
Bestätigungen**

(1) Der Vertragsarzt wird arbeitsfähigen Anspruchsberechtigten auf deren Wunsch die Dauer des Aufenthaltes in der Ordination auf dem von der Kasse zur Verfügung gestellten Vordruck ohne Anrechnung einer Gebühr bestätigen.

(2) Der Vertragsarzt wird ohne Anrechnung einer Gebühr die Bestätigung des behandelnden Arztes auf dem vom Magistrat der Stadt Wien aufgelegten Formular „Ärztlicher Behandlungsschein“ ausfertigen, wenn von ihm behandelte Patienten in der Wohnung verstorben sind.

**§ 43
Auskunftserteilung**

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

(2) Ändert sich die Diagnose infolge deren eine Behandlung erforderlich ist, so ist dies – soweit die Kasse darüber informiert werden muss (insbesondere im Zusammenhang mit einer festgestellten Arbeitsunfähigkeit des Betroffenen) - auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten soll der Vermerk in Form einer der für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst zwischen Kammer und Kasse vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

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

(4) Die Versicherungsträger haben für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

(5) Wegen der Erteilung von Auskünften, die die Krankenversicherung und deren Leistungen, nicht aber medizinische Angelegenheiten betreffen, sind die Anspruchsberechtigten vom Vertragsarzt an die Kasse zu verweisen.

(6) Sämtliche Mitteilungen, die gemäß den Bestimmungen dieses Vertrages vom Vertragsarzt bzw. der Kammer an die Kasse zu ergehen haben, können auch gemäß den geltenden Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes übermittelt werden.

(7) Der Vertragsarzt hat der Kasse auf dem Weg über die Kammer auf Befragen jederzeit Auskunft über die bei ihm tätigen Personen zu erteilen (Namen, Ausbildung, Tätigkeitsbereich, Wochenstunden).

(8) Im Einvernehmen mit der Kammer kann die Kasse aus wichtigem Grund eine Begehung der Ordination des Vertragsarztes vornehmen. Der Besuch ist zeitgerecht vorab anzukündigen und – soweit möglich - der Zeitpunkt dafür zu vereinbaren.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 21 -

**§ 44
Administrative Mitarbeit**

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.
- (2) Die Muster der für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband vereinbart.
- (3) Die Kasse hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt.
- (4) Alle für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden dem Vertragsarzt von der Kasse kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit Unterschrift und Stempiglie zu versehen.

**§ 45
Honorierung des Vertragsarztes**

- (1) Die Honorierung des Vertragsarztes erfolgt nach den Bestimmungen der Honorarordnung, die integrierender Bestandteil dieses Gesamtvertrages ist.
- (2) Änderungen der Honorarordnungen werden für Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit zeitgleicher Wirksamkeit vorgenommen, sofern Kammer und Kasse nichts Gegenteiliges vereinbaren.
- (3) Die Verrechnung von ärztlichen Leistungen für die Behandlung der eigenen Person, sowie Angehöriger (unabhängig von deren eventueller Anspruchsberechtigung gegenüber den Versicherungsträgern), soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, ist dem Vertragsarzt nicht erlaubt. Die Verordnung von Heilmitteln und Heilbeihelfen auf Rechnung der Versicherungsträger für diesen Personenkreis ist jedoch zulässig.

**§ 46
Rechnungslegung**

Die Rechnungslegung des Vertragsarztes erfolgt nach Maßgabe der Honorarordnung gemäß Anlage 1.

**§ 47
Honorarabzüge und Honorareinbehalt**

- (1) Die Kasse wird von dem dem Vertragsarzt zustehenden Honorar jene Beträge einbehalten, die rechtzeitig von der Kammer schriftlich bekannt gegeben werden; diese Beträge sind ehestens der Kammer zu überweisen. Die Überweisungstermine werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 22 -

(2) Wird von der Kasse eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil dem Vertragsarzt als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (von der paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honoraranweisung von der Kasse einbehalten werden.

§ 48**Gegenseitige Unterstützungspflicht**

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

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

(3) Die Kasse wird der Kammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

(4) Die Versicherungsträger haben alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was die Versicherungsträger und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(5) Der Vertragsarzt wird die Kasse über missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen durch Anspruchsberechtigte informieren. Dasselbe gilt, wenn ein in seiner Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das die Heilung oder Besserung seines Zustandes erschwert oder verzögert.

§ 49**Zusammenarbeit des Vertragsarztes mit dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst**

(1) Die Versicherungsträger werden gegenüber dem Vertragsarzt in allen medizinischen Angelegenheiten durch den Chef(Kontroll)arzt der Kasse vertreten. Der Chef(Kontroll)arzt und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

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

§ 50**Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss**

(1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und den Versicherungsträgern sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei werden die Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt der Kasse vertreten (§ 49). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 23 -

- (2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und der Kasse. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.
- (3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 34 dem Versicherungsträger zu leisten hat.
- (4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie der Kasse mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.
- (5) Der Vertragsarzt und die Kasse können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.
- (6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechs-Monatsfrist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für die Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung bei der Kasse. Wenn der Vertragsarzt die Bestimmungen des § 34 nicht beachtet, ist eine Beanstandung durch die Versicherungsträger nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung bei der Kasse zulässig.

§ 51**Verfahren bei Streitigkeiten**

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen – unbeschadet der Bestimmungen des § 50 – dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 52**Übergangsbestimmung**

(1) Vertragsärzte, die zum Stichtag 31. Dezember 2010 mit der Kasse einen Einzelvertrag gemäß § 342 ASVG abgeschlossen hatten, gelten mit dem Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages als Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages.

(2) Eine Neuausfertigung der Einzelverträge erfolgt nicht.

§ 53**Gültigkeit**

(1) Dieser Gesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Erhalten einer dreimonatigen Kündigungsfrist mittels eingeschriebenen Briefes aufgekündigt werden.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 24 -

(2) Wird der zwischen den Vertragsparteien vereinbarte jeweils geltende Gesamtvertrag für Gruppenpraxen von einer der Vertragsparteien gekündigt, verkürzt sich die Kündigungsfrist gemäß Abs. 1 von drei auf zwei Monate.

**§ 54
Verlautbarung**

(1) Dieser Gesamtvertrag samt Anlagen sowie allfällige Nachträge zu diesem Gesamtvertrag werden auf der Homepage von Kammer (www.aekwien.at) und auf AVI - Amtliche Verlautbarungen im Internet der Österreichischen Sozialversicherung - (www.avsv.at) veröffentlicht.

(2) Alle Abänderungen dieses Gesamtvertrages bedürfen der Schriftform.

**§ 55
Wirksamkeitsbeginn**


(1) Dieser gemäß § 342 ASVG abgeschlossene Gesamtvertrag tritt mit 1. Jänner 2011 in Kraft und ersetzt den zum 1. Jänner 2004 gemäß § 342 ASVG abgeschlossenen Gesamtvertrag.

(2) Grundlage der vertraglichen Beziehungen zwischen dem Vertragsarzt und den Versicherungsträgern ist ab 1. Jänner 2011 dieser Gesamtvertrag.


(3) Der gegenständliche Gesamtvertrag wird unter der aufschiebenden Bedingung geschlossen, dass die Vertragsparteien zeitgleich einen Gesamtvertrag für Gruppenpraxen gemäß § 342a ASVG abschließen.

Wien, am 14. Dezember 2010

Hauptverband der Österreichischen
Sozialversicherungsträger

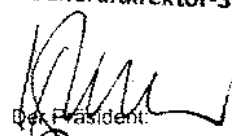

Mag. Bernhard Achitz
Verbandsvorsitzender Stv.




Dr. Christoph Klein
Generaldirektor-Stv.


Ärztokammer für Wien
Der Kurienobmann der
niedergelassenen Ärzte:




Der Präsident.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

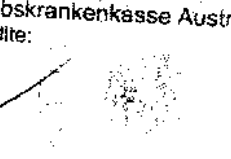
Wiener Gebietskrankenkasse
 Der leitenden Angestellte:
 Generaldirektioning Mag. Erich SUWZBACHER
 Die Obfrau:




Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
 Der leitende Angestellte:
 Der Obmann:



Betriebskrankenkasse Austria Tabak
 Der leitende Angestellte:
 Der Obmann:



Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
 Der leitende Angestellte:
 Der Obmann: Obfrau



Betriebskrankenkasse Mondi
 Der leitende Angestellte:
 Der Obmann:



Sozialversicherungsanstalt der Bauern
 Der leitende Angestellte:
 Generaldirektorstellvertreter
 Der Obmann:



- Anlage 1 – Honorarordnung
- Anlage 2 – Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten
- Anlage 3 – Mustereinzelvertrag
- Anlage 4 – Barrierefreie Ordinationen
- Anlage 5 – Behandlungsfälle der in einem EU-Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder der Schweiz
- Anlage 6 – Ärztfunkdienst
- Anlage 7 – Teilung des Vertrages

4-3

HONORARORDNUNG

I.

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

I. Abschnitt

RECHNUNGSLEGUNG

Quartalsabrechnung der Vertragsärzte

Artikel 1

- (1) Die Rechnungslegung hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages (insbesondere §§ 45 und 46) zu erfolgen.
- (2) Die Vertragsärzte sind zur elektronischen Rechnungslegung auf Grund der jeweils geltenden Regelung verpflichtet. Unter elektronischer Rechnungslegung versteht man die Übermittlung der Abrechnungsdaten mittels Datenträger oder Datenfernübertragung.
- (3) Die Verpflichtung zur elektronischen Rechnungslegung gilt hinsichtlich aller Leistungen, die auf Grund eines mit der Kasse abgeschlossenen kurativen Einzelvertrages (incl. MKP-Leistungen) oder eines Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrages erbracht werden.
- (4) Bei der elektronischen Rechnungslegung hat der Vertragsarzt die auf Grund der jeweils aktuellen Regelungen (vgl. Abs. 2) verbindlichen Vorgaben (etwa in Bezug auf die Verwendung eines vorgegebenen Datensatzes bzw. die Belegung von dessen Feldern) zu erfüllen.
- (5) Die Rechnungslegung erfolgt quartalsweise. Die Abrechnung muss jeweils bis zum 15. des auf das Ende eines Quartals folgenden Monats bei der gemeinsamen Ärzterrechnungsstelle der Wiener Krankenversicherungsträger (=Kasse) einlangen. Bei postalischer Übermittlung oder Übermittlung per Datenfernübertragung (DFÜ) bzw. Abgabe in einer Bezirkstelle ist der Übermittlungszeitraum zu berücksichtigen.
- (6) Die Kasse hat dem Vertragsarzt den Eingang der elektronisch eingereichten Abrechnungen nach dem jeweiligen Stand der technischen Möglichkeiten zu bestätigen. Entspricht der der Kasse übermittelte Datenträger nicht dem gemäß den Richtlinien des Hauptverbandes verbindlichen Datensatzaufbau für Vertragspartner (DVP), wird die Kasse den Vertragsarzt binnen einer Frist von drei Arbeitstagen davon verständigen und unter Angabe der detaillierten Gründe zur Übermittlung einer korrigierten Version auffordern.
- (7) Jeweils am 25. des ersten Monats nach Quartalsende ist der Kammer von der Kasse eine Liste jener Vertragsärzte zu übermitteln, welche zu diesem Zeitpunkt keine oder keine den einheitlichen Grundsätzen entsprechende Abrechnung eingereicht haben.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-2 -

Artikel II

II. Abschnitt

HONORIERUNG

Artikel I

(1) Die Honorierung der von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A).

(2) Die Honorierung der von allgemeinen Vertragsfachärzten erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B).

(3) Die Fallpauschale gebührt nicht, wenn ein Vertragsarzt für Allgemeinmedizin im Randgebiet mit Sonderbewilligung für physikalische Therapie (Abs. 8) physikalische Behandlungen auf Grund der Verordnungen eines anderen Vertragsarztes durchführt.

(4) Sonderleistungen können nur für eigene Patienten verrechnet werden.

(5) Die im Sonderleistungstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin verzeichneten Leistungen können nur von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die im Sonderleistungstarif für allgemeine Vertragsfachärzte verzeichneten Leistungen nur von allgemeinen Vertragsfachärzten verrechnet werden.

(6) Die in den Abschnitten I und II (Ordinationen und Visiten bzw. allgemeine Sonderleistungen) des Sonderleistungstarifes für allgemeine Vertragsfachärzte verzeichneten Leistungen können von allen Vertragsfachärzten verrechnet werden. Die im Abschnitt III (Sonderleistungen aus Fachgebieten) verzeichneten Leistungen werden nur den Ärzten, die der entsprechenden im Untertitel bezeichneten Fachgruppe angehören, honoriert.

(7) Sind im Sonderleistungstarif für die Verrechenbarkeit zusätzlich besondere Voraussetzungen (zB ausdrückliche Ermächtigung, Nachweis besonderer Ausbildung u. Ä.) festgelegt, werden die Leistungen nur jenen Vertrags(fach)ärzten honoriert, die diese Voraussetzungen erfüllen.

(8) Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung physikalischer Therapie ermächtigt wurden, werden die erbrachten Leistungen der physikalischen Therapie nach dem Tarif für physikalisch-medizinische Behandlungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A/4) honoriert.

(9) Als Honorar für die im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22 vom vertretenden Vertragsarzt in einem Quartal erbrachten Leistungen werden 50 % des in den Tarifen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B) festgelegten Fallpauschales ausbezahlt; für Sonderleistungen gebührt überdies die Vergütung nach dem Sonderleistungstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Anlage A) bzw. allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B).

Artikel II

Die Honorierung der von Vertragsärzten für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation (Anlage C).

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-3-

Artikel III

Die Honorierung der von Vertragsfachärzten für Radiologie erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Radiologie (Anlage D).

Artikel IV

Die Honorierung der von Vertragsfachärzten für med. u. chem. Labordiagnostik erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte med. u. chem. Labordiagnostik (Anlage E).

Artikel V

Die Honorierung der von Vertragsfachärzten für Pathologie erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für Vertragsfachärzte für Pathologie (Anlage F).

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 4 -

3. Abschnitt

HONORARAUSZAHLUNG**Auszahlung der Honorare der Vertragsärzte**

(1) Am letzten Tag des ersten Monats nach Quartalsende erhält der Vertragsarzt für das betreffende Quartal eine Akontozahlung in der Höhe von 50 % des Bruttohonorars, welches in dem dem jeweiligen Quartal des Vorjahres entsprechenden Quartal von der Kasse an den Vertragsarzt ausbezahlt worden ist. Der Begriff Bruttohonorar bezeichnet die dem Vertragsarzt gebührende Honorarsumme exklusive GSBG vor Abzug der von der Kammer bekannt gegebenen Abzüge für Kammerumlage und Wohlfahrtsfonds.

(2) Am letzten Tag des zweiten Monats nach Quartalsende erhält der Vertragsarzt für das betreffende Quartal eine Akontozahlung in der Höhe von 25 % des Bruttohonorars, welches in dem dem jeweiligen Quartal des Vorjahres entsprechenden Quartal von der Kasse an den Vertragsarzt ausbezahlt worden ist. Der Begriff Bruttohonorar bezeichnet die dem Vertragsarzt gebührende Honorarsumme exklusive GSBG vor Abzug der von der Kammer bekannt gegebenen Abzüge für Kammerumlage und Wohlfahrtsfonds.

(3) Der Anspruch auf die Akontozahlungen gemäß Abs. 1 und 2 besteht unabhängig davon, ob der Vertragsarzt der Kasse die Abrechnung für das betreffende Quartal zeitgerecht (siehe Artikel 1 Abs. 5) übermittelt hat.

(4) Kann der Akontierung kein Vergleichsquartal des Vorjahres zu Grunde gelegt werden, erhält der Vertragsarzt am letzten Tag des ersten Monats eines Quartals von der Kasse jenen Betrag, der 50 %, am letzten Tag des zweiten Monats eines Quartals jenen Betrag, der 25 % des im Vergleichsquartal des Vorjahres in der entsprechenden Fachgruppe als Durchschnittsbruttohonorar ausbezahlt worden ist als Akontozahlung überwiesen.

(5) Die Endabrechnung durch die Kasse erfolgt spätestens am letzten Tag des dritten Monats nach Ablauf des jeweiligen Quartals. Mit der Endabrechnung erhält der Vertragsarzt von der Kasse eine detaillierte Abrechnung und die Restzahlung für das jeweilige Quartal. Der Begriff Restzahlung bezeichnet jenen Betrag, der sich nach Reduktion des für das betreffende Quartal gebührenden Bruttohonorars (inklusive des Honorars für Vertretungsfälle) um die gemäß Abs. 1 bzw. Abs. 2 geleisteten Akontozahlungen sowie allfällige sonstige Forderungen (zB Drittschuldneransprüche, Beitragsrückstände) und exklusive GSBG ergibt.

(6) Der Anspruch auf die zweite Akontozahlung und die Restzahlung gemäß Abs. 4 ruht, wenn bis zum 15. des zweiten auf das Quartalsende folgenden Monats keine ordnungsgemäße Rechnungslegung durch den Vertragsarzt erfolgt ist. Ebenso ruht der Anspruch auf Akontozahlungen im Sinne von Abs. 1 für das Folgequartal. Legt der Vertragsarzt im folgenden Quartal ordnungsgemäß Rechnung, lebt der Anspruch auf Akontierung wieder auf und er erhält die Akontozahlung und die Restzahlung für das Honorar des Vorquartals entsprechend dem Rhythmus der Anweisungstermine des jeweils gerade laufenden Abrechnungsquartals. Legt er nicht ordnungsgemäß Rechnung, erfolgt auch im Folgequartal keine Zahlung.

(7) Die Zeitpunkte für den Abzug jener Honoraranteile, die die Kasse im Namen der Kammer aufgrund geltender rechtlicher Vorgaben einzubehalten und an diese zu überweisen hat, werden zwischen Kammer und Kasse vereinbart.

(8) Übermittelt der Vertragsarzt bis zum 15. des zweiten auf das Quartalsende folgenden Monats keine Abrechnung, erfolgt ein Abzug in Höhe von 2 % des im betreffenden Abrechnungsquartal gebührenden Bruttohonorars.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 5 -

(9) Die Kasse wird der Kammer zum Termin der Endabrechnung jenes Quartals für welches keine ordnungsgemäße Rechnungslegung erfolgt ist, die Namen der Ärzte bekannt geben, bei denen der Anspruch auf Akontierung ruht.

(10) Hat der Vertragsarzt der Kasse für mindestens drei aufeinander folgende Quartale nicht ordnungsgemäß Rechnung gelegt, ist er mittels eingeschriebenen Briefes, von dem eine Abschrift an die Kammer zu richten ist, von der Kasse zur Rechnungslegung binnen einer Frist von vier Wochen ab Erhalt des Schreibens aufzufordern. Verstreicht diese Frist ungenützt, haftet die Kammer der Kasse für von dieser bereits geleistete Akontozahlungen. Der aushaftende Betrag ist der Kasse von der Kammer innerhalb von drei Wochen zu überweisen. Mit dem Datum des Einlangens des Betrages bei der Kasse geht die Forderung auf die Kammer über.

(11) Bei nicht termingerechter Überweisung (vgl. Abs. 1) der Akontozahlungen bzw. der Restzahlung durch die Kasse sind von dieser für den jeweils aushaftenden Betrag ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen in Höhe von 5 % p.a. zu bezahlen, die dem Vertragsarzt bei der nächstfolgenden Abrechnung anzuweisen sind.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-6 -

ANLAGE 2

**Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin
und Vertragsfachärzten
gemäß § 6 Abs 1 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011**

Präambel

- (1) Die Vertragsparteien kommen überein, die Auswahl von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten für die Invertragnahme bei den in § 2 Gesamtvertrag angeführten Versicherungsträgern nach den im Folgenden genannten Kriterien vorzunehmen.
- (2) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.
- (3) Die Zahl der Stellen sowie deren regionale Verteilung werden im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse festgelegt und unter Berücksichtigung des Bedarfes gegebenenfalls korrigiert. Dementsprechend werden nach gemeinsamer Durchführung von Bedarfsprüfungen (zB Prüfung von Frequenzen, Umsatz, anonymen Erhebungen bezüglich Wartezeiten, Anhörung der betroffenen Kollegen) und nach Maßgabe der Bevölkerungsentwicklung neue Stellen errichtet sowie bestehende Stellen nachbesetzt oder aufgelassen.
- (4) Eingaben, die als „Ansuchen um die Invertragnahme“ und jene, die als „Ansuchen um die Vormerkung für die Invertragnahme“ bezeichnet werden (im Folgenden beide als „Ansuchen um die Invertragnahme“ bezeichnet), sind gleichzuhalten. Bei der Bearbeitung besteht kein Unterschied.

Abschnitt I.**§ 1****Antragstellung**

- (1) Ansuchen um die Invertragnahme sind schriftlich (tunlichst mit dem von der Kammer aufgelegten Formblatt, allenfalls per Brief, Fax, e-mail) an die Kammer zu richten.
- (2) Mündliche (telefonische) Antragstellungen sind nicht möglich.
- (3) Das Tagesdatum des Eingangsstempels ist auf dem Antrag zu vermerken.
- (4) Ansuchen um Invertragnahme, die bei der Kasse einlangen, sind von dieser umgehend an die Kammer weiterzuleiten.
- (5) Das Einlangen des Antrages bei der Kasse ist dem Einlangen bei der Kammer gleichzusetzen. Abs. 2 gilt sinngemäß.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 7 -

Abschnitt II.**§ 2****Interessentenlisten**

(1) Die Kammer führt eine Liste (Interessentenliste), in der sämtliche Ärzte eingetragen werden, die ein Ansuchen um Invertragnahme gestellt haben. Im Rahmen der Kammer wird eine Interessentenliste für Ärzte für Allgemeinmedizin, sowie Interessentenlisten für Fachärzte geführt, wobei für jedes Sonderfach eine eigene Interessentenliste gesondert geführt wird.

(2) Die Eintragungen in die Interessentenlisten sind fortlaufend zu nummerieren.

(3) Die Interessentenliste enthält folgende Angaben:

- a) Name und Arztnummer des Interessenten,
- b) Datum der Eintragung in die Interessentenliste
- c) Reihungsnummer

(4) Maßgeblich für die Reihenfolge der Eintragung in die Interessentenliste ist das Datum des Einlanges des entsprechenden Ansuchens bei der Kammer bzw. der Kasse.

§ 3**Eintragung in die Interessentenliste**

(1) Voraussetzung für die Eintragung in die Interessentenliste ist der Nachweis der Berufsberechtigung als niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt eines Sonderfaches in Österreich. Die erforderlichen Unterlagen sind bei der Antragstellung vorzulegen. Verfügt ein Arzt über mehrere Berufsberechtigungen, so hat er zu bezeichnen, in welche Interessentenliste(n) er eingetragen werden will.

(2) Die Eintragung in die Interessentenlisten kann frühestens mit dem Datum der Ausstellung des entsprechenden Diploms erfolgen.

(3) Jede Interessentenliste ist öffentlich, wobei auf der Homepage der Kammer (www.aekvien.at) nur die Arztnummer des Arztes veröffentlicht wird. Jeder Interessent, der um Vormerkung in der Interessentenliste ansucht, wird von der Kammer darüber informiert, dass die Interessentenliste im Internet publiziert wird und er dieser Publikation seine Zustimmung erteilen muss. Erklärt er sich mit der Publizierung seiner Daten in dieser Form nicht einverstanden so kann keine Eintragung erfolgen. Wird die erteilte Einwilligung nach erfolgter Eintragung zurückgezogen ist der Betreffende von der Kammer aus der Interessentenliste zu streichen.

(4) Personen, die als Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte Einzelverträge mit einer Gebietskrankenkasse bzw. ein vergleichbares Vertragsverhältnis im Ausland abgeschlossen haben, können nicht in die Interessentenliste aufgenommen werden.

(5) Die Kammer kann für die Führung der Interessentenliste von den Interessenten einen Verwaltungskostenbeitrag verlangen. Die Nichtentrichtung dieses Beitrages führt zur Streichung aus der Interessentenliste.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 8 -

§ 4

Streichung aus der Interessententiste

- (1) Eine Streichung aus der Interessententiste erfolgt
- a) wenn der Interessent selbst dies schriftlich verlangt mit dem Datum des Einlanges seines Antrages bei der Kammer oder der Kasse.
 - b) im Falle des Todes des Interessenten mit dem Zeitpunkt des Todes.
 - c) wenn der Interessent bei einem Wohlfahrtsfonds oder einer Pensionsversicherung einen Antrag auf dauernde Invaliditätsversorgung bzw. Altersversorgung oder Erwerbsunfähigkeits- bzw. Alterspension einbringt mit dem Zeitpunkt des Einlangens des Antrages beim Wohlfahrtsfonds oder der Pensionsversicherung.
 - d) wenn der Interessent als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt einen Einzelvertrag oder als Gesellschafter einer Gruppenpraxis einen Gruppenpraxenvertrag mit einer Gebietskrankenkasse abschließt oder ein vergleichbares Vertragsverhältnis im Ausland ausübt mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertragsverhältnisses.
 - e) nach 10 Jahren ab dem Datum der Eintragung in die Reihungsliste, wenn sich der Interessent innerhalb dieses Zeitraumes nicht zumindest um eine ausgeschriebene Stelle beworben hat.
 - f) im Falle einer Verurteilung des Interessenten im Sinne des § 343 Abs. 2 Z. 4 bis 6 ASVG.
 - g) bei Nichtentrichtung des Verwaltungsbeitrages gemäß § 3 Abs. 5.

§ 5

Wiedereintragung in die Interessententiste

- (1) Die Wiedereintragung in die Interessententiste ist auf Antrag möglich. §§ 2 und 3 gelten sinngemäß.
- (2) Bei einer Streichung gemäß lit. f) ist eine Wiedereintragung in die Interessententiste erst nach Ablauf der jeweiligen gesetzlichen Tilgungsfrist möglich.
- (3) War der Bewerber bereits einmal Inhaber eines Kassenvertrages und wurde ihm der Vertrag gemäß § 343 Abs. 4 ASVG rechtskräftig gekündigt, kann eine Wiedereintragung in die Interessententiste erst nach Ablauf von fünf Jahren ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Vertragsverhältnisses erfolgen.

§ 6

Veröffentlichung

- (1) Die Interessententiste wird im Internet auf der Homepage der Kammer (www.ackwien.at) publiziert und regelmäßig aktualisiert.
- (2) Die Kammer wird der Kasse auf Verlangen über die Gründe allfälliger Veränderungen der Liste Auskunft geben und Einsicht in die diesbezüglichen Akte gewähren.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-9-

Abschnitt III.**§ 7****Ausschreibung**

(1) Stellen werden im Einvernehmen von Kasse und Kammer im Presseorgan der Kammer ausgeschrieben. Die Ausschreibung wird überdies im Internet auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) publiziert.

(2) Wird eine bestehende Stelle ausgeschrieben, so ist dies in der Ausschreibung anzugeben. Die Ausschreibung hat Angaben zur Lage der ausgeschriebenen Stelle innerhalb der örtlichen Zuständigkeit der Kasse (den Bezirk), die vom Bewerber zu erfüllenden fachlichen Qualifikationen sowie allfällige sonstige spezifische Erfordernisse bzw. Schwerpunkte (zB Additivfächer) zu enthalten. Die Bewerbungsfrist ist in der Ausschreibung anzuführen, muss jedoch mindestens 14 Tage betragen. Bei Ausschreibung einer bestehenden Planstelle wird der Vertrag des Planstelleneinhabers mit dem Zeitpunkt der Invertragnahme des Kassenplanstellennachfolgers befristet. Eine Verlängerung dieser Befristung für die Dauer von weiteren 36 Monaten ab dem Monat der Ausschreibung bis zum nächstfolgenden Quartalsende, maximal jedoch bis zum Erreichen der gesamtvertraglich vereinbarten Altersgrenze, erfolgt auf Antrag des bisherigen Planstelleneinhabers. Der Antrag muss vor Ende des Vertrages auf dem Weg über die Kammer an die Kasse gerichtet werden. Im Falle einer Ordinationsstättennachfolge ist eine Verlängerung nicht möglich. Dem Antrag kann nur stattgegeben werden, sofern dadurch keine Ausweitung der in § 4 Abs. 1 bzw. 2 des Gesamtvertrages vereinbarten maximalen Anzahl von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin bzw. Allgemeinen Vertragsfachärzten erfolgt.

(3) Wird eine neue Stelle ausgeschrieben, so ist dies in der Ausschreibung anzugeben. Eine neue Stelle liegt dann vor, wenn keine Planstellennachfolge (§ 12 ff) vorliegt, bei der die Ordinationsräumlichkeiten und/oder der Patientenstock der Ordination übernommen werden kann. Die Ausschreibung hat Angaben zur Lage der Stelle innerhalb der örtlichen Zuständigkeit der Kasse (insbesondere den Bezirk bzw. die Versorgungsregion), die vom Bewerber zu erfüllenden fachlichen Qualifikationen sowie allfällige sonstige spezifische Erfordernisse bzw. Schwerpunkte (zB Additivfächer) zu enthalten. Die Bewerbungsfrist ist in der Ausschreibung anzuführen, muss jedoch mindestens 14 Tage betragen.

(4) Liegen berücksichtigungswürdige Gründe vor, kann die Ausschreibung im Einvernehmen zwischen der Kasse und der Kammer widerrufen werden.

§ 8**Bewerbungen**

(1) Bewerbungen haben stets von einzelnen Ärzten zu erfolgen.

(2) Bewerbungen sind an die Kammer zu richten. Der Bewerbung sind sämtliche für die Bewerbung notwendigen Unterlagen beizulegen.

(3) Bewerber, die noch nicht in der Interessentenliste eingetragen sind, haben außerdem die Erfüllung der in Abschnitt II, § 3 Abs. 1 genannten Voraussetzungen nachzuweisen. Sofern diese vorliegen, erfolgt die Eintragung in die Interessentenliste automatisch mit dem Zeitpunkt des Einlangens der Bewerbung. Abschnitt II § 3 Abs. 3 gilt sinngemäß.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-10-

- (4) Bewirbt sich ein Bewerber um mehrere ausgeschriebene Stellen für Gruppen- und/oder Einzelpraxen, so hat er bei den Bewerbungen anzugeben, für welche Stelle ein bevorzugtes Interesse gegeben ist (Priorität). Ein Bewerber kann nur für jene Stelle erstgereiht werden, die von ihm als Priorität angegeben wurde. Für alle anderen ausgeschriebenen Stellen, um die er sich gleichzeitig beworben hat, kann er bestenfalls zweitgereiht werden.
- (5) Ergibt es sich durch den Verzicht eines bei einer anderen Stelle erstgereihten Bewerbers, dass er auch für diese von ihm nicht als Priorität angegebene Stelle zum Erstgereihten aufrückt, ist er von der Kammer darüber unverzüglich in Kenntnis zu setzen und aufzufordern, binnen einer Woche schriftlich bekannt zu geben, für welches der Vergabeverfahren die Bewerbung aufrecht bleibt. Gibt der Bewerber innerhalb dieser Frist keine Stellungnahme ab, so wird er nur in jenem Vergabeverfahren, in welchem er selbst eine Priorität angegeben hat, weiter als Bewerber geführt.
- (6) Hat der Bewerber keine Priorität bekannt gegeben, können Kammer und Kasse ersatzweise eine Priorität festlegen. Der Bewerber ist darüber in Kenntnis zu setzen. Abs. 4 und 5 gelten sinngemäß.
- (7) Eine abgegebene oder ersatzweise festgelegte Priorität kann während des laufenden Vergabeverfahrens nur im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse abgeändert werden. Eine neue Priorität kann erst abgegeben werden, wenn das Verfahren nach dieser Vereinbarung hinsichtlich der Besetzung der Stelle, für die eine Priorität abgegeben oder festgelegt wurde, beendet ist.

§ 9**Reihung der Bewerber**

- (1) Die Kammer prüft die bis zum Ende der Bewerbungsfrist eingelangten Bewerbungsunterlagen und führt eine Reihung der Bewerber durch.
- (2) Die Reihung der Bewerbungen erfolgt nach dem unter Berücksichtigung der Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen in der jeweils geltenden Fassung erstellten Punkteschema gemäß der Anlage zu dieser Vereinbarung.
- (3) Die Kammer wird der Kasse die Reihung aller Bewerber sowie die Berechnung der Punkte pro Bewerber innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Ablauf der Bewerbungsfrist bekannt geben und alle Bewerbungsunterlagen der Bewerber mit den höchsten Punktezahlen übermitteln. Auf Verlangen werden der Kasse auch die Bewerbungsunterlagen aller anderen Bewerber übermittelt.
- (4) Die Kasse überprüft die von der Kammer vorgenommene Reihung. Die definitive Festlegung der Reihung trifft der Invertragnahmeausschuss (§ 13).
- (5) Die Kasse und die Kammer können gemeinsam die Invertragnahme des Erstgereihten mit Begründung ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, dass der mit dem Einzelvertrag verbundene Versorgungsauftrag durch diesen Bewerber nicht erfüllt werden kann.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 11 -

§ 10**Bewertung/Hearing**

(1) Haben zwei oder mehrere Bewerber dieselbe Punkteanzahl erreicht, so gilt jener Bewerber als erstgereiht, dessen Punkteanzahl bei der Beurteilung der fachlichen Qualifikation (Anlage I Z. 1 und 2) am höchsten ist. Ist der Punktestand der Bewerber auch unter Berücksichtigung der für die fachliche Qualifikation erreichten Punkte gleich, so ist die Entscheidung über die Vergabe der Stelle aufgrund eines Hearings zu treffen. Bei einem allfälligen Hearing ist die Frauenquote zu berücksichtigen.

(2) Die Teilnehmer des Hearings sind alle nach Abs. 1 betroffenen Bewerber sowie die gleiche Anzahl von Vertretern der Kammer und der Kasse.

(3) Sobald Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse besteht, ist der Erstgereimte zu informieren. Die von den Bewerbern jeweils erreichte Punkteanzahl wird auf der Homepage der Kammer (www.aekwien.at) veröffentlicht.

Abschnitt IV.**§ 11****Neue Stellen**

Handelt es sich bei der ausgeschriebenen Stelle um eine neu geschaffene, so wird der erstgereimte Bewerber aufgefordert, innerhalb der in der Ausschreibung bezeichneten Region Ordinationsräumlichkeiten zu suchen. Kann er innerhalb von zwei Monaten keine mögliche Praxisadresse bekanntgeben, so rückt der nächstgereimte Bewerber nach. In begründeten Fällen ist eine Fristverlängerung möglich.

§ 12**Stellennachfolge**

(1) Handelt es sich bei der ausgeschriebenen Stelle um eine, die zuvor von einem Vertragsarzt der Kasse besetzt war, so wird der gemäß Abschnitt III. erstgereimte Bewerber von der Kammer im eigenen Namen und im Namen der Kasse über das Ergebnis informiert und eingeladen, binnen drei Monaten einen Standort für Ordinationsräumlichkeiten innerhalb eines näheren Umkreises zur ausgeschriebenen Planstelle und unter Berücksichtigung der örtlichen Versorgungssituation vorzuschlagen. Der in Aussicht genommene Ordinationsstandort ist durch den Invertragnahmeausschuss zu genehmigen.

(2) Sofern nichts anderes vereinbart ist, endet der Vertrag des Planstelleneinhabers mit jenem Datum, mit dem der Vertrag des Planstellennachfolgers in Kraft tritt. Wählt der Bewerber einen Ordinationsstandort, der sich nicht am Ordinationsstandort der bisherigen Planstelle befindet, kann der bisherige Planstelleneinhaber gemäß § 7 Abs. 2 eine Verlängerung der Gültigkeit seines Vertrages über diesen Zeitpunkt hinaus beantragen.

(3) Nennt der erstgereimte Bewerber binnen drei Monaten vom Zeitpunkt der Information gemäß Abs. 1 keine entsprechende mögliche Ordinationsadresse im Sinne von Abs. 1, kommt der nächstgereimte Bewerber zum Zug. In begründeten wichtigen Ausnahmefällen kann die Dreimonatsfrist für den erstgereimten Bewerber auf dessen Antrag durch den Invertragnahmeausschuss verlängert werden.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 12 -

- (4) Der Einzelvertrag tritt erst in Kraft, wenn alle für den Betrieb der Ordination und ihrer Einrichtungen erforderlichen behördlichen Bewilligungen vorliegen.
- (5) Nach erfolgter Reihung ist ein Verzicht auf die Stelle binnen drei Monaten mittels schriftlicher Erklärung möglich. Diese ist auf dem Weg über die Kammer an die Kasse zu richten. In diesem Fall wird der Bewerber nicht aus der Interessentenliste gestrichen. Erfolgt der Verzicht nach Ablauf dieser Frist oder wird der dafür vorgesehene Weg nicht eingehalten, wird der Bewerber aus der Interessentenliste gelöscht. Im Falle eines Verzichtes des erstgereihten Bewerbers rückt der nächstgereimte Bewerber in dessen Position nach.
- (6) Ist die betreffende Planstelle nach Ablauf eines Jahres ab Ausschreibung nicht durch Abschluss eines neuen Vertrages besetzt worden, kann die Ausschreibung im Einvernehmen zwischen der Kasse und der Kammer widerrufen werden.
- (7) Der Fristenlauf für die in diesen Paragraphen bezeichneten Fristen beginnt jeweils mit der bezughabenden schriftlichen Mitteilung durch die Kammer. Maßgeblich ist jeweils das Datum des Einlangens des Schreibens beim Adressaten.

Abschnitt V.**§ 13****Invertragnahmeausschuss**

- (1) Der Invertragnahmeausschuss setzt sich aus je zwei stimmberechtigten Vertretern der Kammer und der Kasse zusammen und trifft seine Entscheidungen einstimmig.
- (2) Der Invertragnahmeausschuss tritt jedenfalls einmal pro Quartal zusammen; sofern dies erforderlich erscheint, kann sowohl die Kammer als auch die Kasse seine Einberufung auch zwischenzeitlich verlangen.
- (3) Die Beschlussfassung erfolgt grundsätzlich im Rahmen einer Sitzung; im Anlass kann auch ein Umlaufbeschluss gefasst werden.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-13 -

ANLAGE

zur Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten (ausgenommen Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Zahnärzte) gemäß § 6 Abs. 1 Gesamtvertrag

I.

Reihungskriterien

Die Reihung der Bewerber erfolgt nach folgenden Kriterien:

1. Berufserfahrung ab Erlangung des ius practicandi als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt.

1.1 Berufserfahrung als angestellter und/oder freiberuflicher Arzt. Eine Tätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin bei gleichzeitiger Meldung auf eine Ausbildungsstelle im Hauptfach eines Sonderfaches wird für die Berufserfahrung als angestellter Arzt nicht angerechnet.

Bewertung nach Punkten:

0,25 Punkte pro Monat, max. 9 Punkte

1.2 Berufserfahrung als hauptberuflich tätiger Wahlarzt.

Als hauptberuflich gilt eine Wahlarztstätigkeit, sofern nicht gleichzeitig Tätigkeiten in Anstellungsverhältnissen, deren Ausmaß mehr als 20 Wochenstunden betragen, ausgeübt werden.

Die Tätigkeit als Teilhaber in einem geteilten Vertrag gemäß § 8 Gesamtvertrag wird nicht als Anstellung gewertet.

Bewertung nach Punkten:

0,5 Punkte pro Monat, max. 5 Punkte

1.3 Berufserfahrung als Praxisvertreter in Ordinationen mit Verträgen mit Gebietskrankenkassen.

Bewertung nach Punkten:

1 Punkt pro 15 Vertretungstage, max. 16 Punkte

1.3.1 Berufserfahrung als Teilhaber eines geteilten Vertrages (Jobsharing) gemäß § 8 Gesamtvertrag

Bewertung nach Punkten:

10 Vertretungstage pro Monat

Insgesamt können durch die Punkte 1.3 und 1.3.1 maximal 16 Punkte erworben werden

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-14-

1.4 Berufserfahrung im Ärztedienst bzw. in analogen Notarztsystemen.

Die Anrechnung erfolgt nur bei Bewerbungen um eine Vertragsarztstelle für Allgemeinmedizin.

Bewertung nach Punkten:

0,125 Punkte pro Dienst im Ärztedienst oder einem analogen Notarztsystem, max. 5 Punkte

Nach den unter Abschnitt I. Punkt 1 Ziff. 1.1. bis 1.4. genannten Kriterien können insgesamt maximal 35 Punkte erworben werden

2. Fachliche Qualifikation

2.1 Allgemeine fachliche Qualifikation

2.1.1 Aufgrund eines von der ÖÄK verliehenen Diploms:

Bewertung nach Punkten:

Fortbildungsdiplom – 4 Punkte (nur ein Diplom anrechenbar)

Diplom Substitutionsbehandlung – 3 Punkte

Lehrgang „Die Arztpraxis – ein erfolgreiches Unternehmen“ – 2 Punkte

Notarztdiplom – 2 Punkte

PSY III Diplom – 2 Punkte

PSY I Diplom – 1 Punkt

PSY II Diplom – 1 Punkt

Diplom für manuelle Medizin – 1 Punkte

Diplom für Neuraltherapie – 1 Punkt

Diplom für Arbeitsmedizin – 1 Punkt

Diplom für Ernährungsmedizin – 1 Punkt

Diplom für Kurortmedizin – 1 Punkt

Diplom für Geriatrie – 1 Punkt

Diplom für Sportmedizin – 1 Punkt

Diplom Umweltmedizin – 1 Punkt

Diplom Palliativmedizin – 1 Punkt

Schularztdiplom – 1 Punkt

Physikatskurs – 1 Punkt

EEG-Zertifikat – 1 Punkt

Verrechnungsberechtigung Sonographie – 1 Punkt

Alle übrigen Diplome der ÖÄK – 0,5 Punkte pro Diplom

2.1.2 Aufgrund von Zusatzfächern:

Bewertung nach Punkten:

3 Punkte pro Additivfach

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-15 -

2.1.3 Habilitation an einer medizinischen Universität im jeweils ausgeschriebenen Fachbereich

Bewertung nach Punkten:

4 Punkte

2.1.4 Aufgrund neuer Sonderfächer:

Ab dem Zeitpunkt der rechtsverbindlichen Anerkennung eines bestehenden Additivfaches als Sonderfach

Bewertung nach Punkten:

0,5 Punkte je Sonderfach

2.2 Der Nachweis eines in der Ausschreibung angegebenen fachlich medizinischen Schwerpunktes durch entsprechende Diplome, Zusatzfächer etc.

Bewertung nach Punkten:

7 Punkte

Insgesamt können durch die Punkte 2.1.1 bis 2.1.4 und 2.2 maximal 15 Punkte erworben werden.

3. „Wartezeit“ auf der InteressentInnenliste

Die „Wartezeit“ beginnt mit dem Datum der Eintragung in die fachspezifische InteressentInnenliste der Ärztekammer für Wien oder mit der ersten ordnungsgemäßen Bewerbung für ausgeschriebene Vertragsarztstellen nach Erlangung der Berufsberechtigung als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt.

Bewertung nach Punkten:

0,25 Punkte pro Monat, max. 20 Punkte

4. Bemühung um behindertengerechten Zugang

Schriftliche Zusage, sich ernsthaft zu bemühen, einen behindertengerechten Zugang zur Praxis nach den Bestimmungen der Ö-Norm 1600 „barrierefreies Bauen“ sowie der Ö-Norm 1601 „spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ bei Vertragsbeginn oder innerhalb einer angemessenen Frist nach Vertragsbeginn zu schaffen.

Bewertung nach Punkten:

2 Punkte

5. Mutterschutz etc.

Mutterschutz- bzw. Karenzzeiten oder Präsenz-, Ausbildungs- oder Zivildienst, Elternkarenz nach der Geburt eines Kindes, Präsenz-, Ausbildungs- oder Zivildienst nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen. Angerechnet werden jene Zeiträume, die nach dem Zeitpunkt der Promotion liegen, sofern während dieser Zeit keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird.

Bewertung nach Punkten:

0,2 Punkte pro Monat; maximal 3,6 Punkte pro Kind; insgesamt max. 5 Punkte

6. Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe – durch das weibliche Geschlecht zusätzlich vermittelbare besondere Vertrauenswürdigkeit.

Bewertung nach Punkten:

10 % der in dieser Richtlinie festgelegten maximal erreichbaren Punkte

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 16 -

II.**Nachweise**

(1) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.1 und 1.2 werden ausschließlich die Ärzteliste bzw. schriftliche Bestätigungen aus dem Ausland herangezogen. Als Nachweis der Tätigkeit in einer ausländischen Einrichtung bzw. für eine im Ausland tätige Organisation (zB Ärzte ohne Grenzen) gilt ein von dieser Einrichtung (Organisation) ausgestelltes Bestätigungsschreiben; dieses muss genaue Angaben über Dauer und Art der Tätigkeit enthalten. Als Nachweis für die Berufserfahrung als Vertretungsarzt oder hauptberuflich tätiger Wahlarzt im Ausland ist eine Bestätigung (allenfalls in einer beglaubigten Übersetzung) der zuständigen offiziellen Berufsvertretung des jeweiligen Landes vorzulegen, die genaue Angaben über Dauer und Art der Tätigkeit enthalten muss.

(2) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.3 wird eine vom vertretenden Arzt bestätigte Vertretung auf dem von der Ärztekammer für Wien aufgelegten Formular sowie gemeldete Vertretungen bei Witwenquartalen herangezogen.

(3) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 1.4 werden ausschließlich schriftliche Bestätigungen des Ärzte-Funkdienstes bzw. Honorarlisten des Ärzte-Funkdienstes bzw. des analogen Notarztsystems bzw. sonstige Dienstbestätigungen herangezogen.

(4) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 2 werden ausschließlich die von der Österreichischen Ärztekammer ausgestellten Diplome oder sonst angeführten Nachweise herangezogen.

(5) Als Nachweis zur Vergabe von Punkten nach I. Ziff. 5 werden Bestätigungen der Sozialversicherung über Karenz- oder Kindergeldbezug bzw. Bestätigungen von Dienstgebern sowie Bestätigungen über Präsenz-, Ausbildungs- und Zivildienst herangezogen.

III.**Stichtage**

(1) Stichtag für die Berechnung der Punkte ist der letzte Tag der Bewerbungsfrist

(2.) Berufserfahrungen nach I. werden nur angerechnet, sofern die Erfahrungen vor dem letzten Tag der Bewerbungsfrist liegen. Erfolgt die Berechnung nach Monaten so sind bei I. Ziff. 1.2 sowie Ziff. 5 nur volle Kalendermonate zur Berechnung heranzuziehen.

(3.) Bei der Berechnung der Punkte nach I. Ziff. 3 werden grundsätzlich volle Kalendermonate herangezogen. Verbleibende Tage werden als Resttage aliquotiert, indem sie durch 30 dividiert werden.

IV.**Sonstiges**

(1) Bewirbt sich ein Arzt mehrmals, sind reihungsrelevante Unterlagen, die weiterhin Gültigkeit haben, nicht nochmals einzureichen, sondern werden automatisch zur Bewertung herangezogen.

(2) Alle für die Bewerbung relevanten Unterlagen müssen bis zum Ende der Bewerbungsfrist in der Ärztekammer für Wien eingelangt sein. Später einlangende Unterlagen werden bei der Errechnung der Punkte nicht berücksichtigt.

(3) Bewerbungsrelevante Unterlagen können ausschließlich anlässlich einer Ausschreibung und nur während der Bewerbungsfrist eingereicht werden. Das Risiko, dass seine Unterlagen vollständig und rechtzeitig in der Ärztekammer für Wien eintreffen, trägt der Bewerber.

ANLAGE 3

Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen Frau/Herrn

Dr. med.

(im Folgenden Vertragsarzt genannt) und der Wiener Gebietskrankenkasse auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1.1.2011 abgeschlossen.

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

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als Arzt für _____ ausgeübt.

Berufssitz W I E N

Ordinationsstätte

Ordinationszeit

§ 3

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

§ 4

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

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 18 -

§ 5

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Kammer beschlossenen und dem Versicherungsträger bekanntgegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses § 50 des Gesamtvertrages als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem _____

Wien,

Für die

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:

Die Obfrau:

Unterschrift des Vertragsarztes:

ANLAGE 4

REGELUNG EINES BEHINDERTENGERECHTEN UND BARRIEREFREIER ZUGANGES ZUR ORDINATION

Gliederung (gemäß ÖNORM B 1600)

Text	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar im Einzelfall	Einhaltung ÖNORM B 1600 nicht relevant
2 Außenanlagen <i>Anmerkung:</i> Notwendigkeit ist ein stufenloser Zugang zum Ambulatorium vom Parkplatz (Behinderten-, „Rettungspark-platz“) bzw. vom Gehsteig.			
2.1 Gehsteige, Gehwege und Radwege		Bestimmungen für Gehsteige und Gehwege sind relevant, sofern von dort Zugang zum Objekt, in dem das Ambulatorium untergebracht ist, erfolgt.	Radwege
2.2 Fußgängerübergänge			X
2.3 Rampen	X		
2.4 Stellplätze für PKW von behinderten Personen <i>Anmerkung:</i> Anzahl je nach Bedarf in unmittelbarer Nähe zum behindertengerechten Zugang – möglichst dem Haupteingang	X		
2.5 Fernsprechstellen, Notrufeinrichtungen			X wenn notwendige Telefonate durch das Sekretariat des Ambulatoriums erledigt werden
3 Gebäude			
3.1 Eingänge, Türen	X		
3.2 Horizontale Verbindungswege	X		
3.3 Vertikale Verbindungswege	X		
3.4 Sanitärräume <i>Anmerkung:</i> gemeint sind WC-Räume	X gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4		
3.5 Spezielle bauliche Ausführungen			

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-20-

3.5.1 Anordnung von Rollstuhlplätzen <u>Anmerkung:</u> Rollstuhlsteifplätze im Warteraum	Mindestens zwei Plätze		
3.5.2 Anordnung von behindertengerechten Unterkunftseinheiten in Beherbergungsbetrieben und Heimen			X
3.5.3 Schalter, Durchgänge <u>Anmerkung:</u> Rezeption	X Induktionsschleife zusätzlich		
3.5.4 Anordnung von behindertengerechten Umkleidekabinen		X wenn das Ambulatorium über Umkleidekabinen verfügt mindestens eine behindertengerecht	
-, von Duschen und Bädern		nach Bedarf gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4	
3.5.5 Allgemein zugängliche Nutzräume		nach Bedarf	
3.5.6 Freibereich			X
3.5.7 Technische Ausstattung, Materialien <u>Anmerkung:</u> z. B. Gegensprechanlage, Bodenbelag, Lichtschalter	X		
3.5.8 Orientierung	X		
4 Kennzeichnung	X		

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-21 -

ANLAGE 5

Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse (Kasse) und der Ärztekammer für Wien (Kammer) zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 betreffend die Behandlung von nicht in Österreich sozialversicherten Personen, die ärztliche Leistungen mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) in Anspruch nehmen

Präambel

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, dass für die Behandlungsfälle der in einem EU-Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Patienten, deren Anspruch mit gültiger Europäischer Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung nachgewiesen wird, die folgenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen.

(2) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

I.

Die Behandlung der in einem EU-Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Patienten, die ihren Anspruch mit gültiger Europäischer Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung nachweisen, erfolgt entsprechend der europarechtlichen Bestimmungen durch Vertragsärzte der Kasse im Ausmaß des Notwendigen als Sachleistung.

II.

Patienten, die mittels EKVK Sachleistungen in Anspruch nehmen wollen, haben bei der Inanspruchnahme eine gültige EKVK und einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. In der Ordination wird geprüft, ob die Karte formal gültig ist (Gültigkeitsdauer auf der Karte) und mit der Identität des Patienten auf dem amtlichen Lichtbildausweis (zB Reisepass, Personalausweis etc.) übereinstimmt und soweit dies dem Vertragsarzt möglich und zumutbar ist, ob die Einreise des Patienten nach Österreich nicht ausschließlich zur Krankenbehandlung erfolgte und die Behandlung in Relation zur Dauer des Aufenthaltes in Österreich notwendig ist. Kann die Identität nicht mittels Lichtbildausweis nachgewiesen werden, gelten die Patienten als Privatpatienten.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-22-

III.

Um die Abrechnung der Leistungen zu gewährleisten ist eine Kopie der EKVK anzufertigen, so dass alle Daten der EKVK leserlich sind. Auf der Kopie werden der Ordinationsstempel und das Datum des Behandlungsbeginnes angebracht. Sollte die vom Patienten vorgelegte EKVK auf Grund des Zustandes der Karte nicht leserlich sein, kann sie auch nicht als Anspruchsnachweis akzeptiert werden. In diesem Fall kann der Behandlungsfall privat verrechnet werden, bzw. obliegt es dem Patienten vom zuständigen Krankenversicherungsträger eine Ersatzbescheinigung ausstellen zu lassen.

Wenn vom Vertragsarzt gewünscht wird, das Patientenerklärungsformular weiterzuverwenden, wird dieses wie bisher von der Kasse zur Verfügung gestellt.

IV.

Die Kopie der EKVK oder das vollständig ausgefüllte Patientenerklärungsformular ist an die Kasse, nach Möglichkeit innerhalb von drei Tagen, per Post an die Leistungsabteilung/Gruppe EVS, oder per Fax (Fax-Nr. 60 122/2449 oder 3529) oder zusammen mit den Krankmeldungen an die Bezirksstelle zu übermitteln.

V.

Wenn für weiterführende Behandlungen Folgebelege notwendig sind, so sind die üblichen Formulare zu verwenden, wobei der Patient darauf hinzuweisen ist, dass bei allen anderen Leistungserbringern für die Abrechnung deren Leistung ebenfalls eine Kopie der EKVK notwendig ist. Natürlich ist es auch möglich, dass dem Folgebeleg eine Kopie der EKVK beigelegt wird. Der Leistungserbringer hat diese Daten dann bei der Abrechnung der Folgebehandlung der Kasse zu übermitteln.

VI.

Bei der Ausstellung von Folgebelegen sind der Name des Patienten, Geburtsdatum und die persönliche Kennnummer sowie das Kürzel EKVK, bei der Ausstellung von Rezepten anstatt des Kürzels EKVK der zweistellige Staatencode anzuführen. Zudem sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass bei allen Leistungserbringern die EKVK und ein amtlicher Lichtbildausweis vorzulegen sind.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-23 -

VII.

Die Abrechnung der Leistungen für die EKVK-Patienten hat gemäß dem Datensatzaufbau des Hauptverbandes zu erfolgen, wobei folgende Daten zwingend in den Abrechnungsdatensatz aufzunehmen sind:

- Vor- und Zuname und Geburtsdatum des Patienten (Satzart 01)
- ISO-Staatencode (Versichertenkategorie)
- Ausländische persönliche Kennnummer des Patienten (Satzart 06)
- Kennnummer der EKVK (Satzart 06)
- Institutioncode und Akronym des ausländischen Versicherungsträgers (Satzart 06)

VIII.

Erfolgt eine Zuweisung zu einer Folgebehandlung ohne Arztkontakt (Pathologie, eventuell medizinisch-chemische Labordiagnostik) so ist der Zuweisung vom zuweisenden Arzt bzw. von der zuweisenden Vertragsgruppenpraxis eine Kopie der EKVK beizulegen.

IX.

EKVK-Patienten sind gemeinsam mit der Abrechnung der Versicherten der §2-Kassen zur Abrechnung einzureichen. Bei der Honorarabrechnung sind Papierbelege (Überweisungen) beizulegen. Die Kasse wird bei den EKVK-Fällen, die mit allen erforderlichen Daten elektronisch abgerechnet werden, eine technische Lösung anstreben, die es ermöglicht, auf die Übermittlung von Papierbelegen zu verzichten.

X.

Wenn die in dieser Vereinbarung festgelegte Vorgangsweise vom Vertragsarzt eingehalten wird, verpflichtet sich die Kasse die Leistungen des Vertragsarztes zu den jeweiligen Tarifen der Honorarordnung der Kasse als Sachleistung zu vergüten. Diese Abrechnungsgarantie gilt auch dann, wenn sich nachträglich herausstellen sollte, dass doch kein Anspruch gegenüber dem ausländischen Krankenversicherungsträger bestanden hat, vom Vertragsarzt aber alle oben beschriebenen Obliegenheiten eingehalten wurden.

XI.

Sollte im Einzelfall nachträglich vom ausländischen Krankenversicherungsträger eine Prüfung gefordert werden, wird die Wiener Gebietskrankenkasse durch die Dokumentation des Vertragsarztes unterstützt.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-24 -

ANLAGE 6

Ärzte-Funkdienst**§ 1
Allgemeines**

Der Ärzte-Funkdienst hat die dringende ärztliche Hilfeleistung an Wochenenden und an Feiertagen sowie während der Wochentagsnächte sicherzustellen.

**§ 2
Teilnahme am Ärztefunkdienst**

- (1) Vertragsärzte sind zur Teilnahme am Ärzte-Funkdienst verpflichtet.
- (2) Die Kammer kann zur Tätigkeit im Ärztefunkdienst auch andere zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechnigte Ärzte heranziehen. In diesem Falle hat sie vorzusorgen, dass diese alle sich aus den gesamtvertraglichen Regelungen für Vertragsärzte gegenüber den Versicherungsträgern und deren Anspruchsberechnigten ergebenden Verpflichtungen einhalten.
- (3) Soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist, gelten hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeiten für alle am Ärzte-Funkdienst teilnehmenden Ärzte die Bestimmungen dieses Gesamtvertrages.

**§ 3
Einsatzzeiten und Dienste**

- (1) Der Dienst am Wochenende beginnt am Freitag um 19 Uhr und endet am Montag um 7 Uhr. Der Dienst am Feiertag läuft von 19 Uhr des dem Feiertag vorangehenden Tages bis 7 Uhr des dem Feiertag folgenden Tages. Der Dienst zu Weihnachten beginnt am 24. Dezember um 7 Uhr und endet am 27. Dezember um 7 Uhr. Zum Jahreswechsel ist vom 31. Dezember 7 Uhr bis 2. Jänner 7 Uhr Bereitschaftsdienst. In den Werktagsnächten von Montag bis Donnerstag beginnt der Dienst jeweils um 19 Uhr und endet um 7 Uhr.
- (2) Die zum Ärzte-Funkdienst eingeteilten Ärzte versehen den Dienst als
 1. Ordinationsdienst-Ärzte (d.s. Ärzte, die den Dienst in ihren Ordinationen oder an einem fixen Ordinationsstützpunkt durchführen),
 2. Funkdienst-Ärzte (d.s. Ärzte, die mit Funkwagen Hausbesuche durchführen),
 3. selbstfahrende Ärzte (d.s. Ärzte, die mit ihrem eigenen Fahrzeug Hausbesuche durchführen),
 4. Funkselbstfahrer (d. s. selbstfahrende Ärzte, deren Fahrzeug mit einem eigenen Funkgerät ausgerüstet ist),
 5. Telefondienst-Ärzte (d.s. Ärzte, die von einer Telefon- und Funkzentrale aus den Einsatz der übrigen zum Ärzte-Funkdienst eingeteilten Ärzten lenken).

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-25 -

**§ 4
Organisation**

(1) Die Errichtung und die Durchführung des Ärzte-Funkdienstes erfolgt durch die Kammer. Die Kammer ist berechtigt, mit der Organisation und administrativen Durchführung des Ärzte-Funkdienstes auch Dritte zu betrauen.

(2) Zur Sicherstellung des ordnungsgemäßen Ablaufes obliegt der Kammer insbesondere

1. die Auswahl und die Einteilung der Ärzte;
2. die Beistellung von Funkwagen einschließlich der notwendigen Ausrüstung für die Funkdienst-Ärzte;
3. die Durchführung aller administrativen Arbeiten im Zusammenhang mit dem Ärzte-Funkdienst (zB Erstellung der Dienstlisten, Zusammenstellung der Berufungs- und Einsatzaufzeichnungen, Anforderung des pro-ordinatione-Bedarfes, Bestellung der notwendigen Drucksorten);
4. die Rechnungslegung und die Berichterstattung an den Ständigen Ausschuss.

**§ 5
Pflichten der Funkdienst-Ärzte**

(1) Die am Ärzte-Funkdienst teilnehmenden Ärzte sind dazu verpflichtet, die von der Kammer im Zusammenhang mit dem Ärzte-Funkdienst erlassenen Anordnungen genauestens einzuhalten.

(2) Funkdienst-Ärzte, selbstfahrende Ärzte und Funkselbstfahrer sind dazu verpflichtet, die Einsatzaufträge der Telefondienst-Ärzte ohne Aufschub auszuführen.

(3) Notwendige ärztliche Hilfeleistungen dürfen im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes nicht abgelehnt werden.

(4) Alle zum Ärzte-Funkdienst als Funkdienst-Ärzte, selbstfahrende Ärzte oder Funkselbstfahrer eingeteilten Ärzte sind - ungeachtet ihrer Zugehörigkeit zu einer Fachrichtung - gleichermaßen dazu verpflichtet, Krankenbesuche im Sinne der Bestimmungen dieses Gesamtvertrages durchzuführen und bei festgestellter Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen auszustellen.

(5) Die Dienst habenden Ärzte haben Aufzeichnungen über ihre Tätigkeit während des Dienstes zu führen.

(6) Die Dienst habenden Ärzte sind im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes zur ärztlichen Hilfeleistung auch für Anspruchsberechtigte anderer als der in § 2 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 aufgelisteten Versicherungsträger verpflichtet, sofern diese sich am von Kammer und Kasse eingerichteten Ärzte-Funkdienst beteiligen. Anspruchsberechtigte der betreffenden Versicherungsträger sind hinsichtlich der ärztlichen Hilfe im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes den Anspruchsberechtigten der § 2-Versicherungsträger gleichgestellt

**§ 6
Pro Ordinatione**

Die Beistellung des pro-ordinatione-Bedarfes für den Ärzte-Funkdienst erfolgt durch die Kasse in entsprechender Anwendung der Bestimmungen von § 35 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-26 -

§ 7 Privatpatienten

- (1) Die dringende ärztliche Hilfeleistung für Anspruchsberechtigte durch Dienst habende Ärzte während des Ärzte-Funkdienstes erfolgt auf Rechnung des leistungszuständigen Versicherungsträgers.
- (2) Die Dienst habenden Ärzte sind – ausgenommen Abs. 3, 4 und 5 - nicht berechtigt, für ihre Tätigkeit während des Dienstes von den Anspruchsberechtigten die e-card entgegenzunehmen bzw. die Ausstellung eines e-card-Ersatzbeleges oder Zahlungen zu verlangen.
- (3) Für die Behandlung von Privatpatienten (gemäß § 25 Gesamtvertrag) durch die Dienst habenden Ärzte sind Privathonorare einzuheben; von diesen sind Unkostenbeiträge, deren Höhe vom ständigen Ausschuss festzusetzen ist, an die Kammer abzuführen. Diese Beiträge sind für Zwecke des Ärzte-Funkdienstes zu verwenden.
- (4) Ist die Einhebung von Privathonorar anlässlich der Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes nicht möglich, haben die Ärzte jedenfalls die Einhebung des Unkostenbeitrages der Kammer zu übertragen.
- (5) Als Privatpatienten gelten auch
1. Anspruchsberechtigte, denen die ärztliche Hilfe nicht als Sachleistung gewährt wird;
 2. Anspruchsberechtigte eines beigetretenen Versicherungsträgers, wenn und solange zwischen diesem und der Kammer ein vertragloser Zustand besteht;
 3. Anspruchsberechtigte, die den Ärzte-Funkdienst nach Feststellung des Ständigen Ausschusses ungerechtfertigt in Anspruch genommen haben.

§ 8 Schadenersatz

- (1) Der Dienst habende Arzt haftet für den aus einer schuldhaften Verletzung seiner Pflichten entstandenen Schaden (§§ 1293 ff ABGB).
- (2) Unbeschadet der Bestimmung von Abs. 1 können bei groben Verstößen der dem Dienst habenden Arzt obliegenden Pflichten Abzüge vom gebührenden Pauschalhonorar (§ 10) vorgenommen werden.
- (3) Die Entscheidung über Ersatzansprüche nach Abs. 1 und Abzüge nach Abs. 2 obliegt dem Ständigen Ausschuss. Ein Beschluss des Ständigen Ausschusses hierüber ist ein bindender Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff der Zivilprozessordnung.
- (4) Abzüge nach Abs. 2 sind für Zwecke des Ärzte-Funkdienstes zu verwenden.

§ 9 Rechnungslegung

- (1) Die Kammer wird der Kasse die monatlichen Nachweisungen über die Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes bis spätestens 15. des nachfolgenden Monats übermitteln.
- (2) Nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres wird die Kammer der Kasse eine Aufstellung über die Einnahmen und die Ausgaben für den Ärzte-Funkdienst übergeben.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-27 -

**§ 10
Honorierung**

(1) Der Dienst habende Arzt erhält für seine Tätigkeit ein Pauschalhonorar oder ein Grundhonorar zuzüglich eines Visitenhonorars, dessen Höhe vom Ständigen Ausschuss festgesetzt wird. Damit sind alle vom Dienst habenden Arzt während des Ärzte-Funkdienstes an Anspruchsberechtigten erbrachte Leistungen abgegolten.

(2) Die Kosten des Ärzte-Funkdienstes werden mit einem auf Basis des von Kammer und Kasse erstellten Jahresvoranschläges mit Beschluss des Ständigen Ausschusses festzusetzenden Jahrespauschalbetrag abgegolten.

(3) Mit diesem Betrag sind sämtliche sich aus dem Ärzte-Funkdienst ergebenden Verpflichtungen aller am Ärzte-Funkdienst beteiligten Versicherungsträger einschließlich der beigetretenen Kassen gegenüber der Kammer und den Dienst habenden Ärzten erfüllt.

(4) Die Überweisung des nach Abs. 2 festgesetzten Betrages an die Kammer erfolgt durch die Kasse. Die näheren Zahlungsmodalitäten werden gesondert zwischen der Kasse und der Kammer vereinbart.

**§ 11
Ständiger Ausschuss**

(1) Die Behandlung aller den Ärzte-Funkdienst betreffenden Angelegenheiten obliegt dem Ständigen Ausschuss.

(2) Der Ständige Ausschuss besteht aus je fünf Vertretern der Kammer und der Versicherungsträger sowie einem Vertreter der Gemeinde Wien; für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen.

(3) Der Ständige Ausschuss fasst seine Beschlüsse einstimmig. Kommt ein Beschluss des Ständigen Ausschusses nicht zu Stande, sind über Verlangen der Kammer oder der Versicherungsträger unverzüglich Verhandlungen zwischen diesen aufzunehmen.

(4) Der Ständige Ausschusses hat jedenfalls folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Die Beschlussfassung über einen auf Basis der von Kammer und Kasse vorgelegten Jahresvoranschläge ermittelten vorläufigen Jahrespauschalbetrag zur Abdeckung der Kosten des Ärztefunkdienstes.
2. Die Beschlussfassung über den auf Basis der von Kammer und Kasse vorgelegten Jahresabrechnungen (Bilanzen) ermittelten endgültigen Jahrespauschalbetrag.
3. Die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Ärzte-Funkdienstes.
4. Die Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der für den Ärzte-Funkdienst zur Verfügung stehenden Mittel.
5. Die Festsetzung der Honorare für die Dienst habenden Ärzte.
6. Die Festsetzung des Unkostenbeitrages, der für die Behandlung von Privatpatienten im Rahmen des Ärzte-Funkdienstes vom Privathonorar an die Kammer abzuführen ist.
7. Die Entscheidung über Maßnahmen bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme des Ärzte-Funkdienstes.
8. Die Fesisetzung von Form und Inhalt der verwendeten Formulare.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-28-

(5) Zur genauen Regelung der Durchführung der ihm obliegenden Agenden (Procedere für Ladung zu Sitzungen, etc.) hat der Ständige Ausschuss eine Geschäftsordnung zu beschließen.

§ 12

Betritt anderer Versicherungsträger

(1) Andere als die in § 2 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 genannten Versicherungsträger können sich durch Abgabe einer entsprechenden Erklärung am Ärzte-Funkdienst beteiligen.

(2) Die auf die vom Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 erfassten Versicherungsträger und die dem gemäß Abs. 1 beigetretenen Versicherungsträger entfallenden Anteile am Jahrespauschalbetrag werden in einer gesonderten Vereinbarung festgelegt.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-29 -

ANLAGE 7

Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse (Kasse) und der Ärztekammer für Wien (Kammer) gemäß § 8 des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011.

Präambel

(1) Die Möglichkeit der Teilung von Vertragsarztstellen dient dem Ziel, die Versorgung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Wunsches der Vertragsärzte nach neuen flexiblen Arbeitszeitmodellen aufrecht zu erhalten.

(2) Die Teilung einer Vertragsarztstelle bedingt keine Vermehrung der Anzahl der Planstellen; ebenso wenig soll eine Erweiterung der Versorgungskapazitäten damit bewirkt werden.

§ 1

Persönliche Voraussetzungen

(1) Die Vereinbarung gilt für alle Ärzte, die mit der Kasse einen Einzelvertrag im Sinne von § 8 Gesamtvertrag abgeschlossen haben, mit Ausnahme folgender Fachgruppen

- Vertragsfachärzte für physikalische Medizin und allg. Rehabilitation
- Vertragsfachärzte für Radiologie
- Vertragsfachärzte medizinische und chemische Labordiagnostik
- Vertragsfachärzte für Pathologie.

(2) Ebenfalls von der Vereinbarung ausgenommen sind alle übrigen Vertragsärzte, die nicht den unter Abs. 1 aufgelisteten Fachsparten angehören, sofern die Anzahl der vom betreffenden Vertragsarzt in dem der Antragstellung vorausgegangenen Abrechnungsjahr das 1,5-fache der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe überschritten hat.

(3) Die Teilung einer Vertragsarztstelle ist nur für Ärzte, die derselben Fachgruppe angehören, möglich.

§ 2

Sachliche Voraussetzungen

Voraussetzung für die Vertragsteilung gemäß § 2 Abs.2 ist das Vorliegen von Fakten, die es dem Vertragsarzt unmöglich machen, die vertraglich vereinbarten Ordinationszeiten im vollen Umfang einzuhalten.

Als ausreichende Begründung gelten insbesondere

- Betreuungsverpflichtungen für minderjährige Kinder,
- persönliche Erkrankung oder Krankheit,
- Sterbebegleitung für einen Angehörigen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 30 -

**§ 3
Antragstellung**

(1) Der Antrag auf Teilung einer Vertragsarztstelle ist vom Vertragsarzt schriftlich an die Ärztekammer für Wien zu richten.

(2) Der Antrag hat jedenfalls folgende Angaben zu enthalten:

- Name und Adresse des Antragstellers
- Name des gewünschten Teilhabers
- Begründung für die Vertragstellung (samt allen erforderlichen Unterlagen)
- Gewünschte Dauer der Vertragsteilung

(3) Die Kammer wird den Antrag prüfen und diesen mit einer Stellungnahme so rasch wie möglich an die Kasse weiterleiten.

(4) § 5 Abs. 1 Gesamtvertrag gilt sinngemäß.

**§ 4
Dauer der Teilung**

(1) Die Dauer der Teilung einer Vertragsarztstelle kann beim Erstantrag fünf Jahre nicht übersteigen.

(2) Eine einmalige Verlängerung der Teilung für maximal weitere fünf Jahre ist möglich.

(3) Die Bestimmungen von § 2 gelten sinngemäß.

**§ 5
Person des Teilhabers**

(1) Die Auswahl des Teilungspartners erfolgt durch den Inhaber des Einzelvertrages. Reihungsrichtlinien sowie sonstige Vereinbarungen zwischen der Kammer und der Kasse zur Auswahl von Vertragsärzten finden keine Anwendung.

(2) Der Teilhaber muss die für den Abschluss eines Einzelvertrages gemäß § 5 Gesamtvertrag erforderlichen Voraussetzungen erfüllen.

**§ 6
Rechtswirkungen der Teilung**

(1) Die Teilung der Vertragsarztstelle bedingt den Abschluss eines auf beide Vertragsinhaber lautenden Einzelvertrages zwischen den betroffenen Ärzten (Vertragsinhaber) und der Kasse.

(2) Ein gemäß dieser Vereinbarung geteilter Einzelvertrag ist, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, einem Einzelvertrag gemäß § 7 des Gesamtvertrages gleichzuhalten.

(3) Beide Vertragsinhaber sind gleichermaßen zur Einhaltung der Vertragsbestimmungen verpflichtet.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-31-

**§ 7
Ruhe des Einzelvertrages**

- (1) Der Einzelvertrag des Antragstellers ruht für die Dauer der Teilung und lebt mit deren Beendigung wieder auf.
- (2) Bei Beendigung der Teilung entsteht kein Anspruch des Teilhabers auf Abschluss eines eigenen Einzelvertrages.

**§ 8
Beendigungsgründe**

Die Teilung der Vertragsarztstelle endet

- mit Zeitablauf
- mit dem Tod des Inhabers des ruhend gestellten Einzelvertrages
- durch Übermittlung einer von beiden Vertragsinhabern unterfertigten Erklärung, die Vertragsteilung beenden zu wollen an die Kasse

**§ 9
Rechnungslegung**

- (1) Die Vertragsinhaber legen gemeinsam Rechnung.
- (2) Die Überweisung des Honorars durch die Kasse erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung auf ein bekanntzugebendes auf beide Vertragsinhaber lautendes Konto.

**§ 10
Honorierung**

- (1) Die Honorierung der von den Vertragsinhabern im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen erfolgt, soweit im Folgenden nichts anderes festgelegt wird, gemäß den Bestimmungen der für die jeweilige Fachgruppe geltenden Honorarordnung.
- (2) Auf Basis der Abrechnungen der letzten vier Quartale des bisherigen Einzelvertragsinhabers vor der Teilung des Vertrages wird für jeden geteilten Einzelvertrag und für jedes Abrechnungsquartal eine individuelle Fallzahl ermittelt. Vertretungsscheine werden aliquot berücksichtigt.
- (3) Als individuelle Fallzahl gilt grundsätzlich die im jeweiligen Abrechnungsquartal erreichte durchschnittliche Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe. Übersteigt die vom bisherigen Inhaber des Einzelvertrages erreichte durchschnittliche Fallzahl jedoch die durchschnittliche Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe, ist diese als individuelle Fallzahl heranzuziehen.
- (4) Zur Berechnung der individuellen Fallzahl werden ausschließlich kurative Fälle herangezogen, Vorsorgeuntersuchungsfälle und reine Mutter-Kind-Pass-Fälle werden nicht berücksichtigt.
- (5) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Abs. 2 bis 4 festgelegten individuellen Fallzahl um 10 % erfolgt keine Kürzung des gemäß Abs. 1 errechneten Honorars.
- (6) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Abs. 2 bis 4 festgelegten individuellen Fallzahl um mehr als 10 % erfolgt eine Kürzung des gemäß Abs. 1 errechneten Honorars um 3 %.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

-32-

(7) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Abs. 2 bis 4 festgelegten individuellen Fallzahl um mehr als 20 % erfolgt eine Kürzung des gemäß Abs. 1 errechneten Honorars um 5 %.

(8) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Abs. 2 bis 4 festgelegten individuellen Fallzahl um mehr als 30 % erfolgt eine Kürzung des gemäß Abs. 1 errechneten Honorars um 8 %.

(9) Bei einer Überschreitung der pro Quartal gemäß Abs. 2 bis 4 festgelegten individuellen Fallzahl um mehr als 40 % erfolgt eine Kürzung des gemäß Abs. 1 errechneten Honorars um 16 %.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 1 -

Anlage A

**TARIF
FÜR VERTRAGSÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN**

Gültig ab 01. Jänner 2011

- 1. Fallpauschale** pro Anspruchsberechtigten und Quartal **18,10 EUR**
- 2. Punktwert** für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen **0,66 EUR**

Zu Anlage A

SONDERLEISTUNGSTARIF FÜR VERTRAGSÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Gültig ab 01. Jänner 2011

Erläuterungen:

Alle Sonderleistungen können nur für eigene Patienten verrechnet werden.

Werden mehrere im gemeinsamen Haushalt lebende Patienten gleichzeitig besucht, wird dies als eine Visite gewertet und die entsprechende Sonderleistung nur einmal honoriert. Wenn in der Nacht im Rahmen eines Besuches mehrere im gemeinsamen Haushalt lebende Patienten bei akuter Erkrankung behandelt werden, so kann für den zweiten und jeden weiteren Patienten die Pos. Ziff. 2 verrechnet werden.

Werden mehrere in einem Pensionisten-Wohnhaus lebende Patienten gleichzeitig besucht, so kann für die erste Visite Pos. Ziff. 3 für alle folgenden Patienten Pos. Ziff. 10 abgerechnet werden, sofern nicht Pos. Ziff. 15 abgerechnet werden kann.

Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name des berufenen Arztes zu vermerken.

Ist einer Sonderleistung ein x beigesetzt, kann die Kasse vom Arzt den schriftlichen Befund anfordern.

Ein Regiezuschlag kann bei jenen Sonderleistungen, welchen die Pos. Ziff. R I bis R IV beigesetzt sind, entsprechend diesen Pos. Ziff. verrechnet werden, wenn die Leistungen in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten erfolgen.

Werden in einer Sitzung mehrere Eingriffe durchgeführt, dann kann der Regiezuschlag nur einmal pro Region abgerechnet werden. Ist bei einer Sonderleistungsposition die Abrechnung pro Region angeführt, so sind darunter folgende Regionen zu verstehen:

- Kopf
- Hals
- Linke Schulter plus Axilla
- Rechte Schulter plus Axilla
- Brust
- Rücken
- Lumboglutealbereich
- Abdomen
- Genitalregion
- Oberschenkel links
- Oberschenkel rechts
- Unterschenkel links
- Unterschenkel rechts
- Fuß links
- Fuß rechts
- Oberarm links
- Oberarm rechts
- Unterarm plus Hand links
- Unterarm plus Hand rechts

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 3 -

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
1	Tagasordination außerhalb der jeweils üblichen Ordinationsdauer bei dringender Hilfeleistung		5,09
2	Nachtordination (zwischen 20 Uhr und 7 Uhr) außerhalb der jeweils üblichen Ordinationsdauer		13,08
3	Tagesvisite A, verrechenbar bei allen Hausbesuchen, mit Ausnahme von solchen, für die die Tagesvisite B bzw. Tagesvisite C zu verrechnen ist.		37,00
9	Tagesvisite B, verrechenbar bei allen weiteren Visiten, die nach Abrechnung der ersten Visite als Visite A am selben Tag im Bereich ein und derselben Stiege oder in ein und demselben Pflegeheim getätigt werden; es sei denn es erfolgt eine weitere Berufung des Arztes zu einem späteren Zeitpunkt (Zeitangabe erforderlich) am selben Tag, die eine neuerliche Anfahrt (Weg) erforderlich macht (s. § 12 Gesamtvertrag).		14,20
10	Jede ärztliche Intervention in einem Pensionisten-Wohnhaus, ausgenommen die bloße Aussteifung von Rezepten und ausgenommen Einzelvisiten nach Pos. Ziff. 3 in dringenden Fällen Ein dringender Fall ist dann gegeben, wenn der Arzt nicht routinemäßig das Pensionisten-Wohnhaus aufsucht, sondern zu einer Einzelvisite in das Pensionisten-Wohnhaus auf Grund des Erkrankungszustandes eines konkreten Patienten gerufen wird.		5,00
15	Tagesvisite C, verrechenbar bei allen weiteren Visiten, die nach Abrechnung der ersten Visite (Tagesvisite A) am selben Tag und im Bereich desselben Pensionisten-Wohnhauses getätigt werden, sofern der Arzt den Versicherten in dessen Zimmer betreut. Die Verrechnung ist mit 5 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 10 abgerechnet wird, limitiert. Die Anmerkungen zu Pos. Ziff. 10 gelten sinngemäß.		14,20
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung		39,97
5	Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 20 Uhr und 7 Uhr		52,32

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 4 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
6	Zeitaufwand von mehr als einer halben Stunde am Krankenbett bei bedrohlichen Krankheitsfällen für die begonnene zweite und jede weitere begonnene halbe Stunde (Begründung notwendig, bei Konsilium in der Regel nicht verrechenbar)	10	
7	Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht		5,09
8	Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals	4	
17	Hausarztzuschlag (analog den fachspezifischen Zuschlägen bei einzelnen Sonderfächern), einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position wird automatisch mit der Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle		8,75

II. Allgemeine Sonderleistungen

Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 20 Uhr und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 20 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.

- S Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 20 Uhr, jedenfalls außerhalb der üblichen Ordinationsdauer 50 % des jeweiligen Tarifsatzes

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4	
21	Eigenblutinjektion (höchstens 10) inkl. Blutentnahme	7	
22	Intraarterielle Injektion	8	
23	Infusion s. c.	10	
24	Infusion i. v. (das verabreichte Heilmittel ist anzugeben bzw. ein Durchschlag des Rezeptes beizulegen)	20	
25	Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie bei Operationen	10	
26	Steißfatum- oder Ganglienblockade	25	
27	Plexus-, Lumbal- oder Sacralanästhesie	22	
28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)	10	
29	Injektion i.v.	6	
30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk	20	
31	Punktion einer kleinen oberflächlichen Höhle, eines oder mehrerer kleiner Gelenke, eines Seroms, eines kalten Abszesses, einer Bursa ect., intraarticul. Injektion in ein oder mehrere kleine Gelenke	15	
35	Diagnostische Gelenkspunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocystenpunktion	30	
*) 38	i. v. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13	
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 6 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
*1) 40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	7	
	*) Die Pos. Ziff. 38 und 40 können im Falle der Zuweisung an einen Vertragsfacharzt oder eine Vertragsgruppenpraxis für med. u. chem. Labordiagnostik oder eine entsprechende kasseneigene Einrichtung nur dann verrechnet werden, wenn der zuweisende Vertragsarzt das von ihm abgenommene Blut an einen der zwei seiner Ordination nächstgelegenen Vertragsfachärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen für med. u. chem. Labordiagnostik sendet.		
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	9	
44	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	7	
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus	9	
46	Magenausheberung oder Spülung	15	
47	Digitale rectale Untersuchung	5	
50	Luxation; Einrichtung und erster Verband einer traumatischen Luxation (mit Ausnahme von Zehen und Fingern)	60	
51	Luxation; Einrichtung und erster Verband bei Fingern und Zehen	25	
52	Zinkleimverband	18	
53	Fixierende Verbände mit Blau-, Stärke- oder Gipsbinden (Elastoplastverband ausgenommen) der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	45 + R I	
54	Fixierende Verbände mit Blau-, Stärke- oder Gipsbinden (Elastoplastverband ausgenommen) der Hand und des Unter- und Oberarmes, des Fußes und des Unter- und Oberschenkels, der Clavicula, Halskrawatte	60 + R I	
55	Anbringung eines Gehbügels	5	
56	Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden	15	
57	Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen	15	
60	Rausch- oder i. v. Kurznarkose	15	
72	Hühneraugen oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung (ausgenommen Excision und Niant)	20	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 7 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
73	Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen ect.)	14	
74	Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl.	20	
75	Incision von Pararriten aller Art. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar	40 + R I	
76	Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar	30	
77	Reinigung/Wundtoilette einer größeren Wunde (ab 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar	55	
78	Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters	9	
79	Zahnextraktion ohne Anästhesie	5	
80	Beistand bei Geburt als Erste Hilfe	50	
81	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie	10	
82	Nasentamponade	8	
83	Poizter, je Seite	3	
84	Zuschlag für Ordination oder Visite bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, einmal im Quartal verrechenbar.	10	
87	Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. 606 verrechenbar	11	
88	Thrombotest bei anticoagulierten Patienten (inkl. Blutabnahme)		6,00
89	Naht- und/oder Klammerentfernung, pro Sitzung einmal verrechenbar	4	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 8 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
90	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten, einmal pro Patient und Quartal verrechenbar.		11,11

Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen:

a) Bei zugewiesenen Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfachärzte bzw. die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Gleichfalls unzulässig ist die Verrechnung dieser Leistung bei Patienten, die nur im Rahmen der Urlaubsvertretung behandelt werden.

b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.

c) Der Arzt hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (zB Video) oder die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.

d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 9 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
91	<p>Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, verrechenbar in maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal</p> <p>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 (zB Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.</p> <p>Zur Verrechnung sind alle Ärzte für Allgemeinmedizin berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.</p> <p>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.</p>		19,47

III. Sonderleistungen aus Fachgebieten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
100	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschli. Anästhesie	20	
107	Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid	40	
201	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, Hämorrhoidalverödung je Injektion	8	
204	Excision und Naht einer Wunde bis 5 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	30 + R II	
205	Excision und Naht einer Wunde über 5 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	50 + R II	
207	Operation von oberflächlichen Geschwulsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70 + R II	
210	Operation eines Clavus oder einer Warze (Excision und Naht)	24 + R II	
211	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 verrechenbar)	30 + R II	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 10 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
218	Unblutige Reposition einer Paraphimose	15	
221	Probeexcision mit Naht (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
222	Bluttransfusion oder Blutinfusion i. v., einschl. Venensektio (wenn nötig, einschl. Blutgruppenbestimmung, Kreuzprobe)	60 + R II	
223	Lösung der Conglutination	15	
302	Einlegen und Wechseln von Pessaren bei Prolaps	5	
320	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condyloomen, je Sitzung	45 + R I	
335	Smear, Sekretabnahme oder Abstrich zur mikroskopischen Untersuchung im Zusammenhang mit einer gynäkologischen Untersuchung	3	
411	Chirurgische Entfernung von Fremdkörpern, Wucherungen und Polypen aus oberen Luft- und Speisewegen sowie von obturierenden Ohrpolypen und Ohrfremdkörpern, je Sitzung	90 + R III	
412	Paracentese, Mittelohrpunktion	24 + R I	
413	Incision eines Peritonsillarabszesses, Septumabszesses, Othaematoms, Gehörgangsabszesses, des Speicheldrüsenausführungsganges	24 + R I	
414	Verätzung des Locus Kiesselbach je Seite	5	
415	Cerumenentfernung/therapeutische Ohrspülung, je Seite, verrechenbar in 5 % der Fälle pro Quartal	8	
600	Standard - EKG	15	
601	je 3 weitere Ableitungen	6	
603	Zuschlag für EKG am Krankenbett	25	

Die Pos. Ziff. 600, 601 und 603 können nur von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechnet werden, die einen Nachweis über die Absolvierung eines EKG-Kurses, der von der Kammer ausdrücklich anerkannt wird, erbringen. Jene Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die auf Grund des Nachweises berechtigt sind, EKG-Untersuchungen als Sonderleistungen gemäß Pos. Ziff. 600 und 601 zu verrechnen, werden von der Ärztekammer in einer Liste aufgenommen, die der Kasse zu übermitteln ist.

Verrechnet werden können pro Geschehen höchstens einmal die Pos. Ziff. 600 und dreimal die Pos. Ziff. 601, und zwar einmal für die Ableitungen nach Goldberger und zweimal für jene nach Wilson.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 11 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
605	Periartic. Infiltration	15	
x 606	Chem. Untersuchung des Harnes. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. 87 verrechenbar	6	
x 610	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli	13	
x 611	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild	14	
614	Eingehende Beratung bei psychischen Erkrankungen. Mindestzeitaufwand 15 Minuten, dreimal pro Patient im Quartal verrechenbar, wobei eine Zweitverrechnung nur in 50 % der honorierten Pos. Ziff. 614 und eine Drittverrechnung nur in 25 % der honorierten Pos. Ziff. 614 zulässig ist.	11	
655	Granulombehandlung, inkl. Abtragung eines gestielten Granuloms	12	
761	Ärztl. Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Quartal und Patient verrechenbar. Diese Position ist nur von jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechenbar, die ihre besondere Qualifikation ausreichend nachgewiesen haben und dazu von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich ermächtigt wurden.	40	
817	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei statischen Beinleiden, Fischerverband. Die Pos. Ziff. 817 kann nur von jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechnet werden, die einen Nachweis über eine entsprechende Ausbildung, die von der Kammer ausdrücklich anerkannt wird, erbringen.	25	
819	Manipulation bei Gelenkverhakungen, höchstens dreimal pro Quartal und Patient verrechenbar. Die Leistung wird nur jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin honoriert, die über das Diplom für Manuelle Medizin der Österreichischen Ärztekammer verfügen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden.	15	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 12 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
827	Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei statischen Beinleiden	20	
x 907	Bakterioskop. Untersuchung des Harnes	6	
916	Verweilkatheter	13	

IV. Regiezuschläge

	Punkte
R I	15
R II	18
R III	37
R IV	50

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Zu Anlage A

TARIF
für physikalisch-medizinische Behandlungen
durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin

Gültig ab 01. Jänner 2011

die in den Gruppen 1 bis 6 sowie 9 und 10 aufgelisteten Leistungen werden jeweils per 1. Jänner eines Jahres um den VPI des Vorjahres angehoben.
 (Nur für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin in den Randgebieten, die zur Verrechnung phys.-med. Behandlungen von der Kasse ausdrücklich ermächtigt wurden.)

Pos. Ziff.		Betrag
		Euro
950	Massage (manuell)	
951	Vibromassage	1,22
952	Pneumomassage des Trommelfelles	1,34
953	Heilgymnastik	1,34
954	Extensionsbehandlung mit einf. Glissonschiene, Quengein etc.	1,10
955	Anwendung von Wärmelampen (Profundus, Sollux, Rotlicht, Blaulicht u. Ä.)	0,99
		0,88
956	Quarzlicht, Höhensonnenfeldbestrahlung	0,88
957	Heißluft und Glühlichtbehandlung	1,39
958	Galvanisation	1,28
959	Exponentialstrombehandlung und Impulsgalvanisation mit elektronisch gesteuerten Geräten	1,45
960	Zellenbad	1,10
961	Iontophorese	1,57
962	Kurzwellen und verwandte Hochfrequenzverfahren (zB Dezimeterwellen, Zentimeter/Mikro/wellen)	2,20
963	Aerosolinhalation mit Sole	1,05
964	Aerosolinhalation mit sonstigen medikamentösen Zusätzen	1,28
965	Italienische Schnellkur (Munari)	5,90

Sämtliche Leistungen dürfen nur von jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechnet werden, die hierzu von der Kasse ausdrücklich ermächtigt wurden.

Die Verrechnung kann nur für eigene Patienten oder auf Grund einer auf die betreffenden Behandlungen (Art und Anzahl) lautenden Verordnung eines anderen Vertragsarztes bzw. Vertragsgruppenpraxis erfolgen. Mit den Tarifsätzen sind auch die Kosten der ärztlichen Untersuchung und Kontrolle abgegolten.

Die Kosten der notwendigen Medikamente etc. sind ebenfalls mit den Tarifsätzen abgegolten; sie dürfen daher nicht auf Kassenkosten verordnet oder als Ordinationsbedarf angefordert werden.

Die Verrechnung der durchgeführten Behandlungen erfolgt mittels Verordnung, auf der jede einzelne Behandlung vom Patienten durch seine Unterschrift unter Beifügung des Behandlungsdatums zu bestätigen ist.

Für physikalische Behandlungen, die auf Grund der Verordnung eines anderen Vertragsarztes bzw. Vertragsgruppenpraxis vorgenommen werden, gebührt neben den Tarifsätzen keine weitere Leistungvergütung (Fehlpauschale etc.).

Wenn die Behandlungen außerhalb des Wohn- oder Beschäftigungsortes durchgeführt werden, so ist eine vorübergehende Genehmigung der zuständigen Kasse erforderlich.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 1 -

Anlage B

**TARIF
FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTE**

Gültig ab 01. Jänner 2011

- 1. Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal 18,10 EUR**
- 2. Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen 0,66 EUR**

Zu Anlage B

SONDERLEISTUNGSTARIF FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTE

Gültig ab 01. Jänner 2011

Erläuterungen:

Alle Sonderleistungen können nur für eigene Patienten verrechnet werden.

Werden mehrere im gemeinsamen Haushalt lebende Patienten gleichzeitig besucht, wird dies als eine Visite gewertet und die entsprechende Sonderleistung nur einmal honoriert. Wenn in der Nacht im Rahmen eines Besuches mehrere im gemeinsamen Haushalt lebende Patienten bei akuter Erkrankung behandelt werden, so kann für den zweiten und jeden weiteren Patienten die Pos. Ziff. 2 verrechnet werden.

Werden mehrere in einem Pensionisten-Wohnhaus lebende Patienten gleichzeitig besucht, so kann für die erste Visite Pos. Ziff. 3 für alle folgenden Patienten Pos. Ziff. 10 abgerechnet werden, sofern nicht Pos. Ziff. 15 abgerechnet werden kann.

Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name des berufenen Arztes zu vermerken.

Ist einer Sonderleistung ein x beigelegt, kann die Kasse vom Arzt den schriftlichen Befund anfordern.

Ein Regiezuschlag kann bei jenen Sonderleistungen, welchen die Pos. Ziff. R I bis R V beigelegt sind, entsprechend diesen Pos. Ziff. verrechnet werden, wenn die Leistungen in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten erfolgen.

Werden in einer Sitzung mehrere Eingriffe durchgeführt, dann kann der Regiezuschlag nur einmal pro Region abgerechnet werden. Ist bei einer Sonderleistungsposition die Abrechnung pro Region angeführt, so sind darunter folgende Regionen zu verstehen:

- Kopf
- Hals
- Linke Schulter plus Axilla
- Rechte Schulter plus Axilla
- Brust
- Rücken
- Lumboglatealbereich
- Abdomen
- Genitalregion
- Oberschenkel links
- Oberschenkel rechts
- Unterschenkel links
- Unterschenkel rechts
- Fuß links
- Fuß rechts
- Oberarm links
- Oberarm rechts
- Unterarm plus Hand links
- Unterarm plus Hand rechts

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
1	Tagesordination außerhalb der jeweils üblichen Ordinationsdauer bei dringender Hilfeleistung		5,09
2	Nachtordination (zwischen 20 Uhr und 7 Uhr) außerhalb der jeweils üblichen Ordinationsdauer		13,08
3	Tagesvisite A, verrechenbar bei allen Hausbesuchen, mit Ausnahme von solchen, für die die Tagesvisite B bzw. Tagesvisite C zu verrechnen ist.		37,00
9	Tagesvisite B, verrechenbar bei allen weiteren Visiten, die nach Abrechnung der ersten Visite als Visite A am selben Tag im Bereich ein und derselben Stiege oder in ein und demselben Pflegeheim getätigt werden; es sei denn es erfolgt eine weitere Berufung des Arztes zu einem späteren Zeitpunkt (Zeitangabe erforderlich) am selben Tag, die eine neuerliche Anfahrt (Weg) erforderlich macht (s. § 12 Gesamtvertrag).		14,20
10	Jede ärztliche Intervention in einem Pensionisten-Wohnhaus, ausgenommen die bloße Ausstellung von Rezepten und ausgenommen Einzelvisiten nach Pos. Ziff. 3 in dringenden Fällen Ein dringender Fall ist dann gegeben, wenn der Arzt nicht routinemäßig das Pensionisten-Wohnhaus aufsucht, sondern zu einer Einzelvisite in das Pensionisten-Wohnhaus auf Grund des Erkrankungszustandes eines konkreten Patienten gerufen wird.		5,00
15	Tagesvisite C, verrechenbar bei allen weiteren Visiten; die nach Abrechnung der ersten Visite (Tagesvisite A) am selben Tag und im Bereich desselben Pensionisten-Wohnhaus getätigt werden, sofern der Arzt den Versicherten in dessen Zimmer betreut. Die Verrechnung ist mit 5 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 10 abgerechnet wird, limitiert. Die Anmerkungen zu Pos. Ziff. 10 gelten sinngemäß.		14,20
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung		39,97
5	Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 20 Uhr und 7 Uhr		52,32
6	Zeitaufwand von mehr als einer halben Stunde am Krankenbett bei bedrohlichen Krankheitsfällen für die begonnene zweite und jede weitere begonnene halbe Stunde (Begründung notwendig, bei Konsilium in der Regel nicht verrechenbar)	10	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 4 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
7	Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht		5,09
8	Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von den nachgenannten Vertragsfachärzten verrechenbar.		
	Der Tarif für Pos. Ziff. 8 beträgt für die Fachsparten Innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie und orthopädische Chirurgie	3	
	Bei Fachsparte für Kinder- und Jugendheilkunde	4	

II. Allgemeine Sonderleistungen

Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 20 Uhr und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 20 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.

- S Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 20 Uhr, jedenfalls außerhalb der üblichen Ordinationsdauer 50 % des jeweiligen Tarifsatzes

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4	
21	Eigenblutinjektion (höchstens 10) inkl. Blutentnahme	7	
22	Intraarterielle Injektion	8	
23	Infusion s. c.	10	
24	Infusion i. v. (das verabreichte Heilmittel ist anzugeben bzw. ein Durchschlag des Rezeptes beizulegen)	20	
25	Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie bei Operationen	10	
26	Stellatum- oder Ganglienblockade	25	
27	Plexus-, Lumbal- oder Sacralanästhesie	22	
28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)	10	
29	Injektion i.v.	6	
30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk	20	
31	Punktion einer kleinen oberflächlichen Höhle, eines oder mehrerer kleiner Gelenke, eines Seroms, eines kalten Abszesses, einer Bursa ect., intraarticul. Injektion in ein oder mehrere kleine Gelenke	15	
35	Diagnostische Gelenkpunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocelenpunktion	30	
* 38	i.v. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13	
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 6 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
*) 40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	7	
<p>*) Die Pos. Ziff. 38 und 40 können im Falle der Zuweisung an einen Vertragsfacharzt oder eine Vertragsfacharztgruppenpraxis für med. u. chem. Labordiagnostik oder eine entsprechende kasseneigene Einrichtung nur dann verrechnet werden, wenn der zuweisende Vertragsarzt das von ihm abgenommene Blut an einen der zwei seiner Ordination nächstgelegenen Vertragsfachärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen für med. u. chem. Labordiagnostik sendet.</p>			
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	9	
44	Katheterismus sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	7	
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus	9	
46	Magenausheberung oder Spülung	15	
47	Digitale rectale Untersuchung	5	
50	Luxation; Einrichtung und erster Verband einer traumatischen Luxation (mit Ausnahme von Zehen und Fingern)	60	
51	Luxation; Einrichtung und erster Verband bei Fingern und Zehen	25	
52	Zinkleimverband	18	
53	Fixierende Verbände mit Blau-, Stärke- oder Gipsbinden (Elastoplastverband ausgenommen) der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	45 + R I	
54	Fixierende Verbände mit Blau-, Stärke- oder Gipsbinden (Elastoplastverband ausgenommen) der Hand und des Unter- und Oberarmes, des Fußes und des Unter- und Oberschenkels, der Clavicula, Halskrawatte	60 + R I	
55	Anbringung eines Gehbügels	5	
56	Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden	15	
57	Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen	15	
60	Rausch- oder i. v. Kurznarkose	15	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 7 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
61	Vollnarkose (verrechenbar neben den Pos. Ziff.: 108, 202, 205, 208, 209, 213, 214, 215, 216, 217, 221, 304, 306, 308, 321, 411, 426, 521, 666, 804, 808, 813, 821, 903, 904, 905, 912, 914, 919, 921, 925 und sonst mit besonderer Begründung)	45	
70	Implantation von Gewebeteilen oder Hormonkristallen mittels Troikart einschließlich Anästhesie	10	
71	Operative Implantation von Gewebeteilen oder Hormonkristallen	30 + R I	
72	Hühneraugen- oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung (ausgenommen Excision und Naht)	20	
73	Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen ect.)	14	
74	Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl.	20	
75	Incision von Panaritien aller Art. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar	40 + R I	
76	Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar	30	
78	Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters	9	
79	Zahnextraktion ohne Anästhesie	5	
80	Beistand bei Geburt als Erste Hilfe	50	
81	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie	10	
82	Nasentamponade	8	
83	Pofitzer, je Seite	3	
84	Zuschlag für Ordination oder Visite bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, einmal im Quartal verrechenbar.	10	
87	Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 606 verrechenbar	11	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 8 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
90	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten, einmal pro Patient und Quartal verrechenbar.		11,11

Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde und Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten in maximal 18 % der Fälle pro Quartal, von den übrigen allgemeinen Vertragsfachärzten in höchstens 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar.

Bei Vertragsfachärzten für Innere Medizin, die auf Grund ihrer Ausbildung von der Kasse und Kammer für die Verrechnung der Pos. Ziff. 635 ermächtigt wurden bzw. denen nach den Richtlinien der Österreichischen Diabetes Gesellschaft auf Grund ihrer Ausbildung die Ermächtigung erteilt worden wäre, erhöht sich das Verrechnungslimit auf 20 % der Fälle pro Quartal.

Innerhalb eines Quartals ist beim selben Patienten die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 614 "Eingehende psychische Beratung bei larvierten Depressionen etc." ausgeschlossen; die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 751 "Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern" und 756 "Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe, Mindestzeitaufwand 1 1/2 Stunden, pro Patient", ist nur mit Begründung möglich. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen.

a) Bei zugewiesenen Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfachärzte nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig. Gleichfalls unzulässig ist die Verrechnung dieser Leistung bei Patienten, die nur im Rahmen der Urlaubsvertretung behandelt werden.

b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 9 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
	<p>c) Der Arzt hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (zB Video) oder die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.</p> <p>d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.</p> <p>e) Vertragsfachärzte für Radiologie und med. und chem. Labordiagnostik sind zur Verrechnung dieser Leistung nicht berechtigt.</p>		
91	<p>Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, in maximal 5 % der Fälle pro Arzt pro Quartal</p> <p>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 (zB Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.</p> <p>Zur Verrechnung sind alle allgemeinen Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin, für medizinische und chemische Labordiagnostik, für Pathologie und für Radiologie) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖAK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.</p> <p>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.</p>		19,47

III. Sonderleistungen aus Fachgebieten

Fachgebiet Augenheilkunde und Optometrie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
100	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschl. Anästhesie	20	
102	Gesichtsfeldprüfung oder Skotometrie (nur verrechenbar bei a) Glaukom oder Glaukomverdacht b) Sehstörung bei Augenhintergrundveränderungen c) neuroophthalmologischen Grenzfällen d) konsiliarer Befundung)	25	
103	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	7	
104	Bestimmung des Astigmatismus nach Javal bzw. Skiaskopie	8	
105	Applanationstonometrie	12	
106	Sondierung (einschl. evt. Spülung) oder Spülung der Tränenwege einseitig, in höchstens 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar (Ausnahmen nur mit besonderer medizinischer Begründung)	20	
107	Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid	40	
108	Tarsusausschneidung bei einer tiefen Lidgeschwulst	60 + RII	
109	Orthoptischer oder pleoptischer Befund oder Behandlungssitzung Die Pos. Ziff. 109 kann nur von jenen Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Pos. Ziff. ermächtigt wurden.	11	
110	Untersuchung mit dem Kontaktglas (Goldmann Glas) bei Glaukom und Erkrankungen der Netzhaut, verrechenbar einmal im Quartal (mit Ausnahme besonderer Begründung)	10	
111	Untersuchung des Tränenfilms (zB Schirmertest, Tränenauflöszeit, Vitalfärbungen)	4	
112	Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille	10	
113	Fundus ohne medizinisch erweiterte Pupille. Die Verrechnung der Pos. Ziff. 112 schließt die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 113 am selben Tag im selben Fall aus.	8	
114	Tagesdruckkurve inkl. Spaltlampe. Maximal zweimal pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung. Nicht gemeinsam in einer Sitzung mit Pos. Ziff. 103 abrechenbar.	40	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 11 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
120	<p>Laserchirurgie: Die Pos. Ziff. ist pro Patient, Auge und Jahr bei folgenden Indikationen verrechenbar (Ausnahmen s. u.):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Einfache retinale Laserchirurgie <ol style="list-style-type: none"> a) Peripherer Netzhautdefekt b) Chorioretinopathia centralis serosa c) fokales diabetisches Makulaödem 2) Chronisches Offenwinkelglaukom 3) Mehrmalige retinale Laserkoagulation <ol style="list-style-type: none"> a) proliferative diabetische Retinopathie b) präproliferative diabetische Retinopathie c) diffuses diabetisches Makulaödem d) Makulaödem nach retinalem Venenverschluss e) Vasoproliferation nach retinalem Venenverschluss f) subretinale Neovaskularisation bei altersbedingter Makuladegeneration g) subretinale Neovaskularisation bei Myopie h) idlopathische subretinale Neovaskularisation i) seltene Indikationen (zB Periphlebitis retinae) <p>Bei Vorliegen folgender Indikationen</p> <ol style="list-style-type: none"> a) proliferative diabetische Retinopathie b) präproliferative diabetische Retinopathie c) diffuses diabetisches Makulaödem d) Vasoproliferation nach retinalem Venenverschluss <p>ist die Verrechnung der Leistung viermal pro Patient, Auge und Jahr möglich.</p> <p>Nur von Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 120 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.</p>		345,20

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 12 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
121	<p>Fluoreszenzangiographie</p> <p>Die Verrechnung ist grundsätzlich mit zwei Untersuchungen pro Patient und Jahr limitiert, darüber hinaus nur in besonders medizinisch begründeten Fällen zulässig.</p> <p>Nur von Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 121 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.</p>		95,93
122	<p>Untersuchung mit dem Refraktometer (verrechenbar in maximal 30 % der Fälle pro Arzt und Quartal)</p>	5	
123	<p>YAG Laser</p> <p>Nur von Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 123 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.</p>		
128	<p>Oberflächenanästhesie nach jeder Methode</p>	1	
132	<p>Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie, maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, nur in Ausnahmefällen und mit besonderer Begründung zugleich mit der Pos. Ziff. 102 verrechenbar.</p> <p>Diese Position kann nur von jenen Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechnet werden, für die eine Meldung über die Verwendung des entsprechenden Gerätes auf dem Weg über die Kammer an die Kasse ergangen ist.</p> <p>Die Untersuchung ist zu dokumentieren und das Ergebnis bis zu drei Jahre aufzubewahren und Kammer bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</p>	32	
140	<p>Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patient und Quartal verrechenbar.</p> <p>Die Position kann nur von jenen Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie in Rechnung gestellt werden, für die ein Gerätenachweis hinsichtlich Pos. Ziff. 132 vorliegt.</p>	1	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 13 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
142	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 14 -

Fachgebiet Chirurgie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
200	Orthopädisch-chirurgische Infiltration (höchstens 10 mal im Quartal verrechenbar)	18	
201	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, Hämorrhoidaiverödung je Injektion	8	
202	Exstirpation eines Varixknotens oder Perforantes Ligatur	60 + R III	
203	Aufkeilung von Gipsverbänden zur Stellungsveränderung mit neuerlicher Fixierung	40	
204	Excision und Naht einer Wunde bis 5 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	30 + R II	
205	Excision und Naht einer Wunde über 5 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	50 + R II	
206	Wundnaht mit Sehnennaht (Wundklammerung und Naht bei Operation nicht verrechenbar)	60 + R II	
207	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70 + R II	
208	Operation von tiefer gelegenen Geschwülsten (zB Adenoma mammae, großes Lipom, Hygrom, Ganglion, Rectal-Polyp), operative Entfernung tiefer gelegener Fremdkörper, je Sitzung pro Region	110 + R III	
209	Rectoskopie inklusive Probeexcision	50 + R II	
210	Operation eines Clavus oder einer Warze (Excision und Naht)	24 + R II	
211	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 oder 216 verrechenbar)	30 + R II	
212	Kleinere ambulante orthopädische Operation an Fingern und Zehen (zB schneidender Finger, Hammerzehe, de Quervain, Amputation von Fingern, Zehen oder einzelner Glieder derselben sowie Enukleation, Resektion kleiner Gelenke ect.) je Finger und je Zehe	110 + R IV	
213	Operation des Hallux valgus oder Hallux rigidus	180 + R IV	
214	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur nach jeder Methode, kleine Plastiken (Raverdin, Thiersch, verschiebefreier Vollhautlappen)	180 + R IV	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 15 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
215	Reposition und Gipsverband einer Fraktur der Hand, des Unterarmes, des Oberarmes, des Unterschenkels, des Fußes, der Schulter, des Schlüsselbeines (Phalangen ausgenommen)	60 + R II	
216	Operation eines tiefgreifenden Abszesses (Oberfl. Phlegmone, periprokt. A. etc.), eines Panaritiums jeder Art	50 + R III	
217	Operation eines Karbunkels oder einer ausgedehnten Phlegmone (V. Ph.)	80 + R III	
218	Unblutige Reposition einer Paraphimose	15	
219	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden, Fischerverband	25	
220	Verschörfung von Analfissuren, von Nod. haemorrh. einschli. Sphinkterdehnung, Spaltung von Analfisteln	40 + R II	
221	Probeexcision mit Naht (histologischer Befund erforderlich)	60 + R II	
222	Bluttransfusion oder Blutinfusion i. v., einschli. Venensektio (wenn nötig einschli. Blutgruppenbestimmung, Kreuzprobe)	60 + R II	
223	Lösung der Conglutination	15	
x 224	Oszillometrie mit graphischer Darstellung	10	
225	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar	15	
228	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	1	
*) 230	Gastroskopie	84 + R IV bzw. R V	
*) 231	Koloskopie	95 + R IV bzw. R V	
	<p>*) Die Pos. Ziff. 230 und 231 können nur von jenen Fachärzten für Chirurgie verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.</p> <p>Voraussetzung für die Verrechnung des Reigiezuschlages R V ist die chemisch-thermische Sterilisation der verwendeten Untersuchungsgeräte mittels eines entsprechenden Gerätes ("Endoskopwaschmaschine") abrechenbar. Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.</p>		
235	Fachärztliche chirurgische Versorgung großer septischer Wunden, großflächiger Verbrennungen inklusive Verbandwechsel	12 + R I	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 18 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
237	Endoskopische Entfernung von Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Colonoskopie (nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 231)	90	
239	Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden	20	
240	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	9	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 17 -

Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
300	Kolposkopie - kann maximal so oft abgerechnet werden, wie die Pos. Ziff. 314 im selben Quartal honoriert wird.	13	
302	Einlegen und Wechseln von Pessaren bei Prolaps	10	
303	Skarifikation der Portio (einmal pro Patient und Jahr verrechenbar)	20	
304	Abrasio mucosae (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
305	Discission oder Dilatation der Cervix (ohne Begründung nur als therapeutische Maßnahmen bis zu dreimal im Quartal verrechenbar)	12	
306	Chirurgisch-elektrotherapeutische Maßnahmen an der Portio nach jeder Methode	24 + R I	
308	Exstirpation kleiner Geschwülste (histologische Befunde erforderlich), je Sitzung	90 + R III	
310	Chemische Untersuchung des Harnes, in maximal 8 % der Fälle pro Arzt und Quartal	6	
313	Vaginale Abstrichnahme und Sekretbefundung, pro Sitzung	10	
314	Endo- und ektocervikale Abstrichnahme zur zytologischen Untersuchung, pro Sitzung	9	
320	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45 + R I	
321	Probeexcision (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
325	Anleitung zur Selbstuntersuchung der Mammae nach gängigen Standards. Die Verrechenbarkeit der Anleitung zur Selbstuntersuchung der Mammae ist auf Frauen ab dem 25. Lebensjahr beschränkt. Verrechenbar in maximal 15 % der Fälle pro Arzt und Quartal.	7	
330	Abstrichnahme für Sekretkulturuntersuchung, pro Sitzung, in 3 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	7	
331	Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung, in 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	7	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 18 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
332	Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachärztlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie.		11,11
	Die Positionsziffer kann einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 46. bis vollendeten 65. Lebensjahr verrechnet werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig.		
340	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	3	
342	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. in 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 19 -

Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
x 401	Audiometrie (Tympantometrie), nur verrechenbar	38	
	a) bei otoneurologischer Begutachtung zur Differentialdiagnose von Hörschädigungen inkl. Berufsschäden		
	b) bei Beurteilung der Möglichkeit einer Hörverbesserung durch Hörapparat		
	c) bei Beurteilung der Möglichkeit einer Hörverbesserung durch operative Eingriffe		
	d) mit dem Hörgerät nach erfolgter Anpassung		
x 402	Sprachaudiogramm	30	
403	Vestibularisprüfung	15	
404	Kaustik der Nasenmuscheln	24 + R I	
405	Otomikroskopie (höchstens in 50 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar)	8	
407	Einseitige erste Nasennebenhöhlenspülung einschließlich Punktion	24 + R I	
408	Jede weitere Spülung einschließlich Punktion, je Seite	12 + R I	
409	Cerumenentfernung/therapeutische Ohrspülung, je Seite	4	
410	Entfernung von kl. Polypen aus dem Nasen und Rachenraum	30 + R I	
411	Chirurgische Entfernung von Fremdkörpern, Wucherungen und Polypen aus den oberen Luft und Speisewegen sowie von obturierenden Ohrpolypen und Ohrfremdkörpern, je Sitzung	90 + R III	
412	Paracentese, Mittelohrpunktion	24 + R I	
413	Incision eines Peritonsillarabszesses, Septumabszesses, Othaematoms, Gehörgangabszesses, des Speicheldrüsenausführungsganges	24 + R I	
414	Verätzung des Locus Kieselbach, je Seite	5	
416	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen und Ohr, verrechenbar in maximal 1 % der Fälle pro Quartal	18	
418	Pneumomassage	4	
419	Aerosol-Inhalation mit Sole (zusätzl. Medikamente sind auf Kassenkosten zu verordnen)	4	
420	Phoniatriische Behandlung, je Sitzung	10	

Tarif EV Allgemeine Fachärzte ab 01. Jänner 2011

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 20 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
421	Probeexcision aus dem Rachen (histolog. Befund erforderlich)	15	
423	Abschwellende Einlagen in die Nasenhöhle, je Sitzung	5	
424	Endoskopie der Nasennebenhöhle oder des Larynx	20 + R I	
425	Operation von oberflächlichen Geschwüsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70 + R II	
426	Probeexcision mit Naht (histologischer Befund erforderlich)	60 + R II	
427	Endoskopie der Nase	10	
428	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	1	
429	Epicutan- und Intracutantestung, bis zu 20 Stoffen pro Patient und Quartal. Mehr als 20 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden, je Stoff. In maximal 5 % der Fälle verrechenbar.	2	
431	Überschwellige Audiometrie (zB S.I.S.I., Fowler). Pro Fall und Quartal sind insgesamt maximal zwei audiometrische Prüfungen (Pos. Ziff. 401 und Pos. Ziff. 431) verrechenbar. Mehr als zwei audiometrische Prüfungen können nur mit besonderer medizinischer Begründung verrechnet werden.	20	
432	Otoakustische Emissionen. Verrechenbar in 9 % der Fälle pro Quartal	24	
440	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	5	
442	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15	
444	Sprachaudiometrische Untersuchung mit Störschall (Döringtest) zur Kontrolle angepasster Hörgeräte im freien Schallfeld mit einem oder beiden Hörgeräten. Bei beidohriger Versorgung maximal dreimal pro Patient und Jahr verrechenbar, bei einohriger Versorgung maximal zweimal pro Patient und Jahr verrechenbar. Nicht in gleicher Sitzung mit Pos. Ziff. 442 verrechenbar	10	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 21 -

Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
500	Dunkelfelduntersuchung	18	
501	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung	8	
502	Excision eines Hauttumors inklusive Naht; mit Ausnahme der Pos.Ziff. 503 abgeheilten oberflächlichen Geschwülsten. Diese Position ist nur verrechenbar, wenn ein histologischer Befund vorliegt. Es sind maximal drei Excisionen pro Tag und Patient verrechenbar.	70 + R II	
503	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70+ R II	
504	Kaustik (ausgenommen Warzenentfernung), jedoch maximal viermal je Sitzung verrechenbar	10	
505	Hautstanzung, diagnostisch (histolog. Befund erforderlich)	30	
506	Exstirpation von Hauttumoren, je Sitzung	30	
507	Kryotherapie (ausgenommen Chloraethyl) jedoch maximal viermal je Sitzung verrechenbar	10	
508	Plizbefund	10	
509	Gonokokken-Kultur (Durchführung und Auswertung mittels Fertignährböden und spezieller Indikatoren)	10	
511	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 verrechenbar)	30 + R II	
x 512	Sekretuntersuchung	7	
x 513	Kombinierte Sekretuntersuchung (mehrfache Sekretuntersuchung in Nativ- und Färbepreparat oder Färbepreparatuntersuchung mehrfach)	9	
515	Epicutan- und Intracutan-Testung, bis zu 20 Stoffen pro Patient und Quartal. Mehr als 20 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden, je Stoff. In maximal 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar	2	
516	Abnahme von Untersuchungsmaterial (zB Sekret, Eiter) für mikrobiologische Untersuchungen	3	
517	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden, Fischerverband	25	
518	Unblutige Reposition der Paraphimose	15	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 22 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
519	Verband bei Verbrennungen, Dermatitis oder Ekzem In maximal 5 % der Fälle pro Arzt pro Quartal verrechenbar.	15	
520	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45 + R I	
521	Probeexcision mit Naht (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
524	Rheographie (LRR, PPG)	25	
525	Tumormachsorge (Melanom, Basaliom, binocelluläres Karzinom); verrechenbar einmal pro Patient und Quartal. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 538 verrechenbar	30	
526	Phototherapie mit UVB 1. - 16. Behandlung, je	9	
527	ab der 17. Behandlung, je	6	
528	Photochemotherapie 1. - 4. Behandlung, je	15	
529	5. - 16. Behandlung, je	13	
530	ab der 17. Behandlung, je	10	
	Die Pos. Ziff. 526, 527, 528, 529 und 530 können nur von jenen Vertragsfachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung (Verrechnung) dieser Leistungen ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. Die Phototherapie mit UVB und die Photochemotherapie können in der gleichen Sitzung nicht gleichzeitig verrechnet werden.		
531	Perforantendiscision nach Feuerstein ohne Ligatur	60 + R II	
532	Perforantendiscision nach Feuerstein mit Ligatur der Venae Perforantes	70 + R II	
533	Ambulante Phlebektomie	60 + R III	
534	Operative Entfernung kleiner Geschwülsten pro Lid	40	
535	Allergologische Exploration; in maximal 18 % der Fälle, pro Arzt und Quartal verrechenbar.	10	
536	Versorgung einer Wundrandnekrose	19	
537	Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden	20	
538	Auflichtuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patient und Jahr. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar.	20	
540	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar	1	

Tarif E.V. Allgemeine Fachärzte ab 01. Januar 2011

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 23 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
542	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Fachgebiet Innere Medizin

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
600	Standard EKG	15	
601	je 3 weitere Ableitungen	6	
603	Zuschlag für EKG am Krankenbett	25	
605	Periartic. Infiltration	15	
x 606	Chem. Untersuchung des Harnes. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar.	6	
608	Messung der Vitalkapazität, des Atemstoßwertes und Atemgrenzwertes (nur zur Operationsfreigabe sowie bei akuter Atemnot verrechenbar). Im Anschluß an diese Untersuchung ist eine Überweisung zu einem Facharzt bzw. einer Gruppenpraxis für Lungenkrankheiten nur mit besonderer Begründung zulässig.	20	
x 610	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli	13	
x 611	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild	14	
612	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar.	15	
614	Eingehende Beratung bei psychischen Erkrankungen. Mindestzeitaufwand 15 Minuten, einmal pro Quartal und Fall verrechenbar.	11	
x 625	Rheographie (Lichttheographie)	25	
626	Plethysmographie art. oder venös	30	

Die Pos. Ziff. 625 und 626 können nur von Vertragsfachärzten für Innere Medizin verrechnet werden, die eine besondere angiologische Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung (Verrechnung) dieser Leistungen ermächtigt wurden.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 25 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
629	<p>Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Quartal verrechenbar.</p> <p>Neben dieser Position sind gleichzeitig keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar. Die Pos. Ziff. 629 wird nur solchen Vertragsfachärzten für Innere Medizin honoriert, die eine Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden.</p> <p>Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer coronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Cardiopathien, Cardimyopathien und Vitien, weiters bei Coronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc.</p>	104	
*) 630	Gastroskopie	84 + R IV bzw. R V	
*) 631	Koloskopie	95 + R IV bzw. R V	
	<p>*) Die Pos. Ziff. 630 und 631 können nur von jenen Fachärzten für Innere Medizin verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.</p> <p>Voraussetzung für die Verrechnung des Regiezuschlages R V ist die chemisch-thermische Sterilisation der verwendeten Untersuchungsgeräte mittels eines entsprechenden Gerätes ("Endoskopwaschmaschine") abrechenbar. Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.</p>		

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
633	<p>Langzeit EKG, verrechnet in maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal (Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG überwiesen werden, fallen nicht unter diese Limitierung, für diese zugewiesenen Fälle gebührt jedoch keine Fallpauschale)</p> <p>Das Langzeit-EKG ist nur von jenen Fachärzten für Innere Medizin verrechenbar, die dazu von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich ermächtigt wurden.</p> <p>Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden.</p> <p>Die Leistungsposition umfasst das Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung. Von den Befunden ist ein Durchschlag 3 Jahre hindurch aufzubewahren und der Kasse bzw. der Kammer auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</p>	117	
634	<p>Zuschlag für internistische Langzeitbetreuung antikoagulierter Patienten, in maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar</p>	10	
636	<p>Schilddrüsen-sonographie und Nebenschilddrüse einschließlich Befunderstellung und Dokumentation, pro Patient und Tag einmal verrechenbar.</p> <p>Die Verrechenbarkeit der Leistung ist mit 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal limitiert.</p> <p>Die Schilddrüsen-sonographie wird nur jenen Vertragsfachärzten für Innere Medizin honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.</p>		23,62
637	<p>Endoskopische Entfernung von Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Colonoskopie (nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 631)</p>	90	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 27 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
639	<p>Abdomineller Ultraschall (Gallenblase, Leber und Gallenwege, Milz, Pankreas, Nieren und Retroperitoneum) einschließlich Befunderstellung und Dokumentation, pro Patient und Tag einmal verrechenbar.</p> <p>Die Verrechenbarkeit dieser Untersuchung ist mit 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal bzw. für jene Vertragsfachärzte für Innere Medizin, welche die Berechtigung zur Durchführung der Gastroskopie besitzen, mit 30 % der Fälle pro Arzt und Quartal, beschränkt. Der abdominale Ultraschall wird nur jenen Vertragsfachärzten für Innere Medizin honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.</p>	58	
640	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	5	
643	<p>Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation.</p> <p>Die Pos. Ziff. 643 kann nur von angiologisch tätigen Internisten mit Ausbildungsnachweis (künftig nur Verrechnungsberechtigung für angiologisch ausgebildete Internisten [Additivfach Angiologie]) verrechnet werden. Die Positionen sind zusammen in maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden.</p>		58,14
644	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmodolysetest)	20	
645	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inkl. TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)		34,49

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
648	<p>Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien - Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes - Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion <p>Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:</p> <p>Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Fachärzte mit Additivfach Kardiologie mit 30 %, für alle übrigen Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit 15 % der Fälle pro Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.</p> <p>Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden.</p>		74,98
648	<p>Doppler-Duplexsonographie der peripheren Gefäße. Nur für Vertragsfachärzte mit Additivfach Angiologie in 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.</p> <p>Die Pos. Ziff. 648 kann nur von angiologisch tätigen Internisten mit Ausbildungsnachweis (künftig nur Verrechnungsberechtigung für angiologisch ausgebildete Internisten [Additivfach Angiologie]) verrechnet werden. Die Positionen sind zusammen in maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden.</p>	75	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 29 -

Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
650	Standard-EKG	15	
651	je 3 weitere Ableitungen	6	
652	Phonokardiogramm	18	
653	Zuschlag für EKG am Krankenbett	25	
654	Behandlungszuschlag bei Enuresis, Enkopresis ab dem vollendeten 4. Lebensjahr einmal pro Quartal und Patient verrechenbar	30	
655	Granulombehandlung inkl. Abtragung eines gestieften Granuloms	12	
x 656	Chem. Untersuchung des Harnes. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos.Ziff. 87 verrechenbar.	6	
657	Harnkultur und Keimzählung mittels Objektträgermethode (nur verrechenbar, wenn die entsprechende Einrichtung [Brutschrank] vorhanden ist)	10	
658	Messung der Vitalkapazität, des Atemstoßwertes und Atemgrenzwertes (nur zur Operationsfreigabe sowie bei akuter Atemnot verrechenbar). Im Anschluss an diese Untersuchung ist eine Überweisung zu einem Facharzt bzw. einer Gruppenpraxis für Lungenkrankheiten nur mit besonderer Begründung zulässig.	20	
659	Cerumentfernung therapeutische Ohrspülung, je Seite, verrechenbar in 15 % der Fälle pro Quartal.	8	
x 660	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli	13	
x 661	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild	14	
662	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmodolysetest)	20	
663	Blutabnahme incl. CRP oder Blutsenkung, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar .	19	
666	Operation eines tiefgreifenden Abszesses (Oberfl. Phlegmone, periprokt. A., etc.), eines Panaritiums jeder Art	30 + R + I	
667	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie	10	
668	Unblutige Reposition der Paraphimose	15	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 30 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
669	Behandlungszuschlag bei Behandlung hirngeschädigter Kinder, entwicklungsneurologische Untersuchung nach Risikogeburt, einmal pro Quartal und Patient verrechenbar. Risikogeburten sind nur für Kinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr abrechenbar	30	
670	Epicutan- und Intracutantestung, bis zu 20 Stoffen pro Patient und Quartal. Mehr als 20 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden, je Stoff In maximal 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	2	
673	Lösung der Conglutination	15	
674	Detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen oder bei dyspeptischen oder dystrophischen bzw. adipösen sowie bei Ekzemkindern, bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, bei allergischen Erkrankungen (nur einmal im Quartal verrechenbar, ein weiteres Mal nur mit besonderer medizinischen Begründung) in maximal 30 % der abgerechneten Fälle.	25	
680	Erstmalige Anlage eines Somatogrammes bei klinisch begründetem Verdacht auf Minder- oder Riesenwuchs, Untergewicht, Adipositas, Mikro- oder Macrocephalie. Verrechenbar in 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal.	12	
681	Fortführung eines Somatogramms Maximal viermal pro Jahr in maximal 100 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 680 abgerechnet wurde, verrechenbar.	8	
682	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15	
684	Excision und Naht einer Wunde bis 5 cm	30 + R I	
686	Sonographie des Oberbauches oder Schädelsonographie		37,49

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 31 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
687	<p>Sonographie des kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie.</p> <p>Die Pos. Ziff. 686 und 687 werden nur jenen Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.</p> <p>Die Pos Ziff. 686 und 687 sind zusammen in maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Sonographie des Oberbauches oder Schädelsonographie bzw. kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.</p>		26,99
688	<p>Kurative Sonographie der Säuglingshöften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation.</p> <p>Die kurative Sonographie der Säuglingshöften wird nur jenen Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.</p>		29,07
690	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	9	
691	Zuschlag bei EKG für Kinder unter sechs Jahren	3	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 32 -

Fachgebiet Lungenkrankheiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
700	Standard EKG	15	
701	je drei weitere Ableitungen Die Verrechnung ist nur möglich bei akuter kardiologischer Symptomatik. Die Verrechenbarkeit der Pos. Ziff. 700 und Pos. Ziff. 701 ist mit maximal 3 % der Fälle pro Arzt und Quartal limitiert.	6	
x 704	Sputumuntersuchung	6	
705	Bronchoskopie	60 + R II	
706	Messung der Vitalkapazität, des Atemstoßwertes und Atemgrenzwertes	20	
707	Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte Die Pos. Ziff. 707 kann nur von jenen Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten verrechnet werden, für die eine Meldung an die Kasse über die Verwendung eines entsprechenden Gerätes ergangen ist.	29	
708	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmodolysetest)	20	
709	Unspezifische Provokation sowie nachfolgende Broncholyse, höchstens in 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	23	
710	Bestimmung der Atemwegswiderstände	10	
712	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar	15	
713	Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe. Alle Untersuchungen zusammen können in maximal 15 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden.	65	
715	Epicutan- und Intracutantestung, bis zu 20 Stoffen pro Patient und Quartal. Mehr als 20 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden, je Stoff. In maximal 5 % der Fälle verrechenbar.	2	
719	Aerosolinhalation mit Sole; (zusätzliche Medikamente sind auf Kassenkosten zu verordnen)	4	
720	Raucherberatung mit Ziel der Entwöhnung. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar. In maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar		11,11

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 33 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
721	Bodyplethysmographie - statische Lungenvolumina Verrechenbar in 20 % der Fälle. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden	24	
740	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	6	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 34 -

Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
750	Elektrische Prüfung der Muskelerregbarkeit	20	
751	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kinder, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten (höchstens zehnmal pro Quartal verrechenbar, öfters nur mit besonderer medizinischer Begründung); nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 755, 756, 758, 760 und 761 verrechenbar. 1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention. 2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern. Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren.	34	
752	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar	15	
753	Betreuung einer Psychose (nur einmal im Quartal verrechenbar)	45	
755	Psychotherapeutische Medizin, Mindestdauer der Sitzung 30 Minuten, (nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 751, 756, 758, 760 und 761 verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose.)	46	
756	Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe, Mindestzeitaufwand 1 1/2 Stunden pro Patient (maximal 10 Patienten pro Sitzung). Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 751, 755, 758, 760 und 761 verrechenbar	15	
757	Erstellung eines kompletten neurologischen Status, nur einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung	30	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 35 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
758	<p>Psychotherapeutische Medizin, Mindestdauer der Sitzung 60 Minuten, verrechenbar nur bei vorheriger Genehmigung durch den Medizinischen Dienst der Kasse.</p> <p>Die Leistung ist nur von jenen Vertragsfachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie verrechenbar, die dazu von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich ermächtigt wurden.</p> <p>Anmerkung zu den Pos. Ziff. 755, 756 und 758:</p> <p>Als Ausbildungsnachweis gilt das Diplom der Österreichischen Ärztekammer für psychotherapeutische Medizin (Modul III) bzw. die gemäß § 17 Psychotherapiegesetz vorgesehene Eintragung in die Psychotherapeutenliste.</p>	92	
759	<p>Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD VESKA Nr. 290 bis 319)/neurologisch Kranken (ICD VESKA Nr. 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3). Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren, einmal pro Patient und Quartal verrechenbar</p>	32	
760	<p>Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) in maximal 2 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Pos. Ziff. 760 ist mit keiner anderen fachspezifischen Sonderleistungsposition und Pos. Ziff. 90 verrechenbar.</p>	108	
761	<p>Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Patient und Quartal verrechenbar.</p>	40	
762	<p>Nervenleitgeschwindigkeit (ENG)</p>	72	
763	<p>EMG-Untersuchung</p>	72	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 36 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
764	<p>EMG und ENG-Untersuchung</p> <p>Die Pos. Ziff. 762, 763 und 764 wird nur jenen Vertragsfachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistungen ermächtigt wurden.</p> <p>Die Verrechenbarkeit dieser Leistungen ist mit 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur EMG und/oder ENG überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.</p> <p>Die Untersuchungen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden.</p>	116	
771	<p>Dopplersonographische Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inkl. Dokumentation</p>		29,07
772	<p>Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inkl. Dokumentation</p>		29,07
773	<p>Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation</p> <p>Die Pos. Ziff. 771, 772 und 773 sind zusammen in maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden.</p>		58,14

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 37 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
780	<p>Elektroenzephalographische Untersuchung - EEG</p> <p>Verrechenbar in 25 % der Fälle pro Arzt und Quartal, wobei Fälle die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.</p> <p>Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. Die Position kann nur von jenen Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden.</p>	66	
790	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	7	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Fachgebiet Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
800	Orthopädisch-chirurgische Infiltration (höchstens zehnmal im Quartal verrechenbar) Bei Abrechnung der Pos. Ziff. 800 im Bereich der Wirbelsäule ist die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 27, 28 und 31 in der gleichen Region nicht möglich. Bei der Diagnose Epicondylitis ist die kombinierte Verrechnung der Pos. Ziff. 800 und der Pos. Ziff. 30 nicht möglich.	18	
801	Varicenverödung, je Injektion, maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfters jeweils nur mit besonderer medizinischer Begründung,	8	
804	Behandlung der angeborenen Hüftgelenkdysplasie nach allen Methoden, pro Quartal	160	
806	Modellverbände für 2 FüÙe, für ein Mieder oder ein Gliedmaß (vom Facharzt persönlich angefertigt)	22	
807	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70 + R II	
808	Operation von tiefer gelegenen Geschwülsten (zB Adenoma mammae, großes Lipom, Hygrom, Ganglion, Rectal-Polyp), operative Entfernung tiefer gelegener Fremdkörper, je Sitzung pro Region	110 + R III	
809	Orthop. Operation an Sehnen (Verlängerung, Raffung)	100 + R IV	
811	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 und 816 verrechenbar)	30 + R II	
812	Kleinere ambulante orthopädische Operation an Fingern und Zehen (zB schnellender Finger, Hammerzehe, de Quervain, Amputation von Fingern, Zehen oder einzelner Glieder derselben, sowie Enukleation, Resektion kleiner Gelenke etc.) je Finger und Zehe	110 + R IV	
813	Operation des Hallux valgus oder Hallux rigidus	180 + R IV	
814	Orthopädische Beratung und Tumorleitung, in maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar	10	
816	Operation eines tiefgreifenden Abszesses (zB Schwielenabszess, Halluxbursitis), eines Panaritiums jeder Art	45 + R II	
817	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden, Fischenverband	25	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 39 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
818	Schienen aus Gips oder anderem modellierbaren Material zur Korrektur von Fehlstellungen an Gliedmaßengelenken der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	40	
819	Manipulationen bei Gelenksverhakungen (höchstens dreimal im Quartal)	15	
821	Probeexcision mit Naht (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
822	Narbenkorrektur durch Excision	30 + R II	
825	Orthopädische Prüfung der Sensibilität mit Anlage eines Schemas	17	
827	Elastischer Kompressionsverband, ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden	20	
829	Kurative Sonographie der Säuglingshöften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation. Die kurative Sonographie der Säuglingshöften wird nur jenen Vertragsfachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.		29,07
840	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	3	
842	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 40 -

Fachgebiet Urologie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
900	Urethrocystoskopie	40	
902	Funktionsprüfung durch endoskopische Betrachtung der Harnpropulsion aus den Ostien oder Uretersondierung	55 + R II	
903	Endovesicale und endourethrale Eingriffe	60 + R III	
904	Entfernung eines Urethralpolypen	90 + R III	
x 906	Chem. Untersuchung des Harnes. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar.	6	
x 907	Untersuchung des Harnsedimentes	6	
908	Stricturedehnung; pro Sitzung nur einmal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung	15	
910	Meatusstenose 1. Dehnung	15	
911	Meatusstenose scharf erweitert	25	
912	Blasenpunktion	15	
913	Evacuation der Blase b. Bluttamp.	30 + R I	
916	Verweilkatheter	13	
917	Harnkultur und Keimzählung mittels Objektträgermethode (nur verrechenbar, wenn die entsprechende Einrichtung [Brutschrank] vorhanden ist)	12	
918	Unblutige Reposition d. Paraphimose	15	
919	Operation einer Phimose oder Paraphimose nach jeder Methode	48 + R II	
920	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45 + R I	
922	Instillation der Harnblase mit Zytostatika	20 + R II	
923	Lösung der Congiutination	15	
924	Sekretuntersuchung, maximal in 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar	7	
925	Biopsie der Prostata zwecks Zellenentnahme für zytologische Untersuchung	30 + R I	
926	Digitaler Palpationsbefund der Prostata (nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 47 verrechenbar)	5	
927	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (in maximal 30 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar). Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.	40	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 41 -

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
928	Urologische Schleimhutanästhesie (nur verrechenbar bei Pos. Ziff. 900, 902, 903, 908 und 916)	3	
929	Anlage bzw. Wechsel der suprapubischen Harnableitung	47	
935	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar.	15	
938	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata 120 + R III (Punktionsnadeln als Ordinationsbedarf)		
939	Sonographiepauschale einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Die Pauschale beinhaltet folgende Untersuchungsfelder: a) Nieren und Retroperitoneum b) Unterbauch (einschließlich Restharn und Prostata) c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden) Die Pauschale wird nur jenen Vertragsfachärzten für Urologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Das verwendete Gerät und der Schallkopf sind der Kasse zu melden.	27	
940	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	3	

IV. Regiezuschläge

	Punkte
R I	16
R II	18
R III	37
R IV	50
R V *)	83

*) Voraussetzung für die Verrechnung ist die chemisch-thermische Sterilisation der verwendeten Untersuchungsgeräte mittels eines entsprechenden Gerätes ("Endoskopwaschmaschine"). Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Wege über die Kammer zu übermitteln.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 1 -

Anlage C

**Tarif
für Vertragsfachärzte
für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation**

gültig ab 01. Jänner 2011

A) Allgemeine Bestimmungen

Die Untersuchungen und Behandlungen dürfen auf Grund der Verordnung, einer Überweisung eines Vertragsarztes bzw. Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin oder eines allgemeinen Vertragsfacharztes bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxis (einer kasseneigenen Einrichtung) oder nach direkter Inanspruchnahme durchgeführt werden. Bei Untersuchungen muss die Verordnung auf die betreffende Untersuchung lauten; die Befunde sind dem zuweisenden Arzt bzw. der Gruppenpraxis zu übermitteln. Lautet die Verordnung bei physikalischen Behandlungen auf nach Art und Anzahl bestimmte Behandlungen, und ist die in der Verordnung vorgeschlagene Therapie des zuweisenden Arztes bzw. der Gruppenpraxis nicht optimal der momentanen Ausprägung des Krankheitsbildes angepasst, ist sie vom Facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation entsprechend abzuändern, der den Zuweiser darüber nach Möglichkeit zu informieren hat (zB mittels Kurzbefundes).

Lautet die Verordnung (Überweisung) nur auf physikalische Therapie ohne nähere Bestimmung von Art und Anzahl der Behandlungen oder erfolgt eine Inanspruchnahme ohne Zuweisung, so ist der Vertragsfacharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation verpflichtet, nach eigener Untersuchung selbst Art und Anzahl der Behandlungen zu bestimmen. Er hat dabei zu beachten, dass das Maß des unbedingt Notwendigen nicht überschritten wird.

Auf der Verordnung ist die Durchführung jeder einzelnen Behandlung vom Patienten unter Beifügung des Behandlungsdatums unterschrieben zu bestätigen. Diese Unterschrift kann entfallen, wenn die Anspruchsberechtigung bei jeder Inanspruchnahme durch einen Anspruchsberechtigten über eine online-Anspruchsprüfung mittels Stecken der e-card ersetzt wird. Die Kammer wird der Kasse jene Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation melden, die sich verpflichten, die e-card bei jeder Konsultation zu stecken.

Als Punktwert der in Punkten bewerteten Untersuchungspositionen gilt der jeweils für die allgemeinen Vertragsfachärzte vereinbarte Punktwert. Die Kosten der notwendigen Medikamente u. Ä. sind ebenfalls mit den Tarifsätzen abgegolten, sodass diese weder auf Kassenkosten verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.

Wenn die Behandlungen außerhalb des Wohn- oder Beschäftigungsortes durchgeführt werden, so ist eine vorherige Genehmigung der zuständigen Kasse erforderlich.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 2 -

B) Leistungskatalog

Die aufgelisteten Leistungen der Gruppen 1 bis 6 sowie 9 und 10 werden jeweils per 1. Jänner eines Jahres um den VPI des jeweiligen Vorjahres angehoben. Mit Bekanntsein des VPI des Jahres 2010 werden diese Tarife daher um den VPI des Jahres 2010 per 01. Jänner 2011 erhöht.

Diese Honorarregelung gilt fortlaufend bis 31. Dezember 2013.

Untersuchungen

Punktwert für die nach Punkten bewerteten Leistungen EUR 0,66

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
21	Funktioneller Muskeltest	18	
22	Reizstromuntersuchung, ein Nervenmuskelkomplex	18	
23	Reizstromuntersuchung, mehrere Nervenmuskelkomplexe	35	
24	Oszillometrie, Oszillographie bzw. Bestimmung der Dopplerindices	18	
34	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar	15	
73	Untersuchungspauschale (nur einmal pro Patient und Quartal verrechenbar)	16,59 + VPI 2010	
90	Ausführlich diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil		11,88

(Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Min., einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärzten für Physikalische Medizin in maximal 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen:

- a) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ darf nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 3 -

b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.

c) Der Arzt hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (zB Video) oder die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.

d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tüchtigkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen.

Anmerkungen zu den Behandlungen

1. Eine Mehrfachverrechnung pro Sitzung ist nicht möglich.
2. Diese Position ist manuell von dazu berechtigten Personen durchzuführen. Die Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel (sogenannte Apparatemassage) ist nicht zulässig.
3. Sofern nach Maßgabe der für die durchführenden Berufsgruppen gültigen berufsrechtlichen Bestimmungen eine Zusatzausbildung an einer qualifizierten Ausbildungsstätte erforderlich ist, sind die als Ausbildungsnachweis geeigneten Zeugnisse der Kasse auf Anfrage vorzulegen.
4. Die Unterwasserheilgymnastik kann nur dann verrechnet werden, wenn ein Therapiebecken mit 10 m² Wasseroberfläche, mit einer Wassertiefe von 1,10 m bis 1,30 m und einer Wassertemperatur von mindestens 32 Grad vorhanden ist und Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.
5. Die Kombination von Einzelheilgymnastik mit Unterwasserheilgymnastik (Einzeltherapie) ist nicht verrechenbar.
6. Die Kombination von manueller Heilmassage mit Unterwasserdruckstrahlmassage ist nur in begründeten Ausnahmefällen verrechenbar.

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT	-	Diplomierter Physiotherapeut
MTF	-	Medizinisch-Technischer Fachdienst
MM	-	Medizinischer Masseur mit Berechtigung gem. MMHmG
HM	-	Heilmasseur mit Berechtigung gem. MMHmG

- 4 -

Pos. Ziff.	Text	Honorar EUR	Anmerkungen	Therapeut
Gruppe 1: Heilmassage				
38	manuelle Heilmassage (Teil- oder Ganz- zw. 10 und 15 Min.)	5,24	1) 2) 3)	PT/MTF/HM/MM
39	Komplexe Entstauungstherapie bei Lymphoedem - 30 Minuten	19,21	1) 2) 3)	PT/MTF/HM/MM
70	Komplexe Entstauungstherapie bei Lymphoedem - 45 Minuten	28,81	1) 2) 3)	PT/MTF/HM/MM
71	Komplexe Entstauungstherapie bei Lymphoedem - 60 Minuten	38,41	1) 2) 3)	PT/MTF/HM/MM
Gruppe 2: Bewegungstherapie				
40	Bewegungstherapie - Einzeltherapie (mind. 30 Min.)	19,81	1) 5)	PT
41	Bewegungstherapie - Einzeltherapie (mind. 20 Min.)	13,10	1) 5)	PT
42	Bewegungstherapie - Gruppentherapie (mind. 30 Min.) max. 6 Personen	5,25	1)	PT
Gruppe 3: Extensionen				
43	Elektroextensionsbehandlung (mind. 15 Min.)	2,96	1)	PT
44	Elektro-Tischextension mit Heißluft (mind. 15 Min.)	2,96	1)	PT
45	Extensionsbehandlung (mind. 15 Min.)	2,96	1)	PT
Gruppe 4: Thermotheapie				
46	Ischiasschnellkur ital. ohne Dusche (mind. 15 Min.)	6,98	1)	PT/MTF/HM/MM
47	Ischiasschnellkur ital. mit Dusche (mind. 15 Min.)	7,85	1)	PT/MTF/HM/MM
48	Schlammpackung (Teil- oder Ganz-) (mind. 15 Min.)	6,98	1)	PT/MTF/HM/MM
49	Blau-, Rotlicht, Langwellenstrahler, Infrarotbehandlung (mind. 10 Min.)	2,00	1)	PT/MTF/HM/MM
50	Heißluft und Teillichtbad einschl. Abkühlung, Kopflicht (mind. 10 Min.)	2,00	1)	PT/MTF/HM/MM

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 5 -

Pos. Ziff.	Text	Honorar EUR	Anmer- kungen	Therapeut
Gruppe 5: Elektrotherapie				
51	Zellenbad (mind. 10 Min.)	4,72	1)	PT/MTF/HM/MM
52	iontophorese (mind. 15 Min.)	4,72		PT/MTF/HM/MM
53	Impuls galvanisation, Exponentialstrom (FM), Schwellstrom (mind. 10 Min.)	4,36		PT/MTF/HM/MM
54	Faradisation, Franklinisation, Galvanisation, Neodynator (mind. 10 Min.)	3,76		PT/MTF/HM/MM
55	Kurzwellen (mind. 10 Min.)	2,44		PT/MTF/HM/MM
56	Behandlung mit diadynamischen bzw. Interferenz- Strömen (zB Stereodynator) (mind. 10 Min.)	3,24		PT/MTF/HM/MM
57	Kaltquarzlicht (mind. 10 Min.)	3,76		PT/MTF/HM/MM
Gruppe 6: Ultraschalltherapie				
58	Ultraschall (pro Sitzung) (Richtwert 5 Min.)	4,62	1)	PT/MTF/HM/MM
Gruppe 9: Inhalation				
59	Soleinhalation (mind. 10 Min.)	2,80	1)	PT/MTF/HM/MM
60	Inhalation mit sonstigen medizinischen Zusätzen (mind. 10 Min.)	2,80	1)	PT/MTF/HM/MM
61	2. und jeder weitere Zusatz für Inhalation mit sonstigen medizinischen Zusätzen (mind. 10 Min.)	2,80	1)	PT/MTF/HM/MM
Gruppe 10: Hydrophysikalische Therapie				
62	Unterwasserdruckstrahlmassage (mind. 10 Min.)	13,10	1) 6)	PT/MTF/HM/MM
63	Unterwasserheilgymnastik (Einzelheilgymnastik, mind. 30 Min.)	21,81	1) 4) 5)	PT
64	Unterwasserheilgymnastik (Gruppenheilgymnastik, mind. 30 Min.), max. 6 Personen	6,13	1) 4)	PT
65	Medizinalbad mit Zusatz (mind. 15 Min.)	8,30	1)	PT/MTF/HM/MM

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 6 -

Pos. Ziff.	Text	Honorar EUR	Anmer- kungen	Therapeut
66	Medizinalbad Moorschwebstoff (mind. 15 Min.)	8,99	1)	PT/MTF/HM/MM
67	Kohlensäurebad (mind. 15 Min.)	9,34	1)	PT/MTF/HM/MM
68	Galvanisches Vollbad (mind. 15 Min.)	8,55	1)	PT/MTF/HM/MM

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Anlage D

**TARIF
für Vertragsfachärzte für Radiologie**

Gültig ab 01. Jänner 2011

A) Allgemeine Bestimmungen

(Diese gelten, sofern unter B, C und D nicht hievon abweichende Bestimmungen festgelegt sind.)

Sämtliche Leistungen können nur auf Grund der auf bestimmte Untersuchungen bzw. Behandlungen lautenden Zuweisung eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsarztgruppenpraxis für Allgemeinmedizin oder eines allgemeinen Vertragsfacharztes bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxis (einer kasseneigenen Einrichtung) verrechnet werden. Der Untersuchungs- bzw. Behandlungszweck ist zu präzisieren. Leistungen, die vom zuweisenden Arzt bzw. der Gruppenpraxis nicht beantragt wurden, können nur unter den im Tarif angegebenen Bedingungen verrechnet werden.

Mit den Tarifsätzen sind auch die ärztliche Untersuchung, Begutachtung und Befund abgegolten.

Die Befunde sind dem zuweisenden Arzt bzw. der Gruppenpraxis zu übermitteln. Die Röntgen- bzw. Ultraschall-Aufnahmen sollen dem Patienten zwecks Vorlage beim zuweisenden Arzt bzw. der Gruppenpraxis ausgefolgt werden.

Mit den Tarifsätzen sind auch sämtliche Unkosten einschließlich der Kosten aller benötigten Filme, Chemikalien u. Ä. abgegolten; die erforderlichen Kontrastmittel können mit dem übrigen Ordinationsbedarf angefordert werden.

Die Unkostensätze für radiologische Leistungen (ausgenommen die sonographischen Leistungen) werden pro Vertragsfacharzt und Quartal bis zu einem Betrag von Euro 36.336,42 voll honoriert. Wird dieser Unkostenbetrag überschritten, so wird der Überschreibungsbetrag um 10 % gekürzt.

B) Diagnostik

Die erbrachten Leistungen sind unter Angabe der im Punkt 3. Organtarif angegebenen Pos. Ziffern bzw. unter Angabe der untersuchten Organe unter Hinzufügung der jeweiligen Untersuchungsdaten auf dem hierfür bestimmten Raum der Zuweisung zu verrechnen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Lediglich in jenen Ausnahmefällen, in denen im Organtarif keine entsprechende Pos. Ziffer für den zu untersuchenden Körperteil vorhanden ist, sind die erbrachten Leistungen unter Angabe der unter Punkt 2. Unkosten angeführten Pos. Ziffern oder unter Angabe von Art und Anzahl der Durchleuchtungen, Aufnahmen, Zuschläge etc. sowie des jeweiligen Untersuchungsdatums auf der Zuweisung zu verzeichnen.

Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar.

Die Vergütung von Röntgenuntersuchungen besteht aus Honorar und Unkosten. Mit den im Organtarif angeführten Tarifsätzen sind sämtliche pro Organ erbrachten Durchleuchtungen, Aufnahmen und eventuelle Zuschläge, ausgenommen der Zuschlag für dosissparende Durchleuchtung, abgegolten.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 1 -

1. Honorar

Das Honorar, sofern im Tarif nicht anders angegeben, gebührt für jede röntgendiagnostische Leistung (Röntgendurchleuchtungsuntersuchung bzw. Röntgenaufnahme), ausgenommen:

- a) Bei geteilten Aufnahmen gebührt der entsprechende Honorartarif zweimal, der Unkostentarif einmal entsprechend dem verwendeten Filmformat. Auf der Zuweisung ist dies entsprechend zu vermerken (zB Pos. Ziff. 27 oder 24/30 geteilt).
- b) Für Aufnahmen des Formates 20/96 oder 30/90 wird der entsprechende Honorartarif dreimal vergütet.

Honorar	Tarif / EUR 5,29
---------	----------------------------

2. Unkosten

Durchleuchtungen

Pos.Ziff.		Tarif / EUR
18	Durchleuchtung ohne KM	3,84
19	Durchleuchtung mit KM	4,51
20	Durchleuchtung mit Dickdarmkontrasteinlauf (DKE)	6,96

Aufnahmen

Pos. Ziff.	Filmformat	Tarif / EUR	Pos.Ziff.	Filmformat	Tarif / EUR
21	je 3 Zahnfilme	2,35			
22	9/12	3,84	28	20/40	7,87
23	13/18	4,68	29	30/40	9,07
24	18/24	5,65	30	35/35	9,07
25	15/40	6,30	31	35/43	10,33
26	18/35	6,61	32	20/96	21,38
27	24/30	7,03	33	30/90	21,98

Zuschläge zu den Unkostensätzen für Aufnahmen

Pos.Ziff.		Tarif / EUR
66	Zuschlag für retrograde Untersuchungen	4,80
67	Zuschlag für i. v. Untersuchungen oder Infusionsuntersuchungen	4,80
71	Zuschlag für Arthrographie	4,80

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 2 -

3. Organtarif

Pos. Ziff.	Organ	Honorar EUR	Unkosten EUR
Schädel			
100	Schädel	10,58	14,50
101	Schädel nach Trauma (inkl. evtl. Zusatzaufnahmen bzw. Schädelbasis)	21,15	26,13
103	Schädelbasis (kann in begründeten Fällen vom Radiologen zusätzlich zur Pos. Ziff. 100 verrechnet werden, aber höchstens in 10 % aller auf Schädel lautenden Zuweisungen)	5,29	7,03
104	Sella	5,28	4,83
105	bde. Schläfenbeine	31,74	28,94
106	bde. Schläfenbeine nach Stenvers	10,57	9,65
110	Gesichtsschädel	10,57	11,64
111	Nasennebenhöhlen (NNH)	15,86	16,43
112	Nasenbeine	10,57	7,25
113	Oberkiefer/Seite	10,57	10,65
114	Unterkiefer/Seite	10,57	10,65
115	bde. Kiefergelenke	21,15	19,33
116	1 Kiefergelenk (inkl. Vergleich)	10,58	10,75
121	Zahnstatus	21,15	9,67
122	Zähne, 1-3 benachbarte	5,28	2,50
123	Zahnpanoramarentgen (nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 121 verrechenbar)	11,37	15,15
Wirbelsäule, Knöcherner Thorax (ohne Schultergürtel)			
200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seitl.	31,74	45,31
201	WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seitl.	17,45	22,66
210	HWS	11,92	17,88
211	HWS + Funktionsaufnahme	20,34	30,53
212	Foramina Intervertebralia	10,57	11,64
220	BWS	10,58	15,87
230	LWS-Kreuzbein	10,57	17,98
231	Kreuz- und Steißbein	10,58	14,50
240	Rippen - bds. nach Unfall	21,15	37,14
241	Rippen - eine Seite nach Unfall	10,58	20,55
243	Rippen - eine Seite	10,58	16,59
250	Sternum	10,58	14,50

Tarif EV Radiologie 20110101

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 3 -

Pos. Ziff.	Organ	Honorar EUR	Unkosten EUR
Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten			
310	bde. Schultergelenke		
311	1 Schultergelenk (inkl. Vergleich)	21,15	23,27
312	Scapula bds.	10,57	12,98
313	Scapula eins. (inkl. Vergleich)	21,15	26,13
314	Clavicula bds.	10,57	14,40
315	Clavicula eins. (inkl. Vergleich)	10,57	11,64
316	bde. Sternoclaviculargelenke	5,29	7,16
317	1 Sternoclaviculargelenk (inkl. Vergleich)	10,57	10,65
318	bde. Oberarme (ohne Gel.)	5,29	6,66
319	1 Oberarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	21,15	26,01
320	bde. Ellbogengelenke	10,58	14,50
321	1 Ellbogengelenk (inkl. Vergleich)	21,15	21,28
322	bde. Unterarme (ohne Gel.)	10,58	11,74
323	1 Unterarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	21,15	26,01
330	bde. Hände	10,58	14,50
331	1 Hand (inkl. Vergleich)	21,15	23,27
332	bde. Handwurzeln	10,57	12,98
333	1 Handwurzel (inkl. Vergleich)	21,15	19,29
334	bde. Handgel. + dist. UA	10,58	10,75
335	1 Handgel. + dist. UA (inkl. Vergleich)	21,15	23,27
336	1 Finger od. 1 Zehe bds.	10,57	12,98
337	1 Finger od. 1 Zehe eins. (inkl. Vergleich)	21,15	9,65
339	Naviculare-Serie nach Trauma	10,58	5,93
340	Beckenübersicht ab 7. Lj. (einschl. Hüftgelenke ap.)	15,86	14,47
341	Becken, bis 2. Lj.	5,29	10,96
342	Becken, 3. - 6. Lj.	5,29	12,39
344	Sacroiliacalgelenke	10,57	11,64
350	bde. Hüftgelenke ap/axial	21,15	28,99
351	1 Hüftgel. ap/axial (inkl. Vergleich)	10,57	16,17
353	Hüftgel. ax (bei Becken)	5,29	7,25
355	Hüfte faux profil	5,29	7,25
357	Hüftgel. bei Endoprothese (vom Radiologen zusätzlich zu Pos. Ziff. 340 verrechenbar)	10,58	15,36
358	bde. Oberschenkel (ohne Gelenke)	21,15	32,45
359	1 Oberschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	10,58	18,09
360	bde. Kniegelenke	21,15	23,27
361	1 Kniegelenk (inkl. Vergleich)	10,57	12,98

Form EV Radiologie 2010/107

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 4 -

Pos. Ziff.	Organ	Honorar EUR	Unkosten EUR
362	bde. Kniegel. + ax Patella	31,74	32,91
363	1 Kniegel. + ax Patella (inkl. Vergleich)	15,86	17,80
364	bde. Kniegel. stehend	10,58	14,67
365	Tunnelaufnahme (Knie)	5,29	5,83
367	Defilee/Seite (30°, 60°, 90°)	15,86	14,47
368	bde. Unterschenkel (ohne Gelenke)	21,15	29,23
369	1 Unterschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	10,58	16,11
370	bde. Füße (ohne Sprunggel.)	31,74	37,77
371	1 Fuß (ohne Sprunggel.) (inkl. Vergleich)	17,45	20,22
372	bde. Sprunggelenke	21,15	23,27
373	1 Sprunggelenk (inkl. Vergleich)	10,57	12,98
374	bde. Vorfüße	21,15	21,28
375	1 Vorfuß (inkl. Vergleich)	10,58	11,98
376	bde. Calcanei ap oder ax	10,57	9,65
377	1 Calcaneus ap oder ax (inkl. Vergleich)	5,29	5,93
380	Untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap	15,86	22,66
390	Tomo Skelett/Ebene (max. 2)	31,74	39,20
Halsorgane, Herz und Lunge			
400	Herz-Lunge, ab 9. Lj	15,86	23,99
401	Herz-Lunge, bis 8. Lj	15,86	18,85
410	Halsorgane	15,86	16,86
490	Tomo Lunge/Ebene (max. 2)	42,31	56,56
Magen-Darmtrakt			
500	Abdomen, nativ (inkl. Aufnahme im Liegen)	15,86	23,95
510	Oesophagus	15,86	20,02
511	Schluckakt	15,86	16,29
520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast)	30,52	45,79
530	Dünndampassage	31,74	36,42
540	(Dick-)Darmpassage (max. 2)	10,58	13,99
541	frakt. Dickdarmpassage (nur als Ersatz für Irrigoskopie, falls diese aus med. Gründen nicht durchführbar ist)	31,74	45,70
560	Irrigoskopie (Doppelkontrast)	36,62	54,95

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 5 -

Pos. Ziff.	Organ	Honorar EUR	Unkosten EUR
Gallentrakt			
600	Gallenblase, nativ	5,28	6,54
601	Orale Cholecystographie	10,58	17,72
610	i. v. Cholecystangiographie (inkl. Nativaufnahme)	27,76	43,02
611	Inf. Cholecystangiographie (inkl. Nativaufnahme)	27,76	43,02
620	i. v. Cholangiographie (inkl. Nativaufnahme)	21,15	37,57
621	Inf. Cholangiographie (inkl. Nativaufnahme)	21,15	37,57
690	Tomo Gallenbl. und -wege (bei gleichzeitiger Verr. von 610, 611, 620 bzw. 621)	15,86	17,46
Harntrakt			
700	Harntrakt, nativ liegend	5,29	10,32
701	Harntrakt, nativ stehend	5,28	10,52
702	Harnblase, Nativaufnahme	5,29	5,83
710	i. v. Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	34,88	52,33
711	stehende Aufnahme bei ivP ODER (max. 2) Spätaufnahmen (zus. zu Pos. Ziff. 710 oder 720 verrechenbar)	5,28	10,52
712	Cystographie nach ivP	15,86	17,46
713	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	21,15	31,35
720	Inf.-Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	34,38	62,92
730	Urethrographie retrograd	26,44	35,02
731	Retrogr. Cystographie inkl. Nativaufnahme + Refluxprüfung	31,74	46,51
732	Retrogr. Pyelogr. /Seite (einschl. Nativaufnahme)	15,86	33,94
790	Tomo beide Nieren (ohne KM nativ)	21,15	28,99
791	Tomo beide Nieren inkl. i. v. P. (Pos. Ziff. 710)	47,60	81,04

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 6 -

Pos. Ziff.	Organ	Honorar EUR	Unkosten EUR
Spezialuntersuchungen (ohne Tomographie)			
810	Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten	33,48	50,24
811	Mammographie nach Ablatio	15,86	24,88
812	Galaktographie	10,58	16,59
813	Pneumozystographie	10,58	16,59
815	Densitometrie nach Dexa-Methode	12,12	18,18
	Verrechenbar nur von Vertragsfachärzten für Radiologie, die über einen Ausbildungsnachweis verfügen und die nach Maßgabe der Erfordernisse für die Versorgung der Versicherten von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer zur Abrechnung dieser Position berechtigt worden sind.		
820	Phlebogr./obere Ex/Seite	26,44	40,32
821	Phlebogr./untere Ex/Seite	37,02	72,77
830	Arthrographie-Knie/Seite	37,02	44,51
831	Fistelfüllung	21,15	28,49
832	Sialographie inkl. Nativaufnahme	15,86	19,42
833	Hystero-Salpingographie	21,15	27,05
840	Fremdkörperlokalisation	15,86	17,03
841	Augenfremdkörper	15,86	14,47

Die Indikation für die Durchführung der Pos.Ziff. 103, 339, 357, 690 und 711 kann auch durch den Radiologen selbst bestimmt werden.

C) Therapie

Die erbrachten Leistungen sind unter Angabe der im Tarif angeführten Positionsziffern unter Hinzufügung der Behandlungs(Untersuchungs)daten und der behandelten Körperstelle auf dem hierfür bestimmten Raum der Zuweisung zu verrechnen. Bei den Pos. Ziff. 75, 76 und 77 ist überdies die Anzahl der Felder sowie die Anzahl der Sitzungen pro Feld zu vermerken.

Die Vergütung für strahlentherapeutische Leistungen besteht aus Honorar und Unkosten.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 7 -

Pos. Ziff.	Organ	Honorar EUR	Unkosten EUR
Tiefentherapie wird nur honoriert bei malignen Erkrankungen (Malignome, maligne Systemerkrankungen, Metastasen u.Ä.), ausgenommen oberflächliche maligne Erkrankungen der Haut. Bei Mammanachbestrahlung sind höchstens 3 Felder verrechenbar.			
75	Konventionelle Stehfeldbestrahlung (Richtzahl 200 rad Oberflächendosis) pro Feld und Sitzung	1,93	2,92
76	Konventionelle Siebbestrahlung (Richtzahl 600 rad Oberflächendosis) pro Feld und Sitzung	2,44	3,71
Oberflächentherapie wird nur honoriert bei malignen Erkrankungen der Haut, Haemangiomen, Warzen, Ekzembestrahlungen u. Ä. Bei Warzen sind höchstens 3, sonst höchstens 8 Sitzungen pro Stelle verrechenbar.			
77	pro Feld und Sitzung	3,86	5,85
Entzündungstherapie und jede andere konventionelle Strahlentherapie sofern sie nicht unter Pos. Ziff. 75, 76, 77, 79 oder 80 fällt.			
78	pro Organ und Serie	18,06	27,27
Diverse Bestrahlungen			
79	Kastrationsbestrahlung beider Ovarien, pro Serie	36,13	54,52
80	Bestrahlung beider Mammae bei Hormonbehandlung der Prostata, pro Serie	36,13	54,52
Konsultationen			
81	Untersuchung und Beratung, sofern aus medizinischen Gründen keine therapeutische Leistung erfolgt	6,44	
82	Untersuchung durch den Radiologen nach abgeschlossener Tiefentherapie oder Bestrahlung von malignen Erkrankungen der Haut oder von Haemangiomen in gesonderter Sitzung, höchstens 1mal verrechenbar	6,44	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 8 -

D) Ultraschalldiagnostik
(Sonographie)

Leistungen der Ultraschalldiagnostik (Sonographie) werden nur jenen Vertragsfachärzten für Radiologie honoriert, die eine entsprechende besondere Ausbildung nachweisen und von der Wiener Gebietskrankenkasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistungen ermächtigt wurden. Das verwendete Gerät ist der Kasse zu melden.

Die Verrechnung ist nur möglich, wenn der zuweisende Arzt ausdrücklich Ultraschalldiagnostik (Sonographie) beantragt hat und nur für die in der Zuweisung bestimmten Organe. Die Verrechnung hat unter Angabe der im Tarif angeführten Positionsziffern und der untersuchten Region unter Hinzufügung des Untersuchungsdatums auf dem hierfür bestimmten Raum der Zuweisung zu erfolgen.

Die Untersuchungen sind mittels Polaroidfilmen oder gleichartiger Abbildungssysteme zu dokumentieren. Die Kosten der Dokumentation sind mit den angeführten Tarifen abgegolten. Ultraschalluntersuchungen nach Doppler dürfen nicht verrechnet werden. Die Vergütung für sonographische Leistungen besteht aus Honorar und Unkosten.

Pos. Ziff.	Organ	Honorar EUR	Unkosten EUR
259	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	9,15	13,74
266	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	9,15	13,74
267	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	9,15	13,74
281	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. LW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	11,62	17,45
282	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. LW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	11,62	17,45

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 9 -

Pos. Ziff.	Organ	Honorar EUR	Unkosten EUR
931	Sonographie des Oberbauches, mindestens 4 Organe (zB Gallenblase, Leber, Gallenwege, Pankreas)	14,53	21,81
932	Sonographie von Gallenblase, Leber und Gallenwegen	7,84	11,78
933	Sonographie von Leber, Pankreas und Milz	9,59	14,39
940	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	9,59	14,39
950	Sonographie der Schwangerschaft Die Pos. Ziff. 950 ist nur bei nachstehend angeführten Indikationen verrechenbar: -Blutungen in der Schwangerschaft -Verdacht auf missed Abortion -Verdacht auf intrauterinen Fruchttod -Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht -Verdacht auf atypische, praenatale Kindeslage Die Indikation muss vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung angegeben werden.	9,59	14,39
951	Sonographie von Tumoren im Unterbauch Pos. Ziff. 932 und Pos. Ziff. 933 können nicht miteinander verrechnet werden. Wird die Untersuchung von einem oder mehreren unter Pos. Ziff. 932 in Kombination mit einem oder mehreren unter Pos. Ziff. 933 fallenden Organen beantragt und durchgeführt, ist an Stelle der Einzelposition die entsprechende Sammelposition (Pos. Ziff. 931) zu vergüten. In diesem Falle sind mindestens 4 Organe auch tatsächlich zu untersuchen.	9,59	14,39

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 10 -

Pos. Ziff.	Organ	Honorar EUR	Unkosten EUR
Small parts			
960	Schilddrüse und Nebenschilddrüse	9,44	14,18
961	Sonographie des Skrotalinhaltes	9,44	14,18
962	Halsweichteile (zB Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 963 verrechenbar	13,95	20,93
963	Oberflächliche Raumforderungen (nur verrechenbar bei Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten, Aneurysma, Bakercyste)	4,36	6,54
Bei onkologischen Patienten kann das Honorar maximal 4mal pro Tag verrechnet werden. Die Unkosten können jedenfalls nur einmal in Rechnung gestellt werden.			
964	Kindliche Hüfte (beide Seiten)	11,62	17,45
965	Endovaginale bzw. transrectale Sonographie	10,46	15,70
966	Sonographische Untersuchung der Mamma, je Seite	4,94	7,41
Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 809 und 810 verrechenbar.			
967	Sonographie der Weichteile der Schultern	8,14	12,21
970	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems	17,00	25,51

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Anlage E

Tarif für Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik

Gültig ab 01. Jänner 2011

RICHTLINIEN ZUM LABORKATALOG 2011

PRÄAMBEL

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

A) ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Der Vertragsfacharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik (im Folgendem kurz Vertragsfacharzt) kann grundsätzlich nur jene Leistungen verrechnen, die
 - befundfähige Ergebnisse erbracht haben,
 - eindeutig vom Zuweisungstext umfasst sind (unklare Zuweisungen sind abzuklären)
 - in der Honorarordnung enthalten sind.

Obwohl vom Zuweisungstext umfasst, können erbrachte Leistungen dann nicht verrechnet werden, wenn dies durch besondere Bestimmungen beim Positionstext ausgeschlossen wird.

Über den Zuweisungstext hinausgehende erbrachte Leistungen können dann verrechnet werden, wenn dies in den besonderen Bestimmungen bei der Position extra vermerkt ist und die dort angeführten Bedingungen erfüllt sind (zB Stufendiagnostik bei Schilddrüsenhormonen, Stufendiagnostik Hepatitis).

Die verrechneten Leistungen sind ausschließlich in den vertraglich vereinbarten Ordinationsräumen des Vertragsfacharztes zu erbringen. Ausnahmen davon sind einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien des Gesamtvertrages im Einzelfall festzulegen.

Der Vertragsfacharzt hat die Zuweisung im Rahmen seines Vertrages zu erfüllen. Kann der Vertragsfacharzt Analysen nicht in seiner Ordination durchführen, zB aufgrund fehlender apparativer Ausstattung, so hat er die Möglichkeit, diese Analysen an einen geeigneten Vertragspartner des jeweiligen Versicherungsträgers weiter zu leiten. Die Verrechnung derartiger Analysen erfolgt durch den tatsächlichen Leistungserbringer.

Die Zuweisung hat mit dem vollständig ausgefüllten Zu-/Überweisungsschein zu erfolgen. Insbesondere sind die (Verdachts-) Diagnose, die gewünschten Leistungen, relevante klinische Angaben anzuführen. Bei Verwendung eines vorgefertigten Leistungsspiegels hat der Zuweiser die gewünschten Leistungen einzeln zu markieren oder die nicht gewünschten Leistungen einzeln durchzustreichen.

2. Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) dem Krankenversicherungsträger nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
3. Der Vertragsarzt darf für Leistungen, für die der Krankenversicherungsträger leistungszuständig ist, weder vom Anspruchsberechtigten noch von einem Dritten Privathonorare, Aufzahlungen und dgl. - aus welchem Titel immer - verlangen oder entgegennehmen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Leistungen der Honorarordnung dürfen dem Versicherten (Anspruchsberechtigten) ausschließlich dann privat verrechnet werden, wenn diese auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten privat erbracht werden sollen und kein Überweisungsschein vorgelegt wird. Der Versicherte muss in diesem Fall vor der Untersuchung schriftlich darüber aufgeklärt werden, dass die gesamten Kosten im Falle einer privaten Leistungserbringung von ihm zu tragen sind und der Versicherungsträger keinerlei Kosten erstattet. Außerdem muss der Versicherte der Privatzahlung vor der Leistungserbringung schriftlich zugestimmt haben.

4. Bei der Leistungserbringung ist auf die Wirtschaftlichkeit für die Versicherungsträger besonders Bedacht zu nehmen. Die Wirtschaftlichkeit einer Untersuchung ist danach zu beurteilen, in welchem Verhältnis die Kosten der Untersuchung zu den Kosten möglicher Alternativuntersuchungen zur Sicherung der auf der Zuweisung angegebenen Diagnose stehen (siehe Richtlinien über ökonomische Krankenbehandlung). Medizinisch nicht notwendige bzw. nicht zweckmäßige Untersuchungen sind nicht verrechenbar.

5. Der Krankenversicherungsträger ist berechtigt, die Honorierung von Leistungen abzulehnen, wenn vom Vertragsfacharzt die vertraglichen Bestimmungen nicht eingehalten wurden. Leistungen, deren Erbringung zum Zeitpunkt der Rechnungslegung mehr als 3 Jahre zurückliegt, werden nicht honoriert.

Hat der Krankenversicherungsträger die Honorierung von Leistungen aus diesen Gründen abgelehnt, kann der Vertragsfacharzt die Kosten auch dem Anspruchsberechtigten oder einem Dritten nicht in Rechnung stellen.

6. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.

7. Mit den Tarifsätzen sind sämtliche Kosten des Vertragsfacharztes (zB Raumkosten, Energiekosten, Personalkosten, Arzhonorar, Fortbildungskosten, Gerätekosten inkl. Reparatur und Wartung, Reagenzien und Medikamentenkosten, qualitätssichernde Maßnahmen intern und extern, Portokosten des Probenversands, Abholdienste, sachgemäße Lagerung und Entsorgung aller Materialien, etc.) abgegolten.

8. Soweit der Leistungskatalog Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht. Sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 1 verrechenbar sind.

Werden mehrere Untersuchungen im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

**B) BESONDERE BESTIMMUNGEN -
MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG**

1. Der Vertragsfacharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik verpflichtet sich zur internen Qualitätssicherung (gemäß Ärztegesetz).
2. Der Vertragsfacharzt verpflichtet sich, regelmäßig an Fachveranstaltungen zur Fort- bzw. Weiterbildung teilzunehmen, sodass er vom jeweiligen Stand der Medizin informiert ist. Er verpflichtet sich, Fachkräfte (überwiegend Biomedizinische Analytiker) einzusetzen, die regelmäßig an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.
3. Der Einsatz von Fachkräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der med.-chem. Labordiagnostik (Biomedizinische Analytiker) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTD-Gesetz verfügen. Der Einsatz von Hilfskräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der med.-chem. Labordiagnostik (insbes. von dipl. medizinisch-technische Fachkräften und Laborgehilfen) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTF-SHD-Gesetz verfügen. Auf Verlangen ist dem Krankenversicherungsträger über die Ausbildung des beschäftigten Personals Auskunft zu geben und in Zweifelsfällen Einsicht in Unterlagen über die fachliche Qualifikation zu gewähren.
4. Die Räumlichkeiten haben den einschlägigen behördlichen Auflagen zu entsprechen. Arbeitsplätze und Ausrüstungsgegenstände sind in Bezug auf Betriebs- und Gesundheitssicherheit und Kontaminationsfreiheit regelmäßig zu kontrollieren.
5. Untersuchungen auf Rechnung des Versicherungsträgers dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechen. Der Vertragsfacharzt wird dem Krankenversicherungsträger die von ihm zur Durchführung von Laboruntersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen vor Abschluss eines Vertrages und über Ersuchen des Krankenversicherungsträgers auch während des aufrechten Vertragsverhältnisses bekannt geben. Dem Krankenversicherungsträger steht das Recht zu, hinsichtlich der vom Vertragsfacharzt bei den Untersuchungen eingesetzten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen, Unterlagen über ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Präzision vom Vertragsfacharzt zu verlangen.
6. Der Vertragsfacharzt hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich über qualitätssichernde Maßnahmen zu informieren. Insbesondere sind dabei die Blutabnahme, verfälschende Begleitumstände wie Medikamenteneinnahme, Art der Röhrchen und Transportstandards anzusprechen. Nur in geeigneten Medien bzw. in geeigneten Gefäßen eingesendete, einwandfrei gekennzeichnete Präparate dürfen bearbeitet werden. Die Einsender sind einschlägig zu beraten. Der Zu(Überweisungs)-schein muss vollständig ausgefüllt sein.
Alle Objektträger/Röhrchen/Probengefäße sind mit dem Namen des Patienten oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zum Patienten garantieren. Sofern bei einzelnen Positionen nichts vermerkt ist, und die Art der Untersuchung es zulässt, sind alle Tests nach quantitativen, dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechenden Verfahren durchzuführen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

7. Externe Qualitätskontrolle: Jeder Vertragsfacharzt hat regelmäßig auf seine Kosten an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilzunehmen, sofern diese in der Europäischen Union angeboten werden. Den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme kann der Krankenversicherungsträger vom Vertragsarzt jederzeit anfordern. Gegenüber dem Krankenversicherungsträger jedenfalls nachzuweisen ist die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen für folgende Parameter:
- Blutbild
 - Gerinnung (PTZ, PTT, Fbg, AT3)
 - HbA1c
 - Chemische Parameter nach der ÖQUASTA-Liste
 - Blutgruppenbestimmung
8. Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen. Die Untersuchungsverfahren (Verarbeitungsmethoden, Medien, Kulturbedingungen, Methoden der Erregerdifferenzierung) müssen eindeutig schriftlich festgelegt werden (Ordinationsstandard). Die Qualität von selbst hergestellten Nährmedien ist regelmäßig zu kontrollieren (Teststämmen). Das Eintreffen der Proben muss dokumentiert werden. Über den Gang der Verarbeitung ist pro Fall ein schriftliches Verarbeitungsprotokoll zu führen, welches zumindest 3 Jahre aufzubewahren ist. Die Verarbeitung ist derart zu dokumentieren, dass sie nachvollziehbar und plausibel ist. Die Antibiotika-Testung erfolgt nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften. Der schriftliche Befund ist mindestens 10 Jahre aufzubewahren.
9. Die Untersuchungsergebnisse (Befunde) sind ausschließlich vom Vertragsarzt patientenbezogen zu validieren. Diese Begutachtung ist durch Unterfertigung bzw. nachweisliche EDV-Freigabe zu dokumentieren. Der Vertragsarzt hat sich gegen missbräuchliche Verwendung der EDV-Freigabe zB durch einen Geheimcode abzusichern. Die Befunde haben jedenfalls pro bestimmten Parameter neben dem Untersuchungsergebnis den Normalwert bzw. Referenzwert auszuweisen. Pathologische Untersuchungsergebnisse sind speziell zu kennzeichnen und hervorzuheben. Auf Veränderungen zu vorhandenen Vorbefunden soll hingewiesen werden. Das Untersuchungsergebnis ist dem zuweisenden Arzt und gegebenenfalls dem Patienten in geeigneter Form mitzuteilen. Die erhobenen Laborbefunde sind für einen den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechenden Zeitraum aufzubewahren. Die Befunde sind dem Krankenversicherungsträger auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
10. Für die molekulare Diagnostik gelten die von der GALP Arbeitsgruppe „Molekulare Erregerdiagnostik“ festgelegten Qualitätsstandards. Molekularbiologische Analysen dürfen nur als Primärröhrchen durchgeführt werden; d.h. die für die molekularbiologischen Analysen vorgesehenen Röhrchen dürfen vor der Materialentnahme zur molekularbiologischen Analyse nicht für andere Analysen oder zur Entnahme von Material geöffnet werden.

C) GRUPPENEINTEILUNG

- 1. Entnahme von Untersuchungsmaterial**
- 2. Hämatologie und Blutsenkung**
- 3. Gerinnungs- und Thrombophiliediagnostik**
- 4. Blutgruppenserologie**
 - a. ABO-System
 - b. HLA-System
 - c. Sonstiges
- 5. Chemische Untersuchungen**
 - a. Substrate
 - b. Enzyme
 - c. Elektrolyte
 - d. Sonstiges
- 6. Proteindiagnostik**
 - a. Elektrophoresen
 - b. Immunglobuline
 - c. Allergiediagnostik
 - d. Plasmaproteine
 - e. Sonstiges
- 7. Hormone, Tumormarker und Vitamine**
 - a. Schilddrüsenhormone
 - b. Sexualhormone
 - c. Sonstige Hormone
 - d. Katecholamine
 - e. Tumormarker
 - f. Vitamine
- 8. Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen**
- 9. Infektionsserologie**
 - a. Hepatitisserologie
 - b. Sonstige Infektionen
- 10. Allgemeine mikrobiologische Untersuchungen**
- 11. Spezielle mikrobiologisch-serologische Untersuchungen**
 - a. Spezielle mikrobiologische Untersuchungen
 - b. Spezielle Infektionsserologie
- 12. Diagnostik sonstiger Materialien**
 - a. Sputum
 - b. Sekrete
 - c. Punktionsflüssigkeiten
- 13. Harnuntersuchungen**
- 14. Konkrementuntersuchungen**
- 15. Stuhluntersuchungen**
- 17. Sonstige Leistungen**
- 18. Molekularbiologische Untersuchungen**
- 19. Mutter-Kind-Pass – Leistungen zur statistischen Erfassung**
- 20. Präoperativ/peristationäre Leistungen zur statistischen Erfassung**

- 1 -

D) INHALTSVERZEICHNIS

Positionstext	Pos. Ziff.
25-Hydroxy-Cholecalciferol (25-OH Vitamin D3)	07.35
Antikörpersuchtest (indirekter Coombstest)	04.03, 19.03
5-Hydroxyindolessigsäure	13.15
ACTH (Adrenocorticotropes Hormon)	07.08
Adenovirus	11.13
AFP (Alpha-Fetoprotein)	07.29
Agglutinine: Kälte-, Wärme- und/oder Kryoglobuline	04.07
Aktivierte Protein C - Resistenz (APC-Test)	03.10
Albumin	06.19
Aldolase	05.16
Alkalische Phosphatase	05.17
Allergen Einzeltest	06.11
alpha 1 - Antitrypsin	06.12
alpha-Amylase	05.19
alpha-Amylase quantitativ	13.07
Amiodaron	08.16
Ammoniak	05.10
Amöben - Antikörnernachweis	11.14
Androstendion	07.48
Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	05.15
Anti-DNS (=ds-DNA)	06.27
Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA, ANF)	06.25
Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika	11.11
Antikoagulantienkontrolle	03.05
Antikörpertitration (zB Rhesusantikörperbestimmung)	04.10
Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest	04.06
Antithrombin III-Bestimmung	03.07
Apolipoproteine	06.35
ASLO (Antistreptolysin-O qualitativ)	06.22
Ärztliches Gespräch im Rahmen der TT-Dosierung von oralen Antikoagulantien	17.06
Bakteriologischer Abstrich je Abnahmestelle	01.04
Bartonella henselae	11.57
Besonderer Aufwand für Weiterleitung von Untersuchungsmaterial	17.02
Beta 2 Mikroglobulin	07.52
Bilharziose-Antikörnernachweis (Schistosomiasis)	11.15
Blutentnahme aus der Vene	01.01
Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	01.02
Blutgruppenstatus	04.01, 19.02
Blutkultur-aerob und anaerob	11.08
Blutserkungsgeschwindigkeit (BSG)	02.20
Blutungszeit-Bestimmung	03.03
Blutzucker quantitativ	05.01
Bordetella pertussis	11.41
Borrelia burgdorferi - AK (IgA, IgG, IgM)	09.20
Borrelia b. - Immunoblot (TgG / IgM)	09.26
Brucella -Antikörnernachweis unter Angabe des Erregers	11.16
CA 15-3 oder MCA	07.44
CA 125	07.45
CA 19-9	07.46

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 2 -

Positionstext	Pos. Ziff.
C-Peptid	07.40
C1 Esterase Inhibitor	06.32
C3 Komplement quantitativ	06.30
C4 Komplement quantitativ	06.31
Calcitonin	07.50
Candida albicans Antigennachweis	11.18
Candida albicans Antikörpernachweis	11.17
Carbamazepin	08.08
CEA (Carcinoembryonales Antigen)	07.31
Chemische Analyse eines Konkrementes qualitativ	14.01
Chlamydia pneumoniae	09.25
Chlamydia trachomatis (Nachweis mit amplifiz. Methode)	10.10
Chlamydien - Antigennachweis aus dem Abstrichmaterial	10.05
Chlamydien trachomatis AK (IgA, IgG oder IgM)	09.17
Chlorid	05.40
Cholinesterase	05.20
Chorion-Gonadotropin (beta-HCG) quantitativ	07.09
CK (Creatin-Kinase)	05.21
CK-MB-Isoenzym (Aktivitäts- oder Massebestimmung)	05.22
Coeruloplasmin	06.16
Cocombstest direkt	04.04
Cortisol	07.10
Coxsackie	11.19
CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	06.23
CYFRA 21-1	07.51
Deltaaminoalaevulinsäure (ALA)	13.14
DHEAS (Dehydroepiandrosteronsulfat)	07.11
Direktes und indirektes Bilirubin	05.08
Drogennachweis (Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Cannabis, Kokain und Ähnliche), je	08.06
Echinokokken	11.21
Ehrlichia	11.59
Einzelfaktoren	03.11
Eisen	05.30
Elastase im Stuhl	15.06
Elektrolyte im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (zB Natrium, Kalium)	13.10
Elektrophorese der Harnproteine	13.18
Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	06.01
Endonucleasale AK	06.38
Enteroviren	11.22
Epstein-Barr (zB VCA, EBNA, EA)	09.15
Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppenserolog. Problemkonstellationen	04.12
Ethosuximid	08.09
Extrahierbare nukleäre Antikörper (ENA/ANA-Subset)	06.26
Ferritin	05.32
Fibrinogen	03.08
Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	03.09
Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	07.14
Folsäure	07.34
Freies PSA	07.43

Tarif EV Labor 2011/10/11

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 3 -

Positionstext	Pos. Ziff.
Fruklosamin	05.02
FSME	11.23
Gamma-GT	05.25
Gastrin	07.39
Gesamt-T3 oder freies T3	07.03
Gesamt-T4 oder freies T4	07.02
Gesamtbilirubin	05.07
Gesamtcholesterin	05.13
Gesamteiweiß quantitativ	05.09
Gesamteiweiß quantitativ	13.06
Glatte Muskulatur Antikörper (ASMA, SMA)	06.29
Gliadin AK (IgA, IgM, IgG)	06.37
Glucose quantitativ	13.08
Gonokokken-Antigennachweis aus dem Abstrichmaterial	10.06
GOT (ASAT)	05.23
GPT (ALAT)	05.24
Hämoglobinelektrophorese	06.05
Haptoglobine	06.15
Harnsäure quantitativ	05.06
Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN quantitativ	05.04
HAV-Antikörper	09.08
HAV-IgM-Antikörper	09.09
HbA1 oder HbA1 c	05.03
HbC-Antikörper	09.04
HbC-IgM-Antikörper	09.05
HBe-Antigen	09.06
HBe-Antikörper	09.07
HBs-Antigen	09.02, 19.09, 20.03
HBs-Antikörper	09.03
HDL-Cholesterin und/oder LDL-Cholesterin	05.14
Helicobacter pylori AK (IgA, IgG)	09.19
Hepatitis C Antikörper (HCV-AK)	09.10, 20.02
Herpes simplex (HSV)	11.27
Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	08.02
HIV-Antigen (p24 - Antigen)	11.26
HIV-AK (Elisa)	09.16, 19.10, 20.01
HLA-B27	04.09
IgE gesamt zur Allergiediagnostik	06.09
Immunelektrophorese oder Immunfixation (Serum)	06.02
Immunfixation (Harn)	13.19
Immundiagnost. Testmethoden	06.34
Immunglobuline IgA, IgG, IgM; je Parameter	06.08
Influenza	11.29
Insulin	07.41
Isoenzym-Elektrophorese unter Angabe des zu bestimmenden Parameters	06.03
Kalium	05.38
Kalzium und/oder ionisiertes Kalzium	05.39
Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je	07.25

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 4 -

Positionstext	Pos. Ziff.
Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (zB Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je	07.28
Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger	10.08
Keimzahlbestimmung von zugesandten vorgefertigten Objektträger	10.09
Kleines Blutbild	02.02, 19.01
Knochenresorptionsmarker	07.49
Kompletter Harnbefund: chemischer Harnbefund mittels Streifenfest	13.01
Komplettes Blutbild	02.01
Kreatinin quantitativ	05.05
Kreatinin-Clearance endogen	05.45
Kultur auf Bakterien aerob	11.01
Kultur auf Bakterien anaerob	11.02
Kultur auf Mykobakterien (zB Tbc)	11.05
Kultur auf Mykoplasmen	11.04
Kultur auf Pilze	11.03
Kultur auf Protozoen	11.06
Kupfer	05.33
Lactat	05.11
Lamotrigin	08.14
LDH	05.27
LDL-Cholesterin (Direktmessung)	05.50
Leberspezifische Autoantikörper	06.28
Legionella-Antikörpernachweis	11.30
Leishmaniose-Antikörpernachweis	11.33
Leptospiren-Antikörpernachweis	11.31
Leukozytentyppisierung mit immunologischen Techniken unter genauer Angabe der zu analysierenden Population je Antikörper	04.08
Lipase	05.28
Lipidelektrophorese	06.04
Lipoid-Antigentest auf Lues	09.11
Lipoprotein a (Lp a)	06.20
Listerien-Antikörpernachweis	11.32
Lithium	05.36
Luteinisierendes Hormon (LH)	07.15
Lymphozytäres Choriomeningitis Virus (LCM)	11.56
Magnesium	05.42
Malaria-Antikörpernachweis	11.35
Masern	11.38
MCA oder CA15-3	07.44
Methadon oder ähnliche Substanzen	08.07
Mikro-Albumin (MAU)	13.05
Mikroskopische Untersuchung auf Blutparasiten (zB Malaria Plasmodien) im Ausstrichpräparat	11.34
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung auf Mycobakterien nach Anreicherung (zB Ziehl-Neelsen)	10.03
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung	10.02
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials	10.01
Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inkl. notwendiger Färbungen, Suchziel: Mikroorganismen	12.03

tarif EV Labor 10/11/13/1

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 5 -

Positionstext	Pos. Ziff.
Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen	12.02
Mikrosomale Antikörper (MAK, TPO-Antikörper)	07.06
Mononukleoseschnelltest	09.14
Mumps	11.37
Mycoplasma pneumoniae	11.58
Myoglobin	06.17
Nachweis von allergenspezifischen Ig mit mindestens sechs deklarierten Allergenen je Allergengruppen	06.10
Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä.	10.04
Nachweis von Helicobacter pylori aus dem Stuhl	15.07
Natrium	05.37
Neisseria gonorrh.	10.11
Neutrophile Granulozyten AK	06.36
NSE	07.53
Oraler-Glucose/Lactose-Toleranztest oder Tagesprofil (mind. 3 Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen quantitativ)	05.44
Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich	10.07
Ornithose	11.38
Osmotische Erythrozytenresistenz	02.12
Osteocalcin	07.37
Oxcarbazepin	08.15
Oestradiol (E2)	07.12
Parainfluenza I-IV	11.39
Parathormon intakt	07.23
Partielle Thromboplastinzeit (aPTT)	03.06
Parvo (Ringelröteln)	11.40
PCR für Hepatitis C	18.01
Phenobarbital	08.10
Phenytoin	08.11
Primidon	08.12
Phosphor anorganisch	05.41
Porphobilinogen	13.13
Porphyrine quantitativ	13.12
Progesteron	07.17
Prolaktin	07.18
Protein C	03.12
Protein S	03.13
PSA (Prostata-spezifisches Antigen)	07.30
Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Farbpräparat	12.06
Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis	12.07
Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten	12.08
Q-Fieber (Coxiella burnetii)	11.42
Quantitative chem. Bestimmung des Punktates unter Angabe des Parameters (zB Eiweiß, Glucose)	12.10
Quantitative serolog. Bestimmung des Punktates unter Angabe des Parameters (zB CRP, Rheumafaktor)	12.11
Respiratory Syncytial (RSV)	11.46
Retikulozyten-Zählung	02.11
RF (Rheumafaktor) quantitativ	08.21
Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen und CDE-positiven Personen	04.02
Rota-Antigennachweis im Stuhl	11.43

Teil EV Labor 20110101

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 8 -

Positionstext	Pos. Ziff.
Röteln IgM-AK	09.22, 19.05
Röteln	09.21, 19.04
Salmonellenantigenachweis mittels Agglutinationsreaktionen (Gruber-Widal)	11.24
Saure Phosphatasen, gesamt	05.29
SCC	07.54
Sediment	13.03
Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt	01.03
Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	01.05
Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG)	07.20
Sperma: Fructosegehalt	12.05
Spermogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert, Verflüssigungszeit	12.04
Spezifisches Gewicht im Harn	13.11
Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung	12.01
Streifentest im Harn (unabhängig der Anzahl der Testfelder)	13.02
Stuhl auf Chymotrypsin	15.05
Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ	15.04
Stuhl auf okkultes Blut, je Testbriefchen	15.02
Stuhl auf Protozoen einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung	15.03
Stuhikultur	11.07
Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe der Erreger	11.09
Substrate im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (zB Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure)	13.09
Testosteron oder Freies Testosteron	07.19
Theophyllin	08.03
Thromboplastinzeit oder Prothrombinzeit	03.04
Thrombinzeit zur Antikoagulantienkontrolle	03.05
Thyreoglobulin	07.47
Thyreoglobulin Antikörper (TAK, TGAK)	07.05
Thyreotropin Rezeptor Autoantikörper (TSH-Rezeptor Antikörper, TRAK)	07.07
Toxoplasmose IgM	09.24, 19.07
Toxoplasmose IgG	09.23, 19.06
Transferrin (Eisenbindungskapazität – EBK)	05.31
Treponemenantikörpernachweis/Lues IgG	09.12, 19.08
Treponemenantikörpernachweis/Lues IgM	09.13
TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	07.04
Trichinose-Antikörpernachweis (ELISA)	11.47
Triglyzeride (Neutralfett)	05.12
Troponin T oder I quantitativ	06.18
TSH sensitiv	07.01
Tularämie-Antikörpernachweis	11.49
Valproinsäure	08.13
Varicellen-Zoster (VZV)	11.51
Vitamin B12	07.33
Wachstumshormon (STH, HGH, IGF)	07.22
Yersinia-Antikörpernachweis	11.52
Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	13.04
Zink	05.34
Zystizerkosen	11.55
Zytomegalie (CMV)	09.19

Tabelle IV Labor 20110101

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 7 -

E) LEISTUNGSKATALOG

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 1: Entnahme von Untersuchungsmaterial	
01.01	Blutentnahme aus der Vene Kapillarblutabnahme (zB aus der Fingerbeere) nicht gesondert verrechenbar, da in jeweiligen Positionen enthalten 1x je Ordination verrechenbar (ausgenommen Funktionstest); nicht neben Pos. Ziff. 03.14 verrechenbar	3,35
01.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr Kapillarblutabnahme (zB aus der Fingerbeere) nicht gesondert verrechenbar, da in jeweiligen Positionen enthalten, 1x je Ordination verrechenbar (ausgenommen Funktionstest)	8,19
01.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt max. 1x pro Ordination verrechenbar	4,41
01.04	Bakteriologischer Abstrich, je Abnahmestelle	2,49
01.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	2,49

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 8 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 2: Hämatologie und Blutsenkung	
02.01	Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter siehe Ziff. 8 „Allgemeine Bestimmungen“; Stellige Differentialzählung besteht aus Neut, Eo, Baso, Lympho, Mono; nicht neben Pos. Ziff. 02.02 verrechenbar	3,20
02.02	Kleines Blutbild: Zählung und Beurteilung der Leukozyten, Erythrozyten, Thrombozyten, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter nicht neben Pos. Ziff. 02.01 verrechenbar, siehe Ziff. 8 „Allgemeine Bestimmungen“	2,41
02.11	Retikulozyten-Zählung beinhaltet alle Meß- und Rechenparameter	5,48
02.12	Osmotische Erythrozytenresistenz nur bei unklaren hämolytischen Anämien	5,34
02.20	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	1,43

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 9 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 3: Gerinnungs- und Thrombophiliediagnostik	
03.03	Blutungszeit-Bestimmung	2,63
03.04	Thromboplastinzeit oder Prothrombinzeit (TPZ, PTZ, Quick-, Normo- oder Thrombotest) inkl. Angabe der INR	2,32
	grundsätzlich nur 1x verrechenbar, 2x nur mit med. Begründung (zB Therapieumstellung), nicht neben Pos. Ziff. 03.05 verrechenbar	
03.05	Thrombinzeit zur Antikoagulantienkontrolle	2,10
	grundsätzlich nicht neben Pos. Ziff. 03.04 und nicht als präoperative Screeninguntersuchung verrechenbar	
03.06	Partielle Thromboplastinzeit (aPTT)	2,17
03.07	Antithrombin III-Bestimmung	3,19
	bei Verdacht auf Verbrauchskoagulopathie, zur Thrombophilieabklärung	
03.08	Fibrinogen	2,46
	bei Verdacht auf Verbrauchskoagulopathie, zur Thrombophilieabklärung	
03.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte (zB D-Dimere)	8,73
	bei Verdacht auf Verbrauchskoagulopathie, zur Thrombophilieabklärung (Embolie, TVT)	
03.10	Aktivierte Protein C - Resistenz (APC-Test oder äquivalenter Test wie ProcG-Test)	8,90
	nur bei Thrombophiliediagnostik	
03.11	Einzelfaktoren	13,99
	bei strenger med. Indikation	
03.12	Protein C	13,99
	nur zur Thrombophiliediagnostik	
03.13	Protein S	11,81
	nur zur Thrombophiliediagnostik	
03.14	Antikoagulantienkontrolle (PTZ, TT, inkl. INR) und ärztlicher Therapieeinstellung; Venöse oder kapilläre Blutabnahme inkludiert	6,75
	nicht neben Pos. Ziff. 01.01 und/oder Pos. Ziff. 03.04 verrechenbar	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 10 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 4: Blutgruppenserologie Leistungen der Gruppe 4 sind nach den Richtlinien für Blutgruppenserologie durchzuführen	
04.01	Blutgruppenstatus: ABO-System, Rhesus-D-Bestimmung, Antikörpersuchtest grundsätzlich 1x im Leben ausreichend; nur mit Begründung, zB vor Operationen, mit potentiellm Transfusionsbedarf, bei Schwangerschaft (MKP) verrechenbar und bei Blutungsgefahr (Antikoagulantientherapie)	16,60
04.02	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen und C D E - positiven Personen grundsätzlich 1x im Leben ausreichend. Inkludiert auch die Abklärung auf Du bzw. Dweak	7,43
04.03	Antikörpersuchtest (indirekter Coombstest) nur mit strenger med. Indikation, siehe Richtlinien für Blutgruppenserologie. Dieser Test kann ohne begleitende Blutgruppenbestimmung dann verrechnet werden, wenn bereits ein Blutgruppenstatus vorliegt, wegen einer bevorstehenden OP der Antikörpersuchtest jedoch nochmals durchgeführt werden muss	8,34
04.04	Coombstest direkt	5,98
04.06	Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest verrechenbar bei positivem AK-Suchtest (Pos. Ziff. 04.03) sowie bei positivem AK-Suchtest im Rahmen der Blutgruppenbestimmung (Pos. Ziff. 04.01)	16,41
04.07	Agglutinine: Kälte-, Wärme- und/oder Kryoglobuline	5,01
04.08	Leukozytentypisierung mit immunologischen Techniken unter genauer Angabe der zu analysierenden Population je Antikörper nur zur Differenzierung von hämatologischen Systemerkrankungen und schweren Immundefekten; max. 5 AK bei nicht-hämatologischen Fragestellungen, max. 12 AK bei nachgewiesenen malignen hämatologischen Systemerkrankungen	9,36
04.09	HLA-B27 nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew, M.Reiter u.Ä.	11,76
04.10	Antikörpertitration (zB Rhesusantikörperbestimmung) nur bei pos. Antikörpernachweis bei Klin. Relevanz, pro Zuweisung nur 1x verrechenbar	5,43
04.12	Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppen-serologischen Problemkonstellationen in maximal 25 % der Pos. Ziff. 04.06 verrechenbar	8,50

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 11 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 5: Chemische Untersuchungen		
05.01	Blutzucker quantitativ	1,01
05.02	Fructosamine	1,95
	nur bei Diabetes 2x pro Patient und Quartal verrechenbar, nicht neben HbA1c Pos. Ziff. 05.03 verrechenbar	
05.03	HbA1 oder HbA1c	4,00
	nur bei Diabetes 2x pro Patient und Quartal verrechenbar, nicht neben Fructosamin Pos. Ziff. 05.02 verrechenbar	
05.04	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN quantitativ	1,01
05.05	Kreatinin quantitativ	0,97
05.06	Harnsäure quantitativ	1,01
05.07	Gesamtbilirubin	1,01
05.08	Direktes und indirektes Bilirubin	1,23
	nur verrechenbar bei erhöhtem Gesamtbilirubin Pos. Ziff. 05.07	
05.09	Gesamteiweiß quantitativ	0,97
	nicht gleichzeitig mit Serumelektrophorese Pos. Ziff. 06.01 verrechenbar	
05.10	Ammoniak	6,83
	nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie	
05.11	Lactat	5,38
	nur bei Verdacht auf Azidose (zB Diabetes mellitus)	
05.12	Triglyzeride (Neutralfett)	1,04
05.13	Gesamtcholesterin	1,01
05.14	HDL-Cholesterin inklusive eventueller LDL-Cholesterin- Berechnung LDL-Errechnung mittels Friedewaldformel	1,50
05.15	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	7,19
	nur bei Verdacht auf Sarkoidose, M. Boeck	
05.16	Aldolase	7,19
05.17	Alkalische Phosphatase	1,01
05.19	alpha-Amylase	1,66
05.20	Cholinesterase	1,08

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 12 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
05.21	CK (Creatin-Kinase)	1,66
05.22	CK-MB-Isoenzym (Aktivitäts- oder Massebestimmung) nur bei Myocardinfarktverdacht und erhöhtem CK verrechenbar	3,84
05.23	GOT (ASAT)	1,01
05.24	GPT (ALAT)	1,01
05.25	Gamma-GT	1,01
05.27	LDH	1,04
05.28	Lipase	1,66
05.29	Saure Phosphatasen, gesamt	2,39
05.30	Eisen	1,08
05.31	Transferrin (Eisenbindungskapazität – EBK) inklusive der Errechnung der Transferrinsättigung	2,24
05.32	Ferritin	3,38
05.33	Kupfer bei Verdacht auf Morbus Wilson	6,83
05.34	Zink bei klin. Hinweisen auf Zinkmangel zB Alopezie	6,83
05.35	Lithium nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar	1,72
05.37	Natrium	1,08
05.38	Kalium	1,08
05.39	Kalzium und/oder ionisiertes Kalzium	1,08
05.40	Chloride	1,08
05.41	Phosphor anorganisch	1,08
05.42	Magnesium	1,08
05.44	Oraler-Glucose/Lactose-Toleranztest oder Tagesprofil (mind. 3 Blutzuckerbestimmungen quantitativ, inkl. Zuckergetränk, nicht neben Pos. Ziff. 05.01 (Blutzucker) verrechenbar	8,17
05.45	Kreatinin-Clearance endogen beinhaltet Serum- und Harnbestimmung, Summe aus Pos. Ziff. 05.05 und Pos. Ziff. 13.09	2,86
05.50	LDL-Cholesterin (Direktmessung) bei Triglyceridwerten größer als 350mg/dl, max. 1x pro Quartal verrechenbar, in maximal 4 % von Pos. Ziff. 05.14 verrechenbar	2,00

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 13 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 6: Proteindiagnostik	
06.01	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung) nicht neben Pos. Ziff. 05.09 und/oder 06.19 verrechenbar	3,93
06.02	Immunelektrophorese oder Immunfixation (Serum) nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar	20,90
06.03	Isoenzym-Elektrophorese unter Angabe des zu bestimmenden Parameters	17,27
06.05	Hämoglobinelektrophorese bei unklaren Anämien	17,27
06.08	Immunglobuline IgA, IgG, IgM; je Parameter	2,39
06.09	IgE gesamt zur Allergiediagnostik	4,47
06.10	Nachweis von allergenspezifischer Ig mit mindestens 6 deklarierten Allergenen je Allergengruppe, neben Pos. Ziff. 06.11 verrechenbar nur nach ausführlicher klin. Anamnese und bei nicht möglicher Hauttestung (zB Kleinkind oder Hauterkrankung) max. 3x pro Quartal verrechenbar	23,00
06.11	Allergen Einzeltest (allergenspezifisches Ig) unter Angabe des vermuteten Allergens nur nach ausführlicher klin. Anamnese und Hauttestung (zB Prick, Scratchtest) max. 5x pro Quartal verrechenbar	5,56
06.12	alpha 1 - Antitrypsin	6,91
06.15	Haptoglobine nur zur Anämiediagnostik	6,91
06.16	Coeruloplasmin bei Verdacht auf Morbus Wilson	6,91
06.17	Myoglobin nur bei Verdacht auf frischem Myocardinfarkt oder Muskelerkrankungen verrechenbar	7,91
06.18	Troponin T oder I quantitativ nur bei Verdacht auf Myocardinfarkt oder zur Abklärung einer instabilen Angina pectoris	7,01
06.19	Albumin nicht gleichzeitig mit Serumelektrophorese Pos. Ziff. 06.01 verrechenbar	1,56

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 14 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
06.20	Lipoprotein a (Lp a) nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend, ausgenommen Therapiekontrolle	8,37
06.21	RF (Rheumafaktor) quantitativ	2,24
06.22	ASLO (Antistreptolysin-O quantitativ) keinesfalls mit orientierendem Schnelltest auf Streptokokken Pos. Ziff. 10.07 verrechenbar	2,03
06.23	CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	1,66
06.25	Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA, ANF) nur bei Verdacht auf Autoimmunerkrankungen	9,04
06.26	Extrahierbare nukleäre Antikörper (ENA/ANA-Subset) nur bei positivem ANA-Befund (Pos. Ziff. 06.25) max. 6x verrechenbar	8,82
06.27	Anti-DNS (=ds-DNA)	10,41
06.28	Leberspezifische Autoantikörper (zB Mitochondriale Antikörper – AMA, SLA, LKM) max. 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar	10,41
06.29	Glatte Muskulatur Antikörper (ASMA, SMA)	9,04
06.30	C3 Komplement quantitativ	3,12
06.31	C4 Komplement quantitativ	3,12
06.32	C1 Esterase Inhibitor	4,34
06.34	Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Autoantikörpers (zB Cardiolipin AK, Insulin AK, APVA), je max. 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar	10,27
06.35	Apolipoproteine nicht neben HDL/LDL Cholesterin (Pos. Ziff. 05.14 und/oder 05.50) max. 2x verrechenbar	4,34
06.36	Neutrophile Granulozyten AK (zB ANCA, c, p-ANCA, MPO, PR3) max. 2 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar	11,73
06.37	Gliadin AK (IgA, IgM, IgG) max. 2 Klassen 1x pro Quartal verrechenbar	10,27
06.38	Endomysiale AK (EMA) oder Trans G-AK bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar	10,27

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 15 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 7: Hormone, Tumormarker und Vitamine		
	Tumormarker zur Verlaufskontrolle bei gesicherten malignen Tumoren oder bei begründetem Verdacht, max. 3 Tumormarker pro Patient und Quartal verrechenbar.	
	Sexualhormone dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden, ebensowenig im Zusammenhang mit einer in-vitro Fertilisation (IVF-Fonds!).	
	Max. 6 Parameter pro Patient und Quartal der Pos. Ziff. 07.09 - 07.20 und 07.48 verrechenbar, darüber hinaus erforderliche Hormonbestimmungen müssen entsprechend med. begründet sein	
07.01	TSH sensitiv	3,50
07.02	Gesamt-T4 oder freies T4	3,50
	nur bei patholog. TSH (Pos. Ziff. 07.01) oder bei Schilddrüsenthherapie verrechenbar - max. in 15 % von Pos. Ziff. 07.01 verrechenbar	
07.03	Gesamt-T3 oder freies T3	3,50
	nur bei patholog. TSH (Pos. Ziff. 07.01) oder bei Schilddrüsenthherapie verrechenbar - max. in 15 % von Pos. Ziff. 07.01 verrechenbar	
07.04	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	20,00
	nur bei patholog. Ergebnis einer der Pos. Ziff. 07.01 bis 07.03 oder bei bekannter Schilddrüsenerkrankung verrechenbar, Medikamentenkosten inkludiert	
07.05	Thyreoglobulin Antikörper (TAK, TGAK)	7,01
	Verdacht auf Thyreoditis	
07.06	Mikrosomale Antikörper (MAK, TPO-Antikörper)	7,01
	Verdacht auf Thyreoditis	
07.07	Thyreotropin Rezeptor Autoantikörper (TSH-Rezeptor Antikörper, TRAK)	12,63
	Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow	
07.08	ACTH (Adrenocorticotropes Hormon)	14,65
07.09	Chorion-Gonadotropin (beta-HCG) quantitativ	7,01
	nur zur Überwachung von Risikoschwangerschaften, EU der Tumoren, als Tumormarker max. 1x pro Quartal verrechenbar	
07.10	Cortisol	7,01
07.11	DHEAS (Dehydroepiandrosteronsulfat)	7,01

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 16 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
07.12	Östradiol (E2)	5,40
07.14	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	5,40
07.15	Luteinisierendes Hormon (LH)	5,40
07.17	Progesteron	5,56
07.18	Prolaktin	5,40
07.19	Testosteron oder Freies Testosteron	5,56
07.20	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG)	9,72
07.22	Wachstumshormon (STH, HGH, IGF)	12,63
07.23	Parathormon intakt	12,63
07.25	Katecholamine im Serum (zB Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je nicht neben Pos. Ziff. 07.26 verrechenbar, max. 3 verrechenbar	12,09
07.26	Katecholamine und deren Metabolite im Sammelharn (zB Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je nicht neben Pos. Ziff. 07.25 verrechenbar, max. 3 verrechenbar	12,09
07.29	AFP (Alpha-Fetoprotein) max. 1x pro Quartal verrechenbar	7,01
07.30	PSA (Prostata-spezifisches Antigen) Zuweisung durch Fachärzte und Gruppenpraxen für Urologie	5,56
07.31	CEA (Carcinoembryonales Antigen) max. 1x pro Quartal verrechenbar	5,56
07.33	Vitamin B12	7,01
07.34	Folsäure	7,01
07.35	25-Hydroxy-Cholecalciferol (25-OH Vitamin D3) bei Verdacht auf Vitamin D3 Mangel	12,63
07.36	PSA (Prostata-spezifisches Antigen) Nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren über Zuweisung aller Fachgruppen 1x pro Quartal verrechenbar	5,56
07.37	Osteocalcin Knochenformationsmarker	12,63

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 17 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
07.38	PSA (Prostata-spezifisches Antigen) Als Screeningsmaßnahme über Zuweisung aller Fachgruppen 1x pro Kalenderjahr verrechenbar; nur bei Männern über 50 Jahren bzw. bei hereditärer Prädisposition über 45 Jahren	5,56
07.39	Gastrin	10,43
07.40	C-Peptid nur bei Diabetes	12,63
07.41	Insulin zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II	12,63
07.43	Freies PSA in max. 10 % der Pos. Ziff. 07.30, 07.36, 07.38 verrechenbar	6,01
07.44	CA 15-3 oder MCA max. 1x pro Quartal verrechenbar	7,01
07.45	CA 125 max. 1x pro Quartal verrechenbar	7,01
07.46	CA 19-9 max. 1x pro Quartal verrechenbar	7,01
07.47	Thyreoglobulin max. 1x pro Quartal verrechenbar	9,72
07.48	Androstendion	11,18
07.49	Knochenresorptionsmarker (zB Pyridinium-Crosslinks, Hydroxyprolin Crosslaps), Harn oder Serum	11,73
07.50	Calcitonin max. 1x pro Quartal verrechenbar	7,01
07.51	CYFRA 21-1 max. 1x pro Quartal verrechenbar	7,01
07.52	Beta 2 Mikroglobulin max. 1x pro Quartal verrechenbar	7,01
07.53	NSE max. 1x pro Quartal verrechenbar	7,01
07.54	SCC max. 1x pro Quartal verrechenbar	7,01

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 18 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 8: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen	
08.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	7,01
08.03	Theophyllin	8,46
08.06	Drogennachweis (Amphetamine, Opiate, Benzodiazepine, Cannabis, Kokain und ähnliche), je	4,21
	Einschränkung auf 5 Analyte pro Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar	
08.07	Methadon oder ähnliche Substanzen	5,30
	max. 1x pro Zuweisung, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar	
08.08	Carbamazepin	7,01
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.09	Ethosuximid	7,01
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.10	Phenobarbital	7,01
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.11	Phenytoin	7,01
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.12	Primidon	7,01
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.13	Valproinsäure	7,01
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.14	Lamotrigin	10,00
	HPLC-Nachweis; max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.15	Oxcarbazepin	10,00
	HPLC-Nachweis; max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.16	Amiodaron	12,00

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 19 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 9: Infektionsserologie		
Folgende Antikörper-Untersuchungen sind nicht als Impfkontrollen zu verwenden, sondern nur bei entsprechendem Krankheitsverdacht!		
IgM, IgG, IgA Antikörpernachweis mit immunodiagnostischer Methode (zB ELISA)		
09.02	HBs-Antigen, Suchmarker für Hepatitis B Infektion	4,10
09.03	HBs-Antikörper	4,83
	nur bei pos. HBsAg und/oder HBcAk; in max. 15 % von Pos. Ziff. 09.04 verrechenbar	
09.04	HBc-Antikörper	5,56
	Suchmarker für Hepatitis B Infektion; zur Verlaufskontrolle nicht sinnvoll	
09.05	HBc-IgM-Antikörper	9,92
	nur nach pathologischem Suchtest oder zur Verlaufskontrolle verrechenbar	
09.06	HBe-Antigen	9,92
	nur nach pathologischem Suchtest oder zur Verlaufskontrolle verrechenbar	
09.07	HBe-Antikörper	9,92
	nur nach pathologischem Suchtest oder zur Verlaufskontrolle verrechenbar	
09.08	HAV-Antikörper	7,01
	nur bei pos. HAV-IgM; in max. 2 % von Pos. Ziff. 09.09 verrechenbar	
09.09	HAV-IgM-Antikörper	7,01
	Suchmarker für Hepatitis A Infektion	
09.10	Hepatitis C Antikörper (HCV-AK)	7,01
09.11	Lipoid-Antigentest auf Lues (zB VDRL, RPR oder Cardiolipinflockungstest)	2,01
	max. 1x pro Zuweisung verrechenbar	
09.12	Treponemenantikörpernachweis /Lues IgG (mittels TPHA oder Immunoassay)	3,55
	max. 1x pro Zuweisung verrechenbar	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 20 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
09.13	Treponemenantikörpernachweis/Lues IgM (mittels FTA-ABS Test) nur bei positivem Lipoid-Antigentest Pos. Ziff. 09.11 oder bei positivem Treponemenantikörpernachweis Pos. Ziff. 09.12 verrechenbar; max. 1x pro Zuweisung verrechenbar	11,08
09.14	Mononukleoseschnelltest nicht neben Pos. Ziff. 09.15 (EBV-AK) verrechenbar	4,28
09.15	Epstein-Barr (zB VCA, EBNA, EA) nicht neben Mononukleose-Schnelltest Pos. Ziff. 09.14 verrechenbar, max. 3x pro Zuweisung verrechenbar	8,00
09.16	HIV-AK (Elisa) nur bei begründetem Verdacht, mit dem Tarif sind alle erforderlichen Bestätigungsuntersuchungen mit Ausnahme des Western-Blot abgegolten.	5,56
09.17	Chlamydia trachomatis AK (IgA, IgG oder IgM) max. 2 AK (zB IgA und IgG) pro Zuweisung verrechenbar	8,00
09.18	Zytomegalie (CMV) Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
09.19	Helicobacter pylori AK (IgA, IgG) Zuweisung vorzugsweise von Internisten oder Chirurgen, max. 1 Klasse pro Zuweisung verrechenbar; nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 15.07 verrechenbar	10,45
09.20	Borrelia burgdorferi - AK (IgA, IgG, IgM) max. 2 Klassen pro Zuweisung verrechenbar	7,36
09.21	Röteln IgG nur bei pos IgM	8,00
09.22	Röteln IgM nur bei Verdacht auf frische Infektion	8,00
09.23	Toxoplasmose IgG verrechenbar bei Nicht-Schwangeren	8,00

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 21 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
09.24	Toxoplasmose IgM nur bei Verdacht auf frische Infektion nur bei positivem IgG verrechenbar (bei Nicht-Schwangeren)	8,00
09.25	Chlamydia pneumoniae max. 2 AK (zB IgA und IgG) pro Zuweisung verrechenbar	8,00
09.26	Borrelia b. – Immunoblot (IgG/IgM) je IgG, je IgM nur bei positivem Suchtest (Pos. Ziff. 09.20) verrechenbar	15,00

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 22 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 10: Allgemeine mikrobiologische Untersuchungen	
10.01	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials ausgenommen Sekrete d. Geschlechtsorgane siehe Pos. Ziff. 12.02, 12.03; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor - nur im KH) siehe Pos. Ziff. 12.06, 12.07	1,86
10.02	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbpräparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien) ausgenommen Sekrete d. Geschlechtsorgane siehe Pos. Ziff. 12.03, ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos. Ziff. 12.06, 12.07, max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	2,80
10.03	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbpräparat unter Angabe des Materials und der Färbung auf Mycobakterien nach Anreicherung (zB Ziehl-Neelsen) Sputum unter Pos. Ziff. 12.01 verrechnen	2,84
10.04	Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial ausgenommen Chlamydien-Antigennachweis siehe Pos. Ziff. 10.05, Gonokokken-Antigennachweis siehe Pos. Ziff. 10.06, Streptokokken-Gruppenantigennachweis siehe Pos. Ziff. 10.07	9,77
10.05	Chlamydien-Antigennachweis (Chlamydia trachomatis) aus dem Abstrichmaterial mittels Immunoassay nicht neben Pos. Ziff. 09.17 (Chlamydien AK) verrechenbar	11,08
10.06	Gonokokken-Antigennachweis aus dem Abstrichmaterial nicht neben Pos. Ziff. 10.04 verrechenbar	13,98
10.07	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich keinesfalls neben ASL Pos. Ziff. 06.22 verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 10.04 verrechenbar	5,91
10.08	Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (zB Uricult) nicht neben Pos. Ziff. 11.01 verrechenbar, eventuell notwendige Zuckerkulturen nur unter Pos. Ziff. 11.09 zu verrechnen	3,50

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 23 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
10.09	Keimzahlbestimmung von zugesandten vorgefertigten Objektträger (zB Uricult) eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos. Ziff. 11.09 zu verrechnen	2,03
10.10	Chlamydia trachomatis AG Nachweis mit amplifizierender Methode; max. 1x pro Patient verrechenbar	17,39
10.11	Neisseria gonorrh. AG Nachweis mit amplifizierender Methode; max. 1x pro Patient verrechenbar	17,39

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 11: Spezielle mikrobiologisch-serologische Untersuchungen		
	Folgende Antikörper-Untersuchungen sind nicht als Impfkontrollen zu verwenden, sondern nur bei entsprechendem Krankheitsverdacht IgM, IgG, IgA Antikörpernachweis mit immundiagnostischer Methode (zB ELISA)	
11.01	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate (zB Harnkultur) max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 10.08 (zB Uricult) verrechenbar	8,96
11.02	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	11,21
11.03	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	11,21
11.04	Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	13,12
11.05	Kultur auf Mykobakterien (zB Tbc), einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	23,59
11.06	Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	13,18
11.07	Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, makroskop. Beschreibung max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden. Subkultur Pos. Ziff. 11.09 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar	12,93
11.08	Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	15,01

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 25 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
11.09	Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, je Kultur max. 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos. Ziff. 11.01 bis 11.08 verrechenbar)	8,01
11.11	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers beim Harn max. 2x verrechenbar ab Keimzahl 10 hoch 5, ab Keimzahl 10 hoch 4 bei Vorliegen eines einzelnen pathogenen Erregers; alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen:	10,37
11.13	Adenovirus Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.14	Amöben - Antikörperrnachweis	10,90
11.15	Bilharziose-Antikörperrnachweis (Schistosomiasis)	11,99
11.16	Brucella-Antikörperrnachweis unter Angabe des Erregers	5,45
11.17	Candida albicans Antikörperrnachweis	7,36
11.18	Candida albicans Antigennachweis nur bei Immunsupprimierten, Leukämien, nicht neben Kultur auf Pilze Pos. Ziff. 11.03 verrechenbar	5,91
11.19	Coxsackie Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.21	Echinokokken Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.22	Enteroviren Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.23	FSME Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.24	Salmonellenantigennachweis mittels Agglutinationsreaktionen (Gruber-Widal) max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	9,09

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 26 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
11.26	HiV-Antigen (p24-Antigen) nur zur Verlaufskontrolle und Therapiekontrolle	5,01
11.27	Herpes simplex (HSV) Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.29	Influenza Suchmarker für akute Infektion IgA oder IgM; IgG nur bei positivem IgA oder IgM verrechenbar	8,00
11.30	Legionella-Antikörpernachweis	7,89
11.31	Leptospiren-Antikörpernachweis	4,95
11.32	Listerien-Antikörpernachweis	8,09
11.33	Leishmaniose-Antikörpernachweis	4,34
11.34	Mikroskopische Untersuchung auf Blutparasiten (zB Malaria Plasmodien) im Ausstrichpräparat	6,00
11.35	Malaria-Antikörpernachweis	7,69
11.36	Masern Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.37	Mumps Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.38	Ornithose Suchmarker für akute Infektion IgA oder IgM; IgG nur bei positivem IgA oder IgM verrechenbar	8,00
11.39	Parainfluenza I-IV Suchmarker für akute Infektion IgA oder IgM; IgG nur bei positivem IgA oder IgM verrechenbar	8,00
11.40	Parvo (Ringelröteln) Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.41	Bordetella pertussis Suchmarker für akute Infektion IgA oder IgM; IgG nur bei positivem IgA oder IgM verrechenbar	8,00

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 27 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
11.42	Q-Fieber (coxiella burnetii) Suchmarker für akute Infektion IgA oder IgM; IgG nur bei positivem IgA oder IgM verrechenbar	8,00
11.43	Rota-Virus und/oder Adenovirus Antigennachweis im Stuhl max. 2x verrechenbar	8,09
11.46	Respiratory Syncytical (RSV) Suchmarker für akute Infektion IgA oder IgM; IgG nur bei positivem IgA oder IgM verrechenbar	8,00
11.47	Trichinose-Antikörperrnachweis (ELISA)	7,16
11.49	Tularämie-Antikörperrnachweis	8,02
11.51	Varicellen-Zoster (VZV) Suchmarker für akute Infektion IgA oder IgM; IgG nur bei positivem IgA oder IgM verrechenbar	8,00
11.52	Yersinia-Antikörperrnachweis	3,74
11.55	Zystizerkosen Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.56	Lymphozytäres Choriomeningitis Virus (LCM) Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.57	Bartonella henselae Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00
11.58	Mycoplasma pneumoniae Suchmarker für akute Infektion IgA oder IgM; IgG nur bei positivem IgA oder IgM verrechenbar	8,00
11.59	Ehrlichia Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	8,00

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 28 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 12: Diagnostik sonstiger Materialien		
12.01	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung Sputum nicht unter Pos. Ziff. 10.03 abrechnen, max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	5,96
12.02	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze) max. 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. Ziff. 10.01, verrechenbar	2,32
12.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen, Suchziel: Mikroorganismen max. 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben 10.01, 10.02 verrechenbar	3,29
12.04	Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert, Verflüssigungszeit	7,74
12.05	Sperma: Fructosegehalt	5,38
12.06	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat (zB Gram u.ä.) nicht neben 10.01, 10.02 verrechenbar	3,29
12.07	Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis nicht neben Pos. Ziff. 10.01, 10.02 verrechenbar	2,32
12.08	Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät	2,75
12.10	Quantitative chem. Bestimmung des Punktates unter Angabe des Parameters (zB Eiweiß, Glucose) max. 3 verrechenbar	2,35
12.11	Quantitative serolog. Bestimmung des Punktates unter Angabe des Parameters (zB CRP, Rheumafaktor)	3,65

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 29 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 13: Harnuntersuchungen		
13.01	Kompletter Harnbefund (incl. eventuell erforderlicher makroskopischer Beschreibung); chemischer Harnbefund mittels Streifentest (mind. 8 Parameter) und falls pathologisch mikroskopische Untersuchung nicht neben Pos. Ziff. 13.02 und/oder Pos. Ziff. 13.03 verrechenbar	2,80
13.02	Streifentest im Harn (unabhängig der Anzahl der Testfelder) nicht neben Pos. Ziff. 13.01 verrechenbar	1,56
13.03	Sediment nur bei pathologischem Hinweis aus Pos. Ziff. 13.02, nicht neben Pos. Ziff. 13.01 verrechenbar	2,32
13.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten inkl. Beurteilung der Morphologie	2,24
13.05	Mikro-Albumin (MAU) nur bei negativem Harnweiß, max. 1x im Quartal	2,39
13.06	Gesamteiweiß quantitativ	2,39
13.07	alpha-Amylase quantitativ	1,66
13.08	Glucose quantitativ	1,44
13.09	Substrate im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (zB Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure)	1,89
13.10	Elektrolyte im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (zB Natrium, Kalium) max. 3 pro Zuweisung verrechenbar	1,89
13.11	Spezifisches Gewicht im Harn	1,20
13.12	Porphyrine quantitativ 1x pro Zuweisung verrechenbar	8,28
13.13	Porphobilinogen 1x pro Zuweisung verrechenbar	8,28
13.14	Deltaaminolaevalinsäure (ALA)	8,28
13.15	5-Hydroxyindolessigsäure	8,28

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 30 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
13.18	Elektrophorese der Harnproteine nur bei Verdacht auf Paraproteinämie und erhöhter Eiweißausscheidung verrechenbar	17,27
13.19	Immunfixation (Harn) nur bei Verdacht auf Paraproteinämie und erhöhter Eiweißausscheidung verrechenbar	20,90

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 31 -

Pos. Ziff.	Gruppe 14: Konkrementuntersuchungen Chemische Analyse eines Konkrementes qualitativ	Honorar Euro
14.01		10,43

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 32 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 15: Stuhluntersuchungen		
15.02	Stuhl auf okkultes Blut, je Testbriefchen max. 3x (Testbriefchen) pro Zuweisung verrechenbar	1,56
15.03	Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung max. 1x je Untersuchungsmaterial verrechenbar	6,86
15.04	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbungen und Anreicherung max. 1x je Untersuchungsmaterial verrechenbar	6,86
15.05	Stuhl auf Chymotrypsin Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz, nicht neben Elastase Pos. Ziff. 15.06 verrechenbar, max. 1x je Erkrankungsfall verrechenbar	10,54
15.06	Elastase im Stuhl Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz, nicht neben Chymotrypsin Pos. Ziff. 15.05 verrechenbar	13,98
15.07	Nachweis von Helicobakter pylori aus dem Stuhl Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 09.19 verrechenbar, nur zur Therapiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist	23,50

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 33 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 17: Sonstige Leistungen	
17.02	Besonderer Aufwand für Weiterleitung von Untersuchungsmaterial	1,29
17.06	Ärztliches Gespräch im Rahmen der TT-Dosierung von oralen Antikoagulantien nicht neben Pos. Ziff. 03.14 verrechenbar	1,45

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 34 -

Pos. Ziff.	Honorar Euro
Gruppe 18: Molekularbiologische Untersuchungen	
Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal. Als Richtwert zur Qualitätssicherung werden jeweils 50 PCR-Untersuchungen pro Jahr angegeben.	
Molekularbiologische Analysen dürfen nur aus Primärrohrchen durchgeführt werden, nicht aus Probenrohrchen aus denen bereits Probe entnommen ist.	
18.01	54,00
PCR für Hepatitis C nur nach pos. HCV-AK zur Therapieentscheidung, max. 1x pro Quartal verrechenbar	

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 35 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Mutter-Kind-Pass – Leistungen		
19.01	Kleines Blutbild: Zählung und Beurteilung der Leukozyten, Erythrozyten, Thrombozyten, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter nicht neben Pos. Ziff. 02.01 verrechenbar, siehe Zi. 8 „Allgemeine Bestimmungen“	2,41
19.02	Blutgruppenstatus: ABO-System, Rhesus-D-Bestimmung, Antikörpersuchtest grundsätzlich 1x im Leben ausreichend; nur mit Begründung, zB vor Operationen, mit potentiellern Transfusionsbedarf, bei Schwangerschaft (MKP) verrechenbar und bei Blutungsgefahr (Antikoagolantientherapie)	16,60
19.03	Antikörpersuchtest (indirekter Coombstest) nur mit strenger med. Indikation, siehe Richtlinien für Blutgruppenserologie, nicht neben Pos. Ziff. 19.02 verrechenbar	8,34
19.04	Röteln-Antikörper	8,00
19.05	Röteln IgM	8,00
19.06	Toxoplasrose IgG	8,00
19.07	Toxoplasrose IgM nur bei positivem IgG verrechenbar	8,00
19.08	Treponemenantikörpernachweis /Lues IgG (mittels TPHA oder Immunoassay) max. 1x pro Zuweisung verrechenbar	3,55
19.09	HBs-Antigen, Suchmarker für Hepatitis B Infektion verrechenbar im Rahmen der MUK-Pass-Leistungen	4,10
19.10	HIV-AK (Elisa) verrechenbar im Rahmen der MUK-Pass-Leistungen, mit dem Tarif sind alle erforderlichen Bestätigungsuntersuchungen mit Ausnahme des Western-Blot abgegolten	5,56
19.11	Oraler Glucose-Toleranztest (mind. 3 Blutzuckerbestimmungen quantitativ, inkl. Zuckergetränk nicht neben Pos. Ziff. 05.01 – Blutzucker verrechenbar) verrechenbar im Rahmen der MUKI-Pass-Leistungen ab 1. Jänner 2010	8,17

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 36 -

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Präoperativ/peristationäre Leistungen zur statistischen Erfassung		
20.01	HIV-AK (Elisa)	5,56
20.02	Hepatitis C Antikörper (HCV-AK)	7,01
20.03	HBs-Antigen, Suchmarker für Hepatitis B Infektion verrechenbar als präoperative Leistung	4,10

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 1 -

Anlage F

RICHTLINIEN ZUM PATHOLOGIEKATALOG DER KASSE**Tarif für Vertragsfachärzte für Pathologie****Gültig ab 01. Jänner 2011****PRÄAMBEL**

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

A) ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Es sind grundsätzlich nur jene Leistungen (Untersuchungen) verrechenbar, die in der Honorarordnung enthalten sind. Im Einzelfall ist bei nachweislicher vorheriger Zustimmung des Krankenversicherungsträgers eine analoge Verrechnung von Leistungspositionen zulässig. Erbrachte Leistungen (Untersuchungen) werden nur honoriert, wenn sie durch die Zuweisung ihrer Art nach und dem Umfang nach gedeckt sind und die Verdachtsdiagnose (Ausnahme: gynäkologische Zytologie) auf der Zuweisung angegeben ist.
Die Leistungen (Untersuchungen) sind in den Ordinationsräumen des Vertragsfacharztes für Pathologie zu erbringen.
2. Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) dem Krankenversicherungsträger nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
- 3.1 Der Vertragsfacharzt für Pathologie darf für Leistungen (Untersuchungen), für die der Krankenversicherungsträger leistungszuständig ist, weder vom Anspruchsberechtigten noch von einem Dritten Privathonorare, Aufzahlungen und dgl. - aus welchem Titel immer - verlangen oder entgegennehmen.
- 3.2 Leistungen der Honorarordnung dürfen dem Versicherten (Anspruchsberechtigten) ausschließlich dann privat verrechnet werden, wenn diese auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten privat erbracht werden sollen und kein Überweisungsschein vorgelegt wird. Der Versicherte muss in diesem Fall vor der Untersuchung schriftlich darüber aufgeklärt werden, dass die gesamten Kosten im Falle einer privaten Leistungserbringung von ihm zu tragen sind und der Versicherungsträger keinerlei Kosten erstattet. Außerdem muss der Versicherte der Privatzahlung vor der Leistungserbringung schriftlich zugestimmt haben.
4. Bei der Leistungserbringung ist auf die Wirtschaftlichkeit für die Versicherungsträger besonders Bedacht zu nehmen. Die Wirtschaftlichkeit einer Untersuchung ist danach zu beurteilen, in welchem Verhältnis die Kosten der Untersuchungen zu den Kosten möglicher Alternativuntersuchungen zur Sicherung der angestrebten Diagnose stehen.
Medizinisch nicht notwendige bzw. nicht zweckmäßige Untersuchungen sind nicht verrechenbar. Werden solche Untersuchungen von einem Zuweiser verlangt, ist mit diesem die medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit vor der Leistungserbringung abzuklären.

Tarif BV Pathologie ab 01. Jänner 2011

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 2 -

- 5.1 Der Versicherungsträger ist berechtigt, die Honorierung von Leistungen abzulehnen, wenn vom Vertragsfacharzt für Pathologie die vertraglichen Bestimmungen nicht eingehalten wurden. Leistungen, deren Erbringung zum Zeitpunkt der Rechnungslegung mehr als 3 Jahre zurückliegt, werden nicht honoriert.
- 5.2 Hat der Versicherungsträger die Honorierung von Leistungen aufgrund der Bestimmungen der Honorarordnung abgelehnt, kann der Vertragsfacharzt für Pathologie die Kosten auch dem Anspruchsberechtigten oder einem Dritten nicht in Rechnung stellen.
6. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.
7. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung der im Leistungskatalog enthaltenen pathologischen Untersuchungen nötigen Geräte und Materialien (inklusive der Kosten für sachgemäße Lagerung und Entsorgung aller Materialien) abgegolten. Kosten für qualitätssichernde Maßnahmen, Porto, Abholdienste, etc. können nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.
8. Soweit der Leistungskatalog Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

8) BESONDERE BESTIMMUNGEN MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

1. Der Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich zur internen Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz.
2. In begründeten Fällen steht dem Krankenversicherungsträger nach Verständigung der Kammer das Recht zu, das Einhalten der angeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Ordinationsräumlichkeiten zu überprüfen. Der Zeitpunkt ist im Einvernehmen mit dem Vertragsfacharzt für Pathologie festzusetzen; dieser wird eine mit eingeschriebenem Brief angekündigte Überprüfung längstens nach 4 Wochen - gerechnet vom Einlangen des Briefes - zulassen.
3. Leistungen der Gruppen 1 (Gynäkologische Zytologie) und 2 (Extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ärzteausbildungsordnung) verrechenbar.
In Einzelfällen kann im Einvernehmen zwischen Krankenversicherungsträger und Kammer eine Verrechnungsbefugnis für diese Gruppen erteilt werden, wenn vom Vertragsfacharzt für Pathologie Kenntnisse und Erfahrungen nachgewiesen werden, die jenen entsprechen, die im Rahmen der oben angeführten ergänzenden speziellen Ausbildung erworben werden.
4. Der Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich, regelmäßig an Fachveranstaltungen zur Fort- bzw. Weiterbildung teilzunehmen, sodass er vom jeweiligen Stand der Medizin informiert ist. Er verpflichtet sich, Fachkräfte (überwiegend Biomedizinische Analytiker) einzusetzen, die regelmäßig an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 3 -

5. Der Einsatz von Fachkräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (Biomedizinische Analytiker) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTD-Gesetz verfügen; für zytologische Untersuchungen ist zusätzlich eine besondere Ausbildung und eine entsprechende Erfahrung notwendig.

Der Einsatz von Hilfskräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (insbes. dipl. medizinisch-technische Fachkräfte und Laborgehilfen) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTF-SHD-Gesetz igF. verfügen.

Auf Verlangen ist dem Krankenversicherungsträger über die Ausbildung des beschäftigten Personals Auskunft zu geben und in Zweifelsfällen Einsicht in Unterlagen über die fachliche Qualifikation zu gewähren.

6. Die Räumlichkeiten haben den einschlägigen behördlichen Auflagen zu entsprechen. Arbeitsplätze und Ausrüstungsgegenstände sind in Bezug auf Betriebs- und Gesundheitssicherheit und Kontaminationsfreiheit regelmäßig zu kontrollieren.
7. Untersuchungen auf Rechnung des Versicherungsträgers dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen. Der Vertragsfacharzt für Pathologie wird dem Krankenversicherungsträger die von ihm zur Durchführung von Untersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen vor Abschluss eines Vertrages und über Ersuchen des Krankenversicherungsträgers auch während des aufrechten Vertragsverhältnisses bekannt geben.

Dem Krankenversicherungsträger steht das Recht zu, hinsichtlich dieser vom Vertragsfacharzt für Pathologie bei den Untersuchungen eingesetzten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen, Unterlagen über ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Präzision vom Vertragsfacharzt für Pathologie zu verlangen.

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

Die Zuweisung muss vollständig sein. Das Eintreffen der Proben muss dokumentiert werden. Der Vertragsfacharzt für Pathologie kann dem Krankenversicherungsträger wiederholte Beanstandungen materialabnehmende Zuweiser betreffend bekannt geben.

Alle Objektträger/Röhrchen/Probengefäße sind mit Namen des Patienten oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zum Patienten garantieren.

Jeder Vertragsfacharzt für Pathologie soll regelmäßig auf seine Kosten an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilnehmen, sofern diese State-of-the-art sind, und von den Fachgesellschaften (Österreichische Gesellschaft für Zytologie und Österreichische Gesellschaft für Pathologie) empfohlen sowie im Rahmen der Europäischen Union angeboten werden.

Die Befunde müssen das Wesen des Präparates erfassen und zur klinischen Frage Stellung nehmen. Das Untersuchungsergebnis ist dem zuweisenden Arzt und gegebenenfalls dem Patienten in geeigneter Form mitzuteilen.

Die Befunde müssen vollständig sein und gegebenenfalls Hinweise auf konsiliäre Gutachten enthalten.

Die Befunde sind dem Krankenversicherungsträger auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 4 -

9. *Histologie*

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen.

Zu jedem Fall erstellt der Vertragsfacharzt für Pathologie eine Enddiagnose.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der Kasse Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

10. *Zytologie*

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen.

Zu jedem Fall erstellt der Vertragsfacharzt für Pathologie eine Enddiagnose.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der Kasse Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

11. *Sonderbestimmungen für gynäkologische Zytologie*

Die vorbegutachtende Fachkraft hat das gesamte Präparat mikroskopisch zu erfassen, auffällige Stellen zu kennzeichnen und zur Qualität des Abstrichs Stellung zu nehmen. Auffällige Präparate sind dem Vertragsfacharzt für Pathologie samt Kommentar vorzulegen.

Die Befundung der weiblichen Genitalzytologie und insbesondere die Nomenklatur richtet sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften.

10 % der von der genitalzytologischen Fachkraft vor begutachteten und als unauffällig eingestuften Fälle (Pap I + II) müssen vom Vertragsfacharzt für Pathologie nachkontrolliert werden. Jedenfalls kontrolliert der Vertragsfacharzt für Pathologie alle von den vor begutachteten Fachkräften als auffällig eingestuften Präparate, ebenso alle Präparate von Frauen mit auffälligen Vorbefunden oder auffälligen klinischen Angaben. Nachzubefunden sind bei auffälligen Befunden auch frühere, als unauffällig eingestufte Präparate (so genannte negative Vorbefunde).

Die Musterungsarbeit der genitalzytologischen Fachkraft darf 50 Präparate pro Tag nicht überschreiten; dementsprechend beträgt das Jahresmaximalpensum 16.000 Präparate. Für halbtags beschäftigte Fachkräfte beträgt das maximale Tagespensum 50 Präparate.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

- 5 -

Für den Vertragsfacharzt für Pathologie ergibt sich eine Durchschnittskontrolle von ca. 20 % des Einlaufmaterials. Die unter Qualitätsaspekten vertretbare Jahresmaximalkapazität der Ordination beträgt 80.000 Präparate (maximal 5 Fachkräfte).

Jede zytodiagnostische Untersuchungen durchführende Ordination soll in der Lage sein, eine zumindest jährliche statistische Auswertung der eingelangten Präparate durchzuführen, entsprechend den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften und der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der Kasse Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

12. Mikrobiologie

Bezüglich der mikrobiologischen Untersuchungen gelten jeweils für die für Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik gültigen Bestimmungen des Laborkataloges in der jeweils gültigen Fassung.

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

C) LEISTUNGSKATALOG

Gültig ab 01. Jänner 2011

Pos. Ziff.	Text	Betrag in Euro
Gruppe 1: GYNÄKOLOGISCHE ZYTOLOGIE		
51.01	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger) Verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzten für Pathologie, die der WGKK bis längstens 31. Dezember des jeweiligen Abrechnungsjahres ihre Teilnahme am Programm der freiwilligen Selbstkontrolle des „Komitees für Qualitätssicherung in der Zytologie“ der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachgewiesen haben.	7,18
51.02 = 53.06	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze) maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. Ziff. Ziff. 53.06 und 53.14 verrechenbar.	2,32
51.03 = 53.07	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. Ziff. Ziff. 53.06, 53.07, 53.14 und 53.15 verrechenbar.	3,29
51.04	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	6,18
Gruppe 2: EXTRAGENITALE ZYTOLOGIE		
52.01	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 52.02 verrechenbar.	9,01

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Pos. Ziff.	Text	Betrag in Euro
52.02	Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)	12,01
	maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 52.01 verrechenbar	
52.03	Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos. Ziff. 52.01 oder 52.02	2,06
	maximal 1x pro Zuweisung und nur mit Begründung verrechenbar	
52.04	Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos. Ziff. 52.01 oder 52.02	4,81
	maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 52.05 verrechenbar	
52.05	Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos. Ziff. 52.01 oder 52.02	9,70
	maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 52.04 verrechenbar	
52.07	Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos. Ziff. 52.01 oder 52.02	21,45
	maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar	

Erläuterungen:

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

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Pos. Ziff.	Text	Beitrag in Euro
Gruppe 3: MIKROBIOLOGIE		
53.01	Stuhikultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, makroskop. Beschreibung maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos. Ziff. 53.22 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar	12,93
53.02	Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	6,86
53.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbungen und Anreicherung maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	6,86
53.04	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	5,96
53.06 = 51.02	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze) maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. Ziff. 51.02, 53.14 verrechenbar	2,32
53.07 = 51.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inkl. notwendiger Färbungen, Suchziel: Mikroorganismen maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. Ziff. 51.03, 53.06, 53.14, 53.15 verrechenbar	3,29
53.08	Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisa-test oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial	9,77
53.09	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat (zB Gram u.Ä.) nicht neben Pos. Ziff. 53.14, 53.15 verrechenbar	3,29

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Pos. Ziff.	Text	Betrag in Euro
53.10	Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis nicht neben Pos. Ziff. 53.14 und 53.15 verrechenbar	2,32
53.11	Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät	2,75
53.14	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. Ziff. 53.06 und 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH) siehe Pos. Ziff. 53.09 und 53.10	1,86
53.15	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbpräparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien) ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. Ziff. 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos. Ziff. 53.09, 53.10, maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	2,80
53.16	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate (zB Harnkultur) maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 53.25 (zB Uricult) verrechenbar	8,96
53.17	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	11,21
53.19	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	11,21
53.20	Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	13,12

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Pos. Ziff.	Text	Betrag in Euro
53.21	Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	13,18
53.22	Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschli. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, je Kultur maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos. Ziff. 53.01, 53.16 bis 53.21 und 53.23 bis 53.24 verrechenbar)	8,01
53.23	Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepreparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	15,01
53.24	Kultur auf Mykobakterien (zB Tbc), einschließl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	23,59
53.25	Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (zB Uricult) nicht neben Pos. Ziff. 53.16 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos. Ziff. 53.22 zu verrechnen	3,50
53.26	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers beim Ham maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen	10,37

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Pos. Ziff.	Text	Betrag in Euro
Gruppe 4: HISTOLOGIE		
54.01	Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unabhängig der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar	24,36
54.02	Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate) (unabhängig der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar	24,36
54.05	Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung)	2,27
54.06	Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zur Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 nicht neben Pos. Ziff. 54.07 verrechenbar, maximal 1x pro Block verrechenbar	6,44
54.07	Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zur Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 nicht neben Pos. Ziff. 54.06 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar	12,87
54.09	Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar	42,91
54.10	Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos. Ziff. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block	6,56

Ärzte-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Erläuterungen:

- a) Pos. Ziff. 54.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - Makroskopische Beurteilung und Herausschneiden (Ziehen repräsentativer Stichproben)
 - Histologische Aufarbeitung (Entkaiken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw. 54.10) und des Befundes
- b) Pos. Ziff. 54.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - Makroskopische Beurteilung
 - Histologische Aufarbeitung (Entkaiken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw. 54.10) und des Befundes
- c) Zu den Pos. Ziff. 54.01 und 54.02:

Werden in einem zeitlichen Zusammenhang (ein diagnostisch-therapeutischer Eingriff) mehrere Präparate des gleichen Organes oder Organsystems entnommen, kann (hinsichtlich der Einsendung) nur einmal die Position 54.01 bzw. 54.02 verrechnet werden. Beispielsweise wird Folgendes angeführt:

 - Entnahme mehrerer Lymphknoten
 - Entnahme mehrerer Naevi
 - Mehrere Magenbiopsien
 - Entnahme aus paarigen Organen

Erläuterungen:

- a) Hinsichtlich der Pos. Ziff. 54.01/54.02, sowie 54.06/54.07 ist nur eine Alternativverrechnung zulässig.
- b) Die Pos. Ziff. 54.05 bzw. 54.10 beinhalten jeweils auch (zusätzliche) gefärbte Schnittpräparate – HE Standardfärbung.