Gebührenfrei gemäß § 110
Abs. 1, Ziffer 2, lit. a ASVG

11. Zusatzvereinbarung
zum Gesamtvertrag vom 1.7.1993

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Steiermark einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – unter Mitfertigung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse im Namen und mit Rechtswirkung für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 1. Juli 1993 idgF angeführten Krankenversicherungsträger – andererseits.

§ 1

Regelungsbereich

(1) Mit der vorliegenden Zusatzvereinbarung wird die Regelung der Honorierung ab 1. Jänner 2005 im Sinne des Gesamtvertrages vom 1. Juli 1993 idgF für die Vertrags(fach)ärzte (ds Ärzte für Allgemeinmedizin, allgemeine Fachärzte, Fachärzte für Radiologie und die Fachärzte für Labormedizin, ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) getroffen.

a) Für das Jahr 2005 kommt mangels einer einvernehmlichen Regelung der laut Beilage errechnete Tarifanpassungsfaktor gemäß Honorarordnung Teil A Abschnitt II zur Anwendung. Die Honorarerhöhung laut Tarifanpassungsfaktor beträgt 0,73 % (gerechnet von der Gesamthonorarsumme 2004 (inkl. Nachzahlung), jedoch abzüglich des Aufwandes für Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Leistungen, jedoch zuzüglich der Aufwendungen für Treueprämien) und wird linear auf alle Tarife bzw. Fix- und Berechnungsbeträge aufgeschlagen.

b) Die Honorarerhöhung wird in Form einer Nachzahlung auf die Abrechnung des 1., 2. und 3. Quartals 2005 ausbezahlt. Die Honorierung des 4. Quartals 2005 erfolgt bereits nach den erhöhten Tarifen und Bestimmungen der 11. Zusatzvereinbarung.

(2) Mit 1.1.2006 entfällt durch den Zusammenschluss der Betriebskrankenkasse der VÖEST-Alpine Schienen GesmbH Donawitz mit der Betriebskrankenkasse Kindberg zum neuen Versicherungsträger „Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme“ in § 2 des Gesamtvertrages die in Punkt 7 angeführte Betriebskrankenkasse Kindberg.

(3) Mit 01.01.2005 findet durch das Inkrafttreten des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages vom 01.10.2004 die Honorarordnung vom 01.07.1993 in der beiliegenden Fassung auch auf die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit der Gruppenpraxen Anwendung. Die Honorarordnung bildet einen Bestandteil des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages.

§ 2

Änderung des Gesamtvertrages

(1) In § 2 des Gesamtvertrages entfällt die in Punkt 7 angeführte Betriebskrankenkasse Kindberg.

(2) Die Bezeichnung des unter Punkt 5 angeführten Versicherungsträgers lautet neu: „Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme“

§ 3

Änderung der Honorarordnung

(1) Mit 1. Jänner 2005 werden alle Tarife bzw. Fixbeträge sowie die Beträge zur Berechnung der abgestuften Honorierung bei Sonderleistungen und Ordinationen linear um 0,73 % angehoben.

(2) Die Honorarordnung vom 01.07.1993 wird aufgrund des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages vom 1.10.2004 ab 1.1.2005 auch für die Leistungserbringung durch Vertragsgruppenpraxen angewendet und dementsprechend in den in der Anlage gekennzeichneten (unterstrichenen und kursiv gedruckten) Bereichen angepasst.

§ 4

Schlussbestimmungen

(1) Die Bestimmungen der §§ 1 und 3 dieser Zusatzvereinbarung treten mit 1.1.2005 in Kraft.

(2) Die Bestimmungen des § 2 dieser Zusatzvereinbarung treten mit 1.1.2006 in Kraft.

(3) Der Gesamtvertrag und die Honorarordnung in der Fassung aller bis zum 31.12.2004 abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und Anhänge gelten uneingeschränkt weiter, sofern in der vorliegenden Zusatzvereinbarung einzelne Bestimmungen nicht ausdrücklich aufgehoben oder abgeändert wurden.

Graz, am 7.3.2006

Ärztekammer für Steiermark

Dr. Dietmar Bayer
Präsident

Ärztekammer für Steiermark
Körperschaft des öffentlichen Rechts
GRAZ

Dr. Jörg Pruckner
Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:

Gen. [illegible]

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Der Obmann:

[illegible]

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Verbandsvorstand:

Dr. Erich LAMINGER
Verbandsvorsitzender

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Generaldirektor:

Mag. Beate Hartinger

Anlage

zur 11. Zusatzvereinbarung zum
zum Gesamtvertrag vom 1.7.1993

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

FÜR EINZELVERTRAGSÄRZTE *UND VERTRAGSGRUPPENPRAXEN*

FÜR ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE
(ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)

im Bundesland Steiermark, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Steiermark und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 1.7.1993 idjgF bzw. Gruppenpraxis - Gesamtvertrages vom 1.10.2004 angeführten Krankenversicherungsträger.

Stand: 11. ZV, gültig ab 1.1.2005

A.
ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

I.
GRUNDSÄTZE ÜBER DIE HONORIERUNG

1. Die Bestimmungen dieser Honorarordnung gelten für Einzelvertragsärzte *und für Vertragsgruppenpraxen* gleichermaßen, sofern nicht aufgrund der Besonderheit für Vertragsgruppenpraxen eigene Regelungen getroffen werden. Nimmt die Honorarordnung lediglich auf Allgemeinmediziner, Fachärzte oder Vertragsärzte Bezug, so sind die entsprechenden Gruppenpraxen darunter gleichermaßen mitzuverstehen.

2. Die Anspruchsberechtigten haben ihre Anspruchsberechtigung gemäß § 15 des Gesamtvertrages durch Vorlage eines Behandlungsscheines nachzuweisen. Der Behandlungsschein gilt grundsätzlich für ein Kalendervierteljahr. Als Behandlungsscheine gelten die zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbarten Formulare (Anhang zum Gesamtvertrag).

3. Die Honorierung der Allgemeinmediziner und Fachärzte erfolgt nach Einzelleistungen aufgrund der in dieser Honorarordnung angeführten Tarife nach Maßgabe der in der Honorarordnung enthaltenen besonderen Bestimmungen und Erläuterungen.

4. Die Honorierung der Erstordination pro Patient und Quartal enthält einen Grundbetrag, der alle jene ärztlichen Leistungen abgilt, die in der Honorarordnung nicht als Einzelleistungen enthalten sind.

5. Die Honorierung der Fachärzte für Radiologie erfolgt ausschließlich nach Einzelleistungen. Das Nähere enthält die Honorarregelung für Radiologen.

6. Die Honorierung der Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik erfolgt ausschließlich nach Einzelleistungen. Das Nähere enthält die Honorarregelung für Laborinstitute.

II.

TARIFANPASSUNG - INDEXIERUNG

DER VERTRAGSHONORARE

Gültig bis 31.12.2000:

Die bisherige Regelung über die Valorisierung der Honorierung der Vertragsärzte - Ermittlung des Änderungsfaktors Honorarautomatik hat bis 31.12.2000 Gültigkeit. Es wird jedoch festgehalten, dass durch den Honorarabschluss der Erhöhungsprozentsatz von 0,85 % vereinbart worden ist und diese Regelung für das Jahr 2000 nicht mehr zur Anwendung kommt.

Regelung ab 1.1.2001:

1. Gegenstand

Für die jährliche Tarifanpassung-Indexierung der Vertragshonorare wird der jährliche Grundfaktor wie folgt festgelegt.

2. Berechnungsmethode des Grundfaktors

Die Berechnung des Grundfaktors erfolgt auf Grundlage der Berechnungsmethode, wie sie in der Vereinbarung vom 29. Juli 1991, abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Namen und namens der Ärztekammern für Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg und Tirol einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im eigenen Namen und namens der § 2 Krankenversicherungsträger in den Bundesländern Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg und Tirol andererseits, vereinbart wurde.

2.1. Der jährliche Grundfaktor wird vom Hauptverband mit der Formel

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

errechnet.

Hierbei bedeutet:

a) "F" jenen Grundfaktor, mit dem die abgerechnete Honorarsumme eines Jahres zu vervielfältigen ist, um die Honorarsumme des darauffolgenden Jahres zu berechnen. Der Grundfaktor ist auf vier Dezimalstellen zu errechnen.

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

c) "B2" die durchschnittliche Beitragsgrundlage aufgrund der Lohnstufeneinreihung aller Versicherten des dem Anwendungsjahr des Grundfaktors zweitvorangegangenen Kalenderjahres.

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

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

2.2. Wird die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung erhöht, dann ist die neue Höchstbeitragsgrundlage erst von jenem Zeitpunkt an den Berechnungen zu Grunde zu legen, an dem für das vorangegangene und zweitvorangegangene Kalenderjahr die statistischen Unterlagen aufgrund der neuen Höchstbeitragsgrundlage vorliegen.

2.3. Der Grundfaktor ist vom Hauptverband zu errechnen und den Kassen bekannt zu geben. Die Kassen werden den Grundfaktor den Ärztekammern bis spätestens 1. Juli des Anwendungsjahres des Grundfaktors bekannt geben.

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

3. <u>Ermittlung des Tarifanpassungsfaktors/ Indexierung</u>

3.1. Der Grundfaktor reduziert sich um höchstens 40 % nach Maßgabe folgender Einflussgrößen:

- Prozentuelle Steigerung der Beitragseinnahmen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse vom zweitvorangegangenen auf das vorangegangene Kalenderjahr.

- Prozentuelle Steigerung der Vertragshonorarsummen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (Honorarsumme inkl. Treueprämie, ohne Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) des zweitvorangegangenen auf das vorangegangene Kalenderjahr.

Die Vertragshonorarsummen der beiden Kalenderjahre sind für die Berechnung um folgende Aufwendungen zu reduzieren:

- für besetzte neue Planstellen
- für neu aufgenommene Leistungen.

Die Beitragseinnahmensummen der beiden Kalenderjahre der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse sind für die Berechnung um folgende Faktoren zu korrigieren:

- um gesetzliche Beitragserhöhungen
- um außerordentliche Anhebungen der Höchstbeitragsgrundlage (die Auswirkungen der routinellen jährlichen Anhebungen der Höchstbeitragsgrundlage werden noch durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse überprüft).

3.2. Der Tarifanpassungsfaktor für das betreffende Jahr wird wie folgt ermittelt:

- Liegt die prozentuelle Beitragseinnahmensteigerung über der prozentuellen Vertragssummensteigerung und ist die Differenz zwischen der prozentuellen Beitragseinnahmensteigerung und der Vertragssummensteigerung höher als/oder gleich wie der Grundfaktor, steht der Grundfaktor zu.

- Ist die Differenz zwischen den Prozentsätzen der Beitragseinnahmensteigerung und der Vertragshonorarsummensteigerung höher als 60 % des Grundfaktors aber kleiner als der Grundfaktor, so steht der konkrete Differenzprozentsatz als Tarifanpassungsfaktor zu.

- Ist die Differenz zwischen den Prozentsätzen kleiner als der Grundfaktor oder ist die prozentuelle Steigerung der Vertragshonorarsumme höher als die prozentuelle Steigerung der Beitragseinnahmen, stehen jedenfalls 60 % des Grundfaktors als Tarifanpassungsfaktor zu.

3.2.1. Der Tarifanpassungsfaktor ist auf vier Dezimalstellen zu errechnen. Die neuen Honorare sind auf ganze Cent auf- bzw. abzurunden.

3.2.2. Der Tarifanpassungsfaktor kommt nur dann zur Anwendung, wenn nicht zwischen den Gesamtvertragsparteien ein anders lautender Prozentsatz (höher oder niedriger) vereinbart wird.

III.

REGELUNG FÜR DIE VERTRETUNG DES VERTRAGSARZTES IM FALLE VON KRANKHEIT, KURAUFENTHALT, URLAUB, FORTBILDUNG, SCHWANGERSCHAFT UND BEFOHLENEN WAFFENÜBUNGEN

1. Krankheit - Kuraufenthalt

1.1. Im Falle der Erkrankung eines Vertragsarztes, die eine zeitweilige Berufsunfähigkeit verursacht, ist dieser verpflichtet, die Meldung der Erkrankung der Ärztekammer für Steiermark, Graz, Kaiserfeldgasse 29, und der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger, Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, unter gleichzeitiger Bekanntgabe des bzw. der Vertreter(s) sofort zu erstatten. Die Meldung hat schriftlich zu erfolgen. Ebenso muss die Meldung über die Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit an die vorgenannten Stellen und an den bzw. die vertretenden Arzt (Ärzte) unverzüglich erfolgen.

1.2. Als Vertretung wegen Erkrankung zählen Kuraufenthalte dann, wenn sie mindestens 21 zusammenhängende Kalendertage (bei Montegrotto und Abano 14 Kalendertage) ohne An- und Abreisetag umfassen. Für die Honorierung des Vertreters hat der Vertragsarzt nach Absolvierung der Kur eine Aufenthaltsbestätigung der Kurverwaltung an die Ärztekammer und an die Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle einzusenden.

1.3. Für die Dauer seiner Erkrankung steht dem Vertragsarzt das Recht zu, den bzw. bis zu drei der nächstgelegenen Vertragsarzt (-ärzte) mit seiner Vertretung zu betrauen.

Ausnahmen sind bei besonderer Begründung möglich. Als nächstgelegener Vertragsarzt gilt in Graz und in den Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern jeder Vertragsarzt, der innerhalb eines Umkreises von einem Kilometer von der Ordination des vertretenen Vertragsarztes oder im gleichen Gemeindebezirk niedergelassen ist. Für Vertretungen, die länger als drei Monate dauern, gilt § 9 Abs. 2 des Gesamtvertrages.

1.4. Der bzw. die Vertreter gilt (gelten) als genehmigt, wenn binnen acht Tagen nach Eingang der Meldung weder von den Krankenversicherungsträgern noch von der Ärztekammer ein Einspruch erhoben wird.

1.5. Die Krankmeldeunterlagen der Krankenversicherungsträger sind dem bzw. den Vertreter(n) zu übergeben. An die Ordinationstüre des erkrankten Vertragsarztes ist ein Aushang, der von der Ärztekammer zur Verfügung gestellt wird und aus dem die Anschrift und Sprechstunden des bzw. der vertretenden Arztes (Ärzte) entnommen werden können, sichtbar anzubringen.

1.6. a) Der zum Vertreter bestellte Vertragsarzt ist berechtigt, für den Patienten, der seinen Krankenkassenscheck bereits bei dem erkrankten Vertragsarzt abgegeben hat, einen Vertretungsschein auszustellen. Zur Kennzeichnung, dass eine Krankheitsvertretung vorliegt, ist die am Vertretungsschein befindliche Rubrik mit der Bezeichnung "K" zu durchkreuzen. Der Vertretungsschein, den sich der Vertreter selbst ausstellt, ist bei Beginn der Behandlung vom Kassenpatienten unterschreiben zu lassen.

b) Für die Honorierung der in Vertretung behandelten Patienten sind die selben Bestimmungen anzuwenden wie bei eigenen Patienten. Bei der Verrechnung der Wegegebühren ist grundsätzlich die Entfernung von der Wohnung des Patienten zur Ordinationsstätte des nächstgelegenen Vertragsarztes (Vertreter) maßgebend.

1.7. In Orten mit nur einem Vertragsarzt sollen nach Tunlichkeit während der Vertretung in der Ordination des vertretenen Vertragsarztes Sprechstunden unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse abgehalten werden. Bei einer solchen Vertretung gelten hinsichtlich der Honorierung die gleichen Regelungen wie vorstehend vereinbart.

1.8. Es bleibt jedem Vertragsarzt unbenommen, sich trotz dieser Regelung in seiner Ordination durch einen von ihm bestellten Arzt im Sinne des § 9 des Gesamtvertrages vertreten zu lassen. In diesen Fällen wird jedoch keine Vergütung an den Vertreter von den Krankenversicherungsträgern geleistet.

1.9. Für die Vertragsfachärzte gilt sinngemäß obige Regelung unter der Voraussetzung, dass am gleichen Ort Fachärzte der gleichen Sparte niedergelassen sind.

1.10. Vertretungsregelung für Vertragsgruppenpraxen

Die vorstehenden Vertretungsregelungen gelten grundsätzlich auch für Gruppenpraxen mit folgenden Abweichungen:

Im Falle der Erkrankung eines Gesellschafters, dessen Fach in der Vertragsgruppenpraxis mit mehr als zwei Ärzten vertreten ist, sind die Gesellschafter des gleichen Faches zur wechselseitigen Vertretung in der Gruppenpraxis verpflichtet, eine gesonderte Meldung ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Ist eine wechselseitige Vertretung aus berücksichtigungswürdigen Gründen nicht möglich oder ist das Fach des verhinderten Gesellschafters in der Gruppenpraxis maximal zweifach vertreten, kann auch ein Arzt, der nicht Gesellschafter ist, zur Vertretung in den Räumlichkeiten der Gruppenpraxis herangezogen werden. In diesem Fall ist eine Meldung im Sinne des Punktes 1.1. zu erstatten.

Sollte eine Vertragsgruppenpraxis nicht offen gehalten werden können (Elementarereignis, Krankheit mehrerer Gesellschafter, etc.), kann die Vertragsgruppenpraxis den (die) bzw. bis zu drei der nächstgelegenen Vertragsarzt (-ärzte) bzw. Vertragsgruppenpraxis(-praxen) mit ihrer Vertretung betrauen.

2. Urlaub

2.1. Für die Vertretung des Vertragsarztes während des Urlaubes gelten grundsätzlich die gleichen Bestimmungen wie sie in den Punkten 1.3., 1.4., 1.5., 1.6., 1.7., 1.8., 1.9. und 1.10. für die Vertretung im Erkrankungsfall festgelegt sind, mit den nachfolgenden Ergänzungen.

2.2. Der beabsichtigte Urlaub ist spätestens zwei Wochen vor Urlaubsantritt unter gleichzeitiger Bekanntgabe des Vertreters bzw. der Vertreter schriftlich der Ärztekammer für Steiermark und der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger zu melden. Ebenso ist jede Änderung der gemeldeten Urlaubsdauer unverzüglich den beiden genannten Stellen schriftlich bekannt zu geben.

2.3. Die Krankenversicherungsträger übernehmen eine Vergütung für die Urlaubsvertretung bis zu einem Höchstausmaß von 36 Kalendertagen im Kalenderjahr. Der Urlaub soll nach Möglichkeit geschlossen absolviert werden, jedoch ist eine Teilung in zwei Urlaubsabschnitte, von welchem der kürzere nicht weniger als sechs Tage betragen darf, zulässig. Die beiden Urlaubsabschnitte oder der geschlossen absolvierte Urlaub sollen womöglich nicht über das Quartalsende genommen werden. Nicht verbrauchte Urlaubstage eines Kalenderjahres können nicht für das folgende Kalenderjahr reserviert werden.

2.4. Die in Punkt 1.6. enthaltenen Bestimmungen für die Krankheitsvertretung sind in analoger Weise für die Urlaubsvertretung anzuwenden. An Stelle der Kurzbezeichnung für Krankheit "K" tritt in den Fällen der Urlaubsvertretung die Kurzbezeichnung "U".

2.5. Vertragsgruppenpraxen können, wenn dies aus betriebsorganisatorischen Gründen notwendig ist, die Gruppenpraxis für die Urlaubsdauer schließen. In diesem Fall gelten die vorstehenden Bestimmungen sinngemäß.

3. Fortbildung

3.1. Der Vertragsarzt ist berechtigt, jährlich einen Zusatzurlaub von 14 Werktagen für den Besuch beruflicher Fortbildungsveranstaltungen zu beanspruchen.

3.2. Die Honorierung der mit dem Symbol "F" gekennzeichneten Vertretungsscheine erfolgt in der gleichen Weise, wie jene für die Krankheitsvertretung.

3.3. Anspruch auf die Honorierung besteht nur dann, wenn für den Fortbildungsurlaub mindestens zwei zusammenhängende Werktage verwendet werden.

3.4. Die Kursteilnahme ist der Ärztekammer für Steiermark nachzuweisen, die hierfür eine Bestätigung der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle zumittelt.

4. Schwangerschaft

Im Fall der Vertretung bei Schwangerschaft wird für die für Dienstnehmer nach dem MSchG geltenden gesetzlichen Fristen die für die Krankheitsvertretung geltende Regelung angewandt.

5. Befohlene Waffenübungen

Im Falle der Vertretung bei befohlenen Waffenübungen ist die Regelung für die Urlaubsvertretung analog anzuwenden. Die dafür in Anspruch genommenen Tage werden jedoch nicht in das Urlaubskontingent eingerechnet.

6. Gemeinsame Bestimmungen

6.1. Anspruch auf Honorierung der Vertretungsscheine besteht nur dann, wenn die Vertretungsmeldungen vertragsgemäß erstattet wurden, die Vertretungsscheine gemäß den Sonderbestimmungen vollständig ausgefüllt und unterschrieben sind.

6.2. Ein Vertretungsschein ist auch dann auszustellen, wenn ein als Vertreter gemeldeter Vertragsarzt von einem Patienten an einem Wochenende zu Beginn oder am Ende der offiziell gemeldeten Vertretungszeit aufgesucht wird, gleichgültig, ob er zum Bereitschaftsdienst eingeteilt ist oder nicht.

6.3. Die Bestimmungen des § 9 (Stellvertretung) des Gesamtvertrages gelten nach wie vor unter Berücksichtigung der vorangeführten Ergänzungen.

6.4. Die Ausstellung von Vertretungsscheinen für Vertretungen innerhalb der Gruppenpraxis ist nicht möglich.

IV.
BEHANDLUNGSSCHEINE

1. Identifikationsteil

Auf den selbst auszufertigenden Drucksorten sind die nachfolgend angeführten Daten einzutragen bzw. zu kontrollieren, ob diese Daten auf den von anderen Personen auszustellenden Drucksorten (z.B. Krankenkassenscheck) eingetragen sind.

a) Vor- und Familienname des Versicherten,

b) vollständige Versicherungsnummer (10stellig) und

c) bei Angehörigen Vorname (bei Namensungleichheit auch Familienname) und Geburtsdatum des Angehörigen.

2. Diagnosen

Um Missverständnissen bei der Verrechnung von Sonderleistungen bzw. bei der Verordnung von Heilmitteln zu vermeiden, ist auf dem Behandlungsschein (bzw. auf der Diskette) im Diagnoseteil jede neu hinzukommende Diagnose anzuführen, wobei die erste Diagnose mit Datum einzutragen ist.

3. Formulare

Die Regelung der Formulare, einschließlich der Unterschrift der Patienten, erfolgt im Anhang zum Gesamtvertrag.

V.
ÜBERWEISUNGSSCHEINE

Hinsichtlich der Ausstellung von Überweisungsscheinen und deren Honorierung, soweit es sich nicht um schriftliche Zuweisungen von Vertragsärzten an Vertragsfachärzte gemäß § 13 Abs. 1 des Gesamtvertrages handelt, wird bestimmt:

1. Die Durchführung einer Zuweisung ist zulässig, jedoch besteht kein Anspruch auf Ordinationshonorierung

   1.1. Zuweisung zur Durchführung von Physikotherapie, Röntgendiagnostik und Laboruntersuchungen

   Zur Vornahme von Behandlungen (Physikotherapie) oder Untersuchungen (Röntgen bei Erster Hilfe, Labor), die der erstbehandelnde Vertrags(fach)arzt mangels entsprechender Einrichtung nicht durchführen kann, oder wenn physikalische Behandlungen am dauernden Wohnort des Erkrankten erfolgen sollen, können Zuweisungsscheine an Allgemeinmediziner ausgestellt werden.

   Die getätigten Physikotherapie-, Röntgen- und Laborleistungen werden in der Höhe des jeweils geltenden Honorartarifes vergütet.

   1.2. Konsilium in der Wohnung des Erkrankten

   Für ein Konsilium in der Wohnung des Erkrankten kann ein Zuweisungsschein ausgestellt werden. Der Konsiliarpartner ist anzugeben.
   Für die Verrechnung ist die Position 012 oder 013 auf der Rückseite des Überweisungsscheines einzutragen.

2. Unter den nachstehend angeführten Bedingungen können Überweisungsscheine ausgestellt werden, die in der Honorierung den Krankenkassenschecks gleichgestellt sind.

   2.1. Überweisungsscheine wegen Ortswechsel des Anspruchsberechtigten

   Als Ortswechsel zählt:

   a) Dauernde Verlegung des Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten von einem Ort in einen anderen Ort.

   b) Vorübergehende Veränderung des Aufenthaltsortes während des Krankenstandes (die Vornahme eines Ortswechsels während eines Krankenstandes darf nur mit Bewilligung der Kasse erfolgen) oder zum Zwecke der Aufnahme in den Krankenstand bzw. zur Nachbehandlung durch den zweitbehandelnden Vertragsarzt.

c) In den Gemeinden Graz und Leoben, bei örtlicher Verschiedenheit der Arbeitsstätte und Wohnung des Anspruchsberechtigten, wenn die Entfernung zwischen dem erstbehandelnden Vertragsarzt und dem gewechselten Erkrankungs(Behandlungs)ort (Arbeitsstätte oder Wohnung) mehr als drei Kilometer beträgt. Bei Inanspruchnahme eines 7zweiten Vertragsarztes, wenn der erstbehandelnde Arzt, der sich in der Nähe der Arbeitsstätte befindet, von der Wohnung des Patienten mehr als drei Kilometer entfernt und der Patient bettlägerig oder gehunfähig ist. (Ausnahmen bewilligt die Kasse.)

In den Fällen a) bis c) sind folgende Eintragungen auf dem Überweisungsschein vorzunehmen:

Zu a) Der Vermerk "Ortswechsel" ist anzuhaken bzw. anzugeben mit Hinzufügen der neuen Anschrift des Anspruchsberechtigten.

Zu b) Der Vermerk "Ortswechsel" ist anzuhaken bzw. anzugeben mit dem Zusatz "Krankenstand", "Krankenstandsaufnahme" oder "Nachbehandlung".

Zu c) Der Vermerk "Ortswechsel" ist anzuhaken bzw. anzugeben mit näherer Begründung.

2.2. Überweisungsscheine wegen Urlaubes eines Anspruchsberechtigten

Für Anspruchsberechtigte, die in Behandlung bei einem Vertrags(fach)arzt stehen, können für die notwendige, planmäßige Fortführung einer begonnenen Behandlung im Urlaubsort in Österreich Überweisungsscheine ausgestellt werden. Diese Scheine sind mit dem Vermerk "Urlaubsschein, notwendige Weiterbehandlung" vom überweisenden Vertrags(fach)arzt zu versehen.

2.3. Überweisung innerhalb einer fachungleichen Vertragsgruppenpraxis

Auch innerhalb einer fachungleichen Vertragsgruppenpraxis finden Überweisungen statt, sodass die Berechnung der Limitierungen und Degressionen möglich ist.

VI.
ERSATZBEHANDLUNGSSCHEIN

Die Ausstellung des Ersatzbehandlungsscheines (§ 15 Abs. 4 des Gesamtvertrages) kann vom Vertragsarzt nach Ablauf von 14 Tagen, gerechnet vom Tage der unabweislichen ersten ärztlichen Behandlung (Erste Hilfe), spätestens jedoch zwei Wochen nach Ende des Kalendervierteljahres, in dem die unabweisliche Behandlung erfolgte, beim zuständigen Versicherungsträger beantragt werden.

Voraussetzung ist, dass der Anspruchsberechtigte den in § 15 des Gesamtvertrages vorgesehenen Erlag nicht geleistet hat und trotz Aufforderung innerhalb der 14-tägigen Frist keinen Behandlungsschein nachbrachte. Der Vordruck für den Ersatzbehandlungsschein ist in allen Teilen auszufüllen und hat zu enthalten:

* Name des Patienten,
* Geburtsdaten,
* Wohnanschrift,
* Dienstgeber,
* Krankenversicherungsträger,
* Versichertenkategorie,
* erster Behandlungstag und die Diagnose,

aus der die Unabweisbarkeit der Inanspruchnahme erkenntlich ist. Bei den anspruchsberechtigten Angehörigen sind auch die Daten des Versicherten, von dem sich der Anspruch ableitet, im Ersatzbehandlungsschein einzutragen. Der Vordruck des Ersatzbehandlungsscheines ist vom Vertragsarzt zu unterschreiben und dem Versicherungsträger zur Bestätigung einzureichen. Die Versicherungsträger behalten sich ausdrücklich die genaue Überprüfung des Ersatzbehandlungsscheines vor.
Der Ersatzbehandlungsschein ist vom Versicherungsträger in jedem Fall an den Vertragsarzt innerhalb von 14 Tagen zurückzustellen, auch wenn dessen Anerkennung versagt wird; Gründe der Ablehnung werden dem Vertragsarzt bekannt gegeben.

VII.

RECHNUNGSLEGUNG, HONORARABRECHNUNG UND HONORARANWEISUNG

1. Die Abrechnungsunterlagen sind von den Vertrags(fach)ärzten bis spätestens 7. des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats bei der Ärztekammer einzureichen. Die Ärztekammer übermittelt die Abrechnungsunterlagen, spätestens bis zum 15. des Monats, an die Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle.

   Wird der Termin für die Vorlage der Abrechnungsunterlagen vom Vertrags(fach)arzt nicht eingehalten, sodass diese nicht am 15. des Einreichungsmonats bei der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle vorliegen, besteht kein Anspruch auf Durchführung der Abrechnung in der laufenden Abrechnungsperiode. Im Falle einer unbegründet verspäteten Einreichung der Rechnungsunterlagen über ein Quartal hinaus werden 5 %, über zwei Quartale 10 %, vom Gesamthonorar zugunsten der Wohlfahrtsfondseinrichtungen der Ärztekammer für Steiermark einbehalten.

2. Die Abrechnungsunterlagen bestehen aus den Behandlungsscheinen, den sonstigen Belegen und der Zusammenstellung. Die Zusammenstellung ist vom Vertrags(fach)arzt dreifach auszufertigen. Das Original erhält die Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle, während je eine Kopie bei der Ärztekammer und beim Vertrags(fach)arzt verbleibt.

   Die Behandlungsscheine sind nach Krankenversicherungsträgern getrennt und innerhalb dieser alphabetisch zu ordnen. Für jede Kasse sind die Behandlungsscheine von "1" beginnend fortlaufend zu nummerieren.

   Die für die Honorarabrechnung notwendigen Vordrucke werden den Vertrags(fach)ärzten über Anforderung zur Verfügung gestellt; die Vordrucke sind in entsprechender Weise auszufüllen.

   Für die Rechnungslegung gilt, dass von den abrechnenden Vertrags(fach)ärzten die Unterschrift auf den Behandlungsscheinen entfallen kann, wenn auf dem Formular VP2 - Aufstellung der Behandlungsscheine (Datenbegleitliste) - der Vertrags(fach)arzt mit der Unterschrift und Stampiglie die Richtigkeit der Abrechnung bestätigt.

3. Für die Rechnungslegung mit maschinell lesbaren Datenträgern gilt das Übereinkommen vom 1.1.1992 (Anlage 1).

4. Ergeben sich aus der Überprüfung der Abrechnung Differenzen, so sind diese zunächst zwischen dem Vertrags(fach)arzt und der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle einvernehmlich zu regeln.

   Kommt eine Bereinigung auf diesem Wege nicht zustande, so ist der Sachverhalt dem Schlichtungsausschuss vorzulegen.

5. Unter der Voraussetzung, dass der Vertrags(fach)arzt die Abrechnung zum festgesetzten Einreichungstermin übermittelt, wird für die laufende Vertragstätigkeit eine monatliche Honorarvorauszahlung gewährt. Die monatliche Vorauszahlung wird eingestellt, wenn der Vertrags(fach)arzt seine Abrechnungsunterlagen nicht bis zum festgesetzten Einreichungstermin vorgelegt hat und keine Terminverlängerung bewilligt wurde.

6. Für die Berechnung der monatlichen Honorarvorauszahlung wird die letzte von der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle fertiggestellte Honorarabrechnung, mit Ausnahme der des jeweiligen ersten Kalendervierteljahres, als Grundlage genommen. Als monatliche Vorauszahlung ist ein Drittel von 70 % des Gesamthonorares zu leisten. Die monatliche Honorarvorauszahlung wird am 1. des Monats, für den die Zahlung bestimmt ist, abgefertigt. Der errechnete Betrag wird kaufmännisch auf den nächst höheren bzw. nächst niedrigeren durch € 50,-- teilbaren Betrag auf- bzw. abgerundet. Die Anweisung des Resthonorars auf die Quartalsabrechnung wird am 30. des dritten Monats, der auf das Kalendervierteljahr folgt, für das die Abrechnung durchgeführt wurde, vorgenommen.

   Sämtliche Honorarzahlungen werden unmittelbar an den Vertrags(fach)arzt bzw. an das vom Vertrags(fach)arzt schriftlich der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle angegebene Konto eines Geldinstitutes geleistet.

7. Regelung bei Erkrankung des Vertragsarztes

   7.1. Muss ein Vertragsarzt (sämtliche Gesellschafter einer Gruppenpraxis) wegen einer Erkrankung seine (ihre) ärztliche Tätigkeit vorübergehend einstellen, so wird die auf die Krankmeldung folgende monatliche Vorauszahlung auf die Hälfte der vertraglichen Höhe herabgesetzt, höchstens jedoch mit € 1.000,-- (für längstens sechs Monate) geleistet. *(Bei Vertragsgruppenpraxen multipliziert sich der Betrag von € 1.000,-- mit der Anzahl der Gesellschafter.)* Die monatliche Vorauszahlung ist in der vertraglichen Höhe aufzunehmen, wenn der Vertragsarzt bis zur Fälligkeit der übernächsten Vorauszahlung seine Tätigkeit wieder ausübt.

   7.2. Geht die Dauer der Erkrankung über die Fälligkeit der zweiten Vorauszahlung - gerechnet vom Tage der Erkrankung - hinaus, dann wird die Vorauszahlung für insgesamt höchstens sechs Monate, im Betrag, der sich aus Abs. 1 ergibt, weiterbezahlt. In diesem Falle wird die zweite Vorauszahlung nur unter der Voraussetzung gewährt, dass der Vertrags(fach)arzt sich zur Rückzahlung der gewährten Honorarvorschüsse verpflichtet, soweit diese nicht durch Honoraransprüche des Vertrags(fach)arztes gedeckt sind. Die Rückzahlungspflicht besteht für den Vertrags(fach)arzt auch dann, wenn er den Vertrag kündigt oder ohne Kündigungsfrist aus dem Vertrag ausscheidet. Vor der Gewährung der zweiten Vorauszahlung hat der Vertrags(fach)arzt eine Verpflichtungserklärung (Anlage 2) vorzulegen. Ungedeckte Honorarvorschüsse, die sich nach Aufrechnung gegen etwaige Honoraransprüche des

Vertrags-

arztes nach seinem Ausscheiden ergeben, sind von ihm binnen sechs Monaten - gerechnet vom Tag der Auszahlung des letzten Vorschusses - rückzuerstatten.

Bei Uneinbringlichkeit eines offen gebliebenen Restbetrages wird die Abdeckung im Einvernehmen der Vertragsparteien im Rahmen der Honorarverhandlungen geregelt.

7.3. Für die Neuberechnung der monatlichen Vorauszahlung nach Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit dient die erste von der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle fertiggestellte Honorarabrechnung.

7.4. Die zugunsten der Ärztekammer für Steiermark durchgeführten Honorareinbehalte sind längstens bis zum 18. des auf die Zahlung des Resthonorares folgenden Monats an die Ärztekammer abzuführen. Auf die Honorareinbehalte ist gleichzeitig mit der Anweisung der Resthonorare an die Vertragsärzte eine Akontierung in der Höhe von 30 % des Einbehaltes zu leisten.

8. *Aufgrund der unterschiedlichen Limitierungs- und Degressionsregelungen pro Fachgruppe wird bei Vertragsgruppenpraxen eine gesonderte Abrechnung nach Fächern durchgeführt.*

VIII.
ERSCHWERNISZULAGE FÜR LANDÄRZTE

Für bestimmte Landärzte (Allgemeinmediziner) mit den in der Anlage 3 angeführten Berufssitzen wird eine Erschwerniszulage gewährt.

Diese Zulage besteht aus:

1. einem Zuschlag von 25 % oder 50 % zur Gesamthonorarsumme, abzüglich der Honorare für die Ordinationen, den Bereitschaftsdienst und die Physikotherapie und

2. einer Sonderzulage für bestimmte Planstellen für die Differenz zwischen der Anzahl der tatsächlich in Rechnung gestellten Behandlungsfälle und 500 Behandlungsfällen, jedoch höchstens für 100 Behandlungsfälle pro Quartal.

   Pro Behandlungsfall, der sich aus dieser Differenzberechnung ergibt, wird der durchschnittliche Aufwand an Ordinationshonorar bezahlt. Nach den aktuellen Berechnungsparametern beträgt dieser 1993 € 19,68.

Die Sonderzulage ist an die Voraussetzung gebunden, dass der Vertragsarzt mindestens 300 Behandlungsscheine pro Quartal aus eigener Vertragstätigkeit zur Verrechnung vorlegt und die Gewährung dieser Sonderzulage für die betreffende Planstelle ausdrücklich zwischen den Vertragsparteien vereinbart ist. Für die Auswahl der mit einer solchen Sonderzulage auszustattenden Planstelle sind die verkehrsgeographische Lage, die Entfernung zum nächstgelegenen Vertragsarzt und die Anzahl der in diesem abgeschiedenen Gebiet wohnenden Versicherten und deren Angehörige maßgebend.

3. Die Mutter-Kind-Pass-Honorare und die Vorsorgeuntersuchungs-Honorare sind nicht in die Berechnungsgrundlage für die Erschwerniszulage einzubeziehen.

IX.
ABGESTUFTE HONORIERUNG BEI SONDERLEISTUNGEN UND ORDINATIONEN

1. Sonderleistungen

1.1. Die nachfolgend angeführten Leistungen bzw. Leistungsgruppen werden nach Maßgabe der in Pkt. 3 enthaltenen Tabelle abgestuft honoriert:

- Leistungen aus Fachgebieten, mit Ausnahme derer, die einer zahlenmäßigen Beschränkung unterliegen (Abschnitt B, II)
- Laborleistungen der allgemeinen Fachärzte (Abschnitt B, V/A)
- physikotherapeutische Leistungen (Abschnitt B, III)
- Röntgenleistungen der Allgemeinmediziner und allgemeinen Fachärzte (Abschnitt B, IV)

1.2. Die Feststellung der Honorarsumme, der in Pkt. 1 angeführten Leistungen erfolgt grundsätzlich mit den im Tarifverzeichnis angeführten Honoraransätzen. Bis zu der Summe, die sich aus Multiplikation der Behandlungsfälle des Arztes *(des Gesellschafters bzw. der Gesellschafter eines Faches in der Gruppenpraxis)* mit dem in der Tabelle in Pkt. 3. ausgewiesenen Betrag errechnet, werden die Leistungen mit dem Honoraransatz lt. Tarifverzeichnis honoriert (Stufe 1).

Darüber hinausgehende Leistungen werden bis zu 20 % der für die Stufe 1 errechneten Summe mit 2/3 des Honoraransatzes lt. Tarifverzeichnis honoriert. Alle darüber hinausgehenden Leistungen werden mit 1/3 des Honoraransatzes lt. Tarifverzeichnis honoriert.

1.3. Die angeführten Beträge gelten pro Behandlungsfall und Quartal:

FACHGEBIET		gültig ab 1.1.2005 Stufe 1 Vollhonor.
ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN	€	5,7156
FÄ FÜR AUGENHEILKUNDE	€	18,0290
FÄ FÜR CHIRURGIE	€	27,2900
FÄ FÜR DERMATOLOGIE	€	23,5421
FÄ FÜR GYNÄKOLOGIE	€	12,7779
FÄ FÜR HNO	€	23,7633
FÄ FÜR INNERE MEDIZIN	€	12,5660
FÄ FÜR KINDERHEILKUNDE	€	9,3467
FÄ FÜR LUNGENHEILKUNDE	€	51,8092
FÄ FÜR NEUROLOGIE/PSYCHIATRIE bzw. PSYCHIATRIE/NEUROLOGIE	€	28,2230
FÄ FÜR ORTHOPÄDIE	€	45,5468
FÄ FÜR UROLOGIE	€	35,5751

2. Ordinationen

(verrechenbar bei ärztlichen Leistungen)

2.1. Erstordination

Die Erstordination ist pro Behandlungsschein einmal pro Quartal verrechenbar.

Sind in einer Vertragsgruppenpraxis Ärzte verschiedener Fachgruppen tätig, so kann pro tätig werdender Fachgruppe jeweils einmal im Quartal eine Erstordination pro Behandlungsschein verrechnet werden.

2.2. Weitere Ordinationen

Jede weitere Ordination während eines Quartals wird gesondert bezahlt. Die Honoraransätze der weiteren Ordinationen sind in drei Stufen gegliedert. Die Anzahl der weiteren Ordinationen, die mit dem Honorar der jeweiligen Stufe bezahlt werden, wird durch Multiplikation der Gesamtzahl der Behandlungsfälle des Vertrags(fach)arztes *(der jeweilig betroffenen Fachgruppe in der Vertragsgruppenpraxis)* pro Quartal mit den für die Allgemeinmediziner und Fachärzte nachangeführten Faktoren festgestellt.

	Stufe 1 bis inkl.	Stufe 2	Stufe 3
- ALLGEMEINMEDIZINER:	1,40	zw. 1,40 u. 1,70, d.s. 0,30	über 1,70
- FG AUGEN:	0,20	zw. 0,20 u. 0,24, d.s. 0,04	über 0,24
- FG CHIRURGIE:	1,11	zw. 1,11 u. 1,34, d.s. 0,23	über 1,34
- FG DERMATOLOGIE:	0,60	zw. 0,60 u. 0,73, d.s. 0,13	über 0,73
- FG GYNÄKOLOGIE:	0,25	zw. 0,25 u. 0,30, d.s. 0,05	über 0,30
- FG HNO:	0,93	zw. 0,93 u. 1,13, d.s. 0,20	über 1,13
- FG INT. MEDIZIN:	0,54	zw. 0,54 u. 0,65, d.s. 0,11	über 0,65
- FG KINDERHEILKUNDE:	0,55	zw. 0,55 u. 0,67, d.s. 0,12	über 0,67
- FG LUNGENHEILKUNDE:	0,25	zw. 0,25 u. 0,30, d.s. 0,05	über 0,30
- FG NEUOROLOGIE:	0,89	zw. 0,89 u. 1,09, d.s. 0,20	über 1,09
- FG ORTHOPÄDIE:	0,48	zw. 0,48 u. 0,58, d.s. 0,10	über 0,58
- FG UROLOGIE:	0,64	zw. 0,64 u. 0,77, d.s. 0,13	über 0,77

X.
ZWEITORDINATION

Zum Zwecke der Sicherstellung einer ausgewogenen vertragsärztlichen Versorgung (Stellenplan) und zum Zwecke der Sicherstellung des Sachleistungsprinzips wird vereinbart, dass die beabsichtigte Eröffnung einer Zweitordination im Stadtgebiet Graz vom Vertragsarzt der Ärztekammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben ist. Wird seitens des Versicherungsträgers oder der Ärztekammer innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht kein Einspruch erhoben, so gilt der Einzelvertrag auch für die Tätigkeit am zweiten Berufssitz.

Wird vom Versicherungsträger oder der Ärztekammer binnen zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht Einspruch erhoben, hat der Vertragsarzt zu entscheiden, ob er den zweiten Berufssitz trotzdem begründet, und dies innerhalb eines Monats der beeinspruchenden Stelle bekannt zu geben.
Wird der zweite Berufssitz trotz Einspruches begründet, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses. Das Einzelvertragsverhältnis endet mit dem Ablauf des nächsten Quartales, das der Gründung des zweiten Berufssitzes folgt.

Eine Zweitordination für eine Vertragsgruppenpraxis ist nicht möglich.

Diese Regelung erfasst Begründungen von Zweitordinationen nach dem 31.12.1994 und ist in die ab 1.1.1995 vom Vorstand der Ärztekammer für Steiermark und dem Geschäftsausschuss der steirischen § 2-Krankenversicherungsträger beschlossenen Einzelverträge ausdrücklich aufzunehmen.

Die Begründung einer Zweitordination durch den Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis am Standort der Vertragsgruppenpraxis ist unzulässig.

XI.
FOLGEKOSTEN - MEDIKAMENTAUFWAND

Ziel der Vertragspartner ist, die Zuwächse der Medikamentenaufwendungen zu reduzieren.

45 % der jährlich erzielten Reduktion bei den Zuwächsen der Aufwendungen für Medikamente werden für die Aktualisierung des Leistungskataloges verwendet. Für die Verwendung weiterer 10 % sind einvernehmlich Festlegungen zu treffen, wobei die finanzielle Situation der Kasse zu berücksichtigen ist.

Wenn das gemeinsame Ziel der Reduktion der Zuwächse beim Medikamentenaufwand nicht erreicht ist, werden die Vertragspartner spätestens nach 3 Jahren, gerechnet ab 1. Jänner 2001, Verhandlungen über weitere honorarpolitische Maßnahmen führen.

Als Vergleichparameter wird der Aufwand für Medikamente pro Behandlungsschein herangezogen (ohne Fachärzte für Labormedizin und Fachärzte für Radiologie).
Die effektiven Einsparungen sind nach Vorliegen der Vergleichsdaten zwischen Kasse und Ärztekammer festzustellen.

Die Vergleichsdaten ergeben sich aus der Gegenüberstellung der Medikamentenaufwandssteigerung pro Behandlungsschein aus dem Zeitraum vom 1.10.1999 bis 30.9.2000 (gegenüber dem Vorjahreszeitraum) mit der Medikamentenaufwandssteigerung pro Behandlungsschein aus dem Zeitraum 1.10.2000 bis 30.9.2001. Die Einsparung ergibt sich in dem Ausmaß, in dem die Steigerung im aktuellen Vergleichszeitraum (1.10.2000 bis 30.9.2001) unter der des vorangegangenen Jahres liegt.

Die Gesamtsumme der Einsparung ergibt sich durch Multiplikation des Einsparungsbetrages pro Behandlungsschein mit der Gesamtzahl der Behandlungsscheine aus dem Einsparungszeitraum (1.10.2000 bis 30.9.2001).

Gleiches gilt für die Folgejahre.

B.
HONORIERUNG DER ALLGEMEINEN LEISTUNGEN UND SONDERLEISTUNGEN

ABSCHNITT I

ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINE FACHÄRZTE
ORDINATIONEN UND VISITEN, WEGEGEBÜHREN UND BEREITSCHAFTSDIENST

Pos.Nr.:	Art der Leistung:		€
	I a Ordinationen und Visiten:		
015	Ordination:		
	Erstordination (beinhaltet € 7,07 Grundbetrag)		14,30
	u n d		
	weitere Ordination	Stufe 1	5,48
		Stufe 2	3,80
		Stufe 3	3,37
001	Nachtordination (Uhrzeit der Inanspruchnahme ist anzugeben)		20,57
002	Dringende Ordination außerhalb der Sprechstunde (Uhrzeit der Inanspruchnahme ist anzugeben)		8,21
003	Tagbesuch an Werktagen		26,94
004	Tagbesuch an Sonn- oder Feiertagen		32,95
005	Besuchszuschlag (verrechenbar bei gleichzeitigem Besuch mehrerer Anspruchsberechtigter; siehe Pkt. 1.3.4. der Erläuterungen zu Abschnitt I)		5,26
006	Dringender Besuch während der Ordinationszeit (Uhrzeit der Besuchsausführung ist anzugeben)		35,99
007	Besuch bei Nacht (Uhrzeit der Berufung ist anzugeben)		51,44

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
012	Konsilium in der Wohnung des Erkrankten bei Tag (der Konsiliarpartner ist anzugeben)	39,21
013	Konsilium in der Wohnung des Erkrankten bei Nacht (der Konsiliarpartner ist anzugeben)	44,53
014	Zuschlag bei aufwändiger Visite in Alten- und Pflegeheimen sowie bei häuslich betreuten Pflegebedürftigen nach Spitalsaufenthalt oder bei zusätzlichen akuten Erkrankungen, wie z.B. Pneumonie, akute cardiale Dekompensation, Insult – Reinsult und diabetische Stoffwechselentgleisung (nicht verrechenbar bei normalen Kontrollvisiten; verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin; siehe Pkt. 1.3.9. der Erläuterungen zu Abschnitt I) **ab 1.1.2006**	16,14

I b Wegegebühren:

Ein Doppelkilometer bei Tag	1,29
Ein Doppelkilometer bei Nacht	1,93
Gehviertelstunde	3,06
Fixes Wegegeld für Graz	2,37
Leoben	2,37
Kapfenberg	2,37

1 c Bereitschaftsdienst:

Bereitschaftsdienst am Land für je 12 Stunden	82,27
Funkärztlicher Bereitschaftsdienst in Graz für je 12 Stunden	312,74

ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINE FACHÄRZTE
ORDINATIONEN UND VISITEN, WEGEGEBÜHREN UND BEREITSCHAFTSDIENST
ERLÄUTERUNGEN

1. Ordinationen und Visiten (I a)

1.1. Eintragung am Behandlungsschein

Jede Ordinationsleistung (Erstordination und alle weiteren Ordinationen) ist am Behandlungsschein einzutragen.

1.2. Serienbehandlung

1.2.1. Die Regelung zur Serienbehandlung erfasst folgende Leistungen: Physikotherapie, i.m.-Injektionen.
Eine Serienbehandlung liegt nur dann vor, wenn während eines Quartales mehr als fünf gleiche Leistungen bei gleicher Diagnose und in Folge erbracht werden.

1.2.2. Bei einer Serienbehandlung wird eine Ordination bei der ersten und bei der letzten Leistung honoriert.
Werden zwischen einer Serie Ordinationen durchgeführt, können diese in Rechnung gestellt werden, wenn auf der Rückseite des Behandlungsscheines auch eine kurze Begründung angegeben ist. Eine neue Diagnose (mit Datumsangabe) auf der Vorderseite gilt als Begründung.

1.2.3. i.v.-Injektion, Infusionen:
Hier wird auch bei Serienbehandlung bei jeder Injektion bzw. Infusion eine Ordination bezahlt.

1.3. Visiten - Ordinationen/Verrechnungsmodalitäten

1.3.1. Jede Visite wird mit dem lt. Tarifverzeichnis zugeordneten Honorar bezahlt. Erfolgen in einem Quartal bei einem Patienten nur Besuchs-, aber keine Ordinationsleistungen, so wird beim ersten Besuch zusätzlich zum Visitenhonorar der Grundbetrag bezahlt, ohne dass dieser gesondert einzutragen ist.

1.3.2. An einem Wochenende, an dem der Vertragsarzt Bereitschaftsdienst versieht, kann weder die Pos. 002 noch die Pos. 006 verrechnet werden.

1.3.3. Mehr als eine Ordination an einem Tag und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination muss vom Vertragsarzt begründet werden. Diese Regelung ist auch auf Hausbesuche anzuwenden.

1.3.4. Wenn bei einem Hausbesuch mehrere bettlägerig erkrankte Versicherte bzw. anspruchsberechtigte Angehörige (gemeinsamer Haushalt, Altersheim, Erholungsheim oder dgl.) gleichzeitig behandelt werden, kann der Hausbesuch nur für einen Versicherten oder Angehörigen verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten ist der Besuchszuschlag für Mehrfachbesuche (Pos. 005) sowie das Ordinationshonorar zu verrechnen.

1.3.5. Vertragsärzte, die im Bereitschaftsdienst stehen, können für Tagbesuche ab Dienstbeginn das Besuchshonorar Pos. 004 verrechnen.

1.3.6. Bei Verrechnung von Nachtbesuchen und Nachtordinationen ist die Uhrzeit der Berufung bzw. der Inanspruchnahme in der Ordination anzuführen. Als Nachtzeit gilt die Zeit von 20.00 Uhr bis 07.00 Uhr.

1.3.7. Eine dringende Ordination kann nur für den Fall einer unabweislichen Erstversorgung nach beendeter Ordinationstätigkeit verrechnet werden (Pos. 002 mit Angabe der Uhrzeit).

1.3.8. Mit der Honorierung eines Nachtbesuches kann nicht gleichzeitig ein Honorar für einen Besuch an Werk-, Sonn- oder Feiertagen verrechnet werden.

1.3.9. Für die Leistung Pos. 014 stehen pro Jahr € 517.392,69 zur Verfügung. Sollte dieser Betrag unterschritten werden, so wird die Differenz zum Gesamtbetrag an jene Vertragsärzte ausbezahlt, die diese Leistung verrechnet haben und zwar auf Basis der tatsächlich verrechneten Frequenzen. Sollte dieser Betrag überschritten werden, wird der Tarif bei diesen Vertragsärzten entsprechend gekürzt.

2. Wegegebühren (I b)

2.1. Die Wegegebühren werden in Doppelkilometern abgerechnet. Pro Doppelkilometer wird der im Tarifverzeichnis jeweils gültige Ansatz vergütet.
Für die Feststellung, ob Tag- oder Nachtwegegebühren zu berechnen sind, ist bei allen Besuchen die Verrechnung des Besuches als Tag- oder Nachtbesuch maßgebend.

Für allgemein mit Kraftfahrzeugen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbare Wege in Gegenden mit Gebirgscharakter wird für eine Gehviertelstunde der im Tarifverzeichnis jeweils gültige Ansatz vergütet.

2.2. Der Anspruch auf Wegegebühren besteht ab dem ersten Doppelkilometer, wenn die Entfernung mehr als einen Kilometer beträgt.
Für Hausbesuche im Umkreis von einem Kilometer, gerechnet vom Ordinationssitz des Vertragsarztes, besteht kein Anspruch auf Wegegebühren. Als Entfernung gilt die Wegstrecke von der Ordination des Vertragsarztes zur Wohnung des Erkrankten, wobei Reststrecken unter 500 Metern nicht berücksichtigt, über 500 Meter auf den vollen Kilometer aufgerundet werden.

2.3. Am gleichen Tag können bei Besuchen im selben Ort Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind in der Wegegebührenabrechnungsliste zu begründen. Bei gleichzeitigem Besuch mehrerer Versicherter oder anspruchsberechtigter Angehöriger auf der gleichen Wegstrecke können die Wegegebühren nur für den am entferntest wohnenden Patienten verrechnet werden. Für die übrigen, auf der gleichen Wegstrecke besuchten Patienten, entfällt eine Kilometergebührenverrechnung. Bei Wegabzweigungen kommen die Kilometerunterschiede zur Anrechnung.

2.4. Zu Hausbesuchen darf nur der nächstgelegene Vertragsarzt in Anspruch genommen werden; es werden daher grundsätzlich nur die Wegegebühren vergütet, die dem nächstgelegenen Vertragsarzt zustehen. Nimmt der Patient nicht den nächstgelegenen Vertragsarzt in Anspruch, so ist der berufene Vertragsarzt berechtigt, die Mehrkosten an Entfernungsgebühren dem Anspruchsberechtigten unmittelbar zu verrechnen (§ 12 Abs. 5 des Gesamtvertrages).
Wenn in dringenden Fällen der nächstgelegene Vertragsarzt nicht erreichbar ist, kann der nächsterreichbare berufene Vertragsarzt die vollen Wegegebühren in Rechnung stellen. In diesem Falle entfällt die Verrechnung der Mehrkosten mit dem Anspruchsberechtigten.

2.5. Für die Städte Graz, Leoben und Kapfenberg gilt für die Verrechnung von Wegegebühren folgende Sonderregelung:

a) Für Graz, Leoben und Kapfenberg erfolgt die Wegegeldentschädigung in Form eines fixen Betrages für jeden nachstehend angeführten Hausbesuch:

Tagbesuch (Pos. 003), dringender Besuch während der Ordinationszeit (Pos. 006), Konsilium in der Wohnung des Erkrankten bei Tag (Pos. 012).
Anspruch auf das fixe Wegegeld hat jeder Vertrags(fach)arzt, der in Graz, Leoben oder Kapfenberg seine Ordinationsstätte besitzt.
Das fixe Wegegeld wird in Höhe des jeweils gültigen Ansatzes im Tarifverzeichnis vergütet.
Mit der Vergütung des fixen Wegegeldes fällt jede Kilometergebührenverrechnung, auch wenn der Besuch über den Umkreiskilometer hinausgeht, weg.

b) Für Nachtbesuche werden in den Städten Graz, Leoben und Kapfenberg, bei Wegfall des fixen Wegegeldes, die Kilometergebühren in Höhe des jeweils gültigen Ansatzes im Tarifverzeichnis pro Doppelkilometer vergütet, sofern die Wohnung des Patienten mindestens einen Kilometer von der Ordinationsstätte des berufenen Vertragsarztes entfernt ist.
Unter den gleichen Voraussetzungen werden auch für Tagbesuche an Sonn- und Feiertagen Kilometergebühren bezahlt, wobei die Gebühr für einen Doppelkilometer in Höhe des jeweils gültigen Ansatzes im Tarifverzeichnis vergütet wird.

3. Bereitschaftsdienst (I c)

3.1. Vertragsärzte, die zum Sonn- und Feiertagsdienst eingeteilt sind, erhalten ein Bereitschaftsdienstpauschale.

3.2. Der Sonntags-Bereitschaftsdienst beginnt am Samstag um 07.00 Uhr und endet am Montag um 07.00 Uhr. Der Feiertags-Bereitschaftsdienst beginnt um 19.00 Uhr des dem Feiertag vorangehenden Tages und endet um 07.00 Uhr des dem Feiertag folgenden Tages.
Der Bereitschaftsdienst zu Ostern und Pfingsten beginnt jeweils am Samstag um 07.00 Uhr und endet am darauffolgenden Dienstag um 07.00 Uhr; zu Weihnachten beginnt der Bereitschaftsdienst jeweils am 24.12. um 07.00 Uhr (sofern der 24.12. kein Sonntag ist) und endet um 07.00 Uhr des dem Stefanitag folgenden Werktages. Zu Silvester beginnt der Bereitschaftsdienst jeweils am 31.12. um 07.00 Uhr, sofern er ein Werktag ist.

3.3. Die Vergütung für den Bereitschaftsdienst von Samstag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr sowie das Pauschale für den Feiertagsdienst wird in Höhe des jeweils gültigen Ansatzes im Tarifverzeichnis geleistet.

3.4. Für Ärzte, die aus verkehrsgeographischen Gründen keinem Dienstsprengel angeschlossen werden können, wird das Bereitschaftsdienstpauschale jeweils für die Hälfte der Sonn- und Feiertagsdienste eines Quartales vergütet, vorausgesetzt, dass diese Dienste tatsächlich stattfinden. Sonderregelungen für Ausnahmefälle behalten sich die Vertragsparteien vor.

3.5. Außer dem Bereitschaftsdienstpauschale gebührt dem Vertragsarzt für die ärztliche Inanspruchnahme das Honorar nach den jeweils gültigen Honorartarifen.

3.6. Funkärztlicher Bereitschaftsdienst Graz

Diesbezüglich gelten die Vereinbarung über den funkärztlichen Bereitschaftsdienst in Graz vom 22.10.1979 und das Abkommen über den funkärztlichen Bereitschaftsdienst in Graz vom 16.10.1979 in der jeweils geltenden Fassung (Anlage 4).

Für die Dauer dieser Vereinbarungen erfolgt die Vergütung nach den im Tarifverzeichnis angeführten Ansätzen.

LEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN
ALLGEMEINE EINZELLEISTUNGEN

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (nur für allgem. Fachärzte; siehe Pkt. 2.1. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	3,94
	Blutentnahmen	
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,50
102	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern unter 6 Jahren (nur für Einsendungen)	2,23
103	Blutentnahme aus der Vene (Punktion der Vene am Krankenbett, nur für Einsendungen)	2,83
104	Aderlass mit Skalpell oder Nadel	3,73
105	Aderlass mit Freilegung der Vene	7,90
	Injektionen	
106	i.v.-Injektion	1,74
107	i.v.-Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	2,13
108	i.m.-Injektion	1,53
109	Alkoholinjektion	7,90
110	Retrobulbäre Injektion	2,89
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal)	
	1. Injektion	4,76
	Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal)	
	1. Injektion	4,76
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je	3,13
	Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. bis 5. Injektion je	3,13

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
114	Intraarticuläre Injektion (nur für FÄ für Orthopädie, Unfallchirurgen, Chirurgen und Internisten; siehe Pkt. 2.7. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	13,68
115	Subcutane Injektion zur Hyposensibilisierung inkl. der medizinischen Überwachung des Patienten	1,89
	Infusionen	
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	4,93
121	Subcutane oder intravenöse Infusion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	9,85
	Punktionen	
125	Punktion des Schleimbeutels, Hydrocele, kalt. Abszess	9,24
126	Gelenkspunktion (ausgenommen Injektionsbehandlung)	12,91
127	Therapeutische Punktion der großen Körperhöhlen mit Troikart	10,57
128	Sternalpunktion (nur für FÄ für Innere Medizin)	9,53
129	Lumbalpunktion oder Suboccipitalpunktion (nur für FÄ für Chirurgie, Dermatologie, Kinderheilkunde und Neurologie)	10,57
	Infiltrationen	
130	Paravertebrale Blockade durch Injektion an Nervenganglien oder an Nervenstämme; verrechenbar von FÄ für Orthopädie und FÄ für Neurologie max. 10 x pro Patient und Quartal, von Ärzten für Allgemeinmedizin sowie den übrigen Fachärzten 6 x pro Patient und Quartal ohne Begründung und max. weitere 4 x pro Patient und Quartal mit besonderer Begründung.	8,21

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	1,53
132	Infiltration an tiefergelegenen paravertebralen Strukturen wie ligamentäre, muskuläre Insertionen sowie Wirbelgelenke; pro Patient 2 x pro Tag und Teilsegment der Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) verrechenbar.	4,19
	Betäubungen	
135	Leitungsanästhesie	3,73
136	Infiltrationsanästhesie	2,54
	Die Positionen 135 oder 136 dürfen nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem "+" versehen ist.	
137	Inhalations- oder Blutbahnnarkose	9,53
	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
140	Magenspülung bei Vergiftung	7,90
141	Rektale Untersuchung	1,79
	Zeitaufwand bei lebensbedrohlichen Gesundheitszuständen	
145	Anwesenheit bei lebensbedrohlichen Zuständen bis zu 1 Stunde (siehe Pkt. 2.10. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	16,38
146	Anwesenheit bei lebensbedrohlichen Zuständen bis zu 1 1/2 Stunden (siehe Pkt. 2.10. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	24,56

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch) verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, von FÄ für Innere Medizin und FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in 18 %, von den übrigen Fachärzten (ausgenommen FÄ für Radiologie, Labormedizin und physikalische Medizin) in 11 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 3 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	11,19
148	Hausärztlicher Koordinationszuschlag verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin einmal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 6% der Behandlungsfälle pro Quartal. (siehe Pkt. 2.17. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	10,74

Verrichtungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Augenheilkunde (siehe Pkt.2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	1,01
	Untersuchungen	
150	Bestimmung des Astigmatismus (Javal)	4,56
151	Untersuchung mit der Spaltlampe (Biomikroskop)	3,66
152	Ophtalmoskopie, Untersuchung des Augenhintergrundes mit dem Augenspiegel (Fundus)	2,66
153	Tonometrie	1,89
154	Skiaskopie (wenn diese mit Pupillenerweiterung zur genauen, objektiven Refraktionsbestimmung durchgeführt werden muss)	6,84

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
155	Perimetrie-Skotometrie nach allen Methoden	12,16
156 +	Probeexcision mit Naht	7,90
157	Prüfung des Augenmuskelgleichgewichtes (Heterophoriebestimmung, Doppelbilder, Schielwinkelmessung)	3,03
158	Gonioskopie, Kontaktglasuntersuchung bei Glaukom- u. Netzhauterkrankungen	8,91
159	Orthoptik (Untersuchung und Behandlung des Binocularsehens)	7,22
160	Applanationstonometrie inkl. Spaltl.	6,46
161	Tränenfilmdiagnostik (Schirmertest), nur für FÄ für Augenheilkunde	2,28
162	Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie, verrechenbar von FÄ für Augenheilkunde in 15 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 2.12. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	19,76
	Therapeutische Verrichtungen	
170	Entfernung einfacher Hornhautfremdkörper	7,22
171	Entfernung tiefer gelegener Hornhautfremdkörper	19,01
172	Entfernung eines Tränensackabszesses	3,59
173 +	Epilation von Cilien (elektrolytisch od. diathermisch)	4,19
174 +	Entfernung von Geschwülsten der Lider (Chalazion usw.) ausschließlich Epilation und Probeexcision	38,01
175 +	Lidoperation (inkl. Nahtmaterial)	38,01
176 +	Operation eines Pterygiums oder Operation an der Bulbusbindehaut	53,20

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
177	Operation an der Hornhaut einschließlich Verschorfung des ulcus serpens	26,60
178 +	Operation an den Tränenwegen (Tränendrüse, Tränenröhrchen, Tränensack)	30,56
179	Spülung und Sondierung der Tränenwege (erstmalig)	11,39
180	Spülung und Sondierung der Tränenwege (weitere)	5,92
181	Lasercoagulation verrechenbar von FÄ für Augenheilkunde und Optometrie	
	Staffelregelung pro Quartal:	
	bis einschließlich der 12. Behandlung	185,34
	von der 13. bis zur 16. Behandlung	162,94
	von der 17. bis zur 19. Behandlung	141,56
	ab der 20. Behandlung	119,15
	(siehe Pkt. 2.18. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	

Verrichtungen aus dem Gebiete der Chirurgie und Orthopädie

	Fachspezifische Zuschlagsposition	
	für Fachärzte für Chirurgie	8,70
	für Fachärzte für Orthopädie	0,31
	(siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	
200	Rektoskopie (nur von FÄ für Chirurgie, Innere Medizin und Urologie)	19,07
201	Gastroskopie (nur von FÄ für Chirurgie und Innere Medizin verrechenbar)	57,00
202	Coloskopie (nur von FÄ für Chirurgie und Innere Medizin verrechenbar)	68,40
203	Ergänzende Untersuchung unter Berücksichtigung des orthopädischen Grundleidens, verrechenbar von FÄ für Orthopädie	12,16

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
204	Chirodiagnostik und Chirotherapie, verrechenbar von FÄ für Orthopädie; maximal drei Sitzungen pro Patient und Quartal (siehe Pkt. 2.11. der Erläuterungen zu Abschnitt II) je Sitzung	14,44
205	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht, verrechenbar von FÄ für Orthopädie in 10 % und FÄ für Kinderheilkunde in 12 % der Behandlungsfälle eines Quartales (siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	21,27
	Wundversorgungen	
210 +	Operative Wundversorgung bis 5 Nähte	18,21
211 +	Operative Wundversorgung 6 bis 10 Nähte	24,16
212 +	Operative Wundversorgung über 10 Nähte einschließlich fixierenden Verbandes	38,44
213 +	Gedeckte Tenotomie	17,13
214 +	Sehnennaht, offene Tenotomie	26,96
	Operative Eingriffe	
220 +	Nagelentfernung	8,69
221 +	Radikaloperation des eingewachsenen Großzehennagels	22,93
222 +	Implantation von Hormonkristallen	10,15
223 +	Phimosenoperation	14,41
224 +	Probeexcision mit Naht	10,82

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
225 +	Verschorfung einer Analfisur, eines Nod.haemorr.einschl.Sphinct.Dehnung, Spaltung einer Analfistel; operative Entfernung eines Hämorrhoidalknotens, Gummibandligatur	19,76
226 +	Exstirpation kleiner Neubildungen oder tiefer in der Unterhaut gelegener Fremdkörper (Warzen ausgeschlossen)	17,71
227 +	Exstirpation größerer Neubildungen, tiefer Fremdkörper oder Sequester	19,01
228	Excision von Fibroepitheliomen mit Anästhesie pro Sitzung	9,58
229 +	Operation des Dupuytren oder der Epicondylitis (nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	47,71
230 +	Operation des Sehnenscheidenganglions oder des Gelenksganglions (nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	27,34
231 +	Operation der Sehnenscheidenstenose (nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	26,20
232 +	Eröffnen und Verband von Abszessen, Panaritien, Phlegmonen und Karbunkeln	20,46
233 +	Radikaloperation eines Karbunkels (nur für FÄ für Chirurgie)	37,63
234 +	Operation der Handphlegmone (Periproktitis und Mastitis) (nur für FÄ für Chirurgie)	31,85
235 +	Operation des Panaritium osseum oder tendineum einschließlich fixierenden Verbandes (nur für FÄ für Chirurgie)	33,34
236 +	Finger- oder Zehenamputation	26,20

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
237 +	Hammerzehenoperation (nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	36,70
238 +	Hallux valgus oder rigidus (nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	42,48
239 +	Exostosenabmeißelung (nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	26,20
240 +	Osteotomie kleiner Knochen (nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	26,20
241	Zahnextraktion, pro Zahn	1,92
242	Anästhesie pro Sitzung (Zahnextraktion)	2,83
243	Exstirpation größerer Neubildungen mit Dehnungsplastik oder Verschiebelappenplastik - Thier'sche Plastik oder Reverdin (nur für FÄ für Chirurgie)	65,82
246	Diagnostisches Sonographiepauschale des Bewegungsapparates (Untersuchungsfelder: insbesondere Weichteile der Schulter, Achillessehne und Bakerzyste), verrechenbar von FÄ für Orthopädie in 25 % der Behandlungsfälle eines Quartales; 2x pro Tag und Patient, je	21,44
	Versorgung von Frakturen und Luxationen	
250	Versorgung einer Finger- oder Zehenfraktur	15,07
251	Versorgung eines Mittelhandknochenbruches	11,63
252	Versorgung einer Schlüsselbeinfraktur	13,27
253	Einrichtung und Verband von Luxationen und Distorsionen größerer Gelenke (Ellenbogengelenk ausgenommen)	15,07
254	Versorgung einer Ellenbogenluxation einschließlich Gipsverband	26,20

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
255	Versorgung eines Unterarmgrünholzbruches	18,50
256	Versorgung eines Mittelfußknochenbruches	26,20
257	Versorgung einer typischen Radiusfraktur, Reposition und Gips (nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	33,26
258	Erste Reposition und Gipsverband der Luxatio coxae	65,22
	Verbände	
265	Anlegen einer Fingerschiene (Böhlerschiene), Erstversorgung	3,93
266	Anlegen eines Zinkleimverbandes (nur selbst aufgetragener Zinkleim, Fabriks-binden ausgenommen)	10,48
267	Unterarmgips	22,06
268	Gipskrawatte	21,02
269	Oberarmgips	32,96
270	Kompletter Quengelverband und dazugehörige Einrichtung	32,00
271	Brustarmgips	26,20
272	Unterschenkelgehgips	52,71
273	Oberschenkelgehgips	52,71
274	Beingipshülse	32,96
275	Beckengipsschale	33,57
276	Gipsmieder	44,69

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
277	Beckengips, einseitig	44,69
278	Beckengips, doppelseitig	58,18
279	Anlegen fertiger Zinkleim- oder sonstiger selbstklebender Fabriksbinden, ausgenommen elastische Binden	5,91
280	Schaumgummiverband, pro Extremität und Quartal	8,68
281	Abnahme geschlossener Gipsverbände	3,50
282	Verbandanlage bzw. Verbandwechsel bei Ulcera oder großflächigen Exkoriationen, Verbrennungen und bei operativ versorgten Wunden, für FÄ für Dermatologie und Chirurgie in 15 %, für Ärzte für Allgemeinmedizin und die übrigen Fachärzte in 5 % der Behandlungsfälle eines Quartales, (Limitausnahme siehe Pkt. 2.15. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	2,28
	Orthopädisch-technische Verrichtungen	
290	Gipsabdrücke, Modelleinlagen für Plattfüße	14,25
291	Redressement und Verband des Platt-, Klump- bzw. Hakenfußes	29,95
292	Spreizbehandlung von Hüftdysplasien pro Fall (nur für FÄ für Chirurgie, Orthopädie und Kinderheilkunde)	39,50

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€

Verrichtungen aus dem Gebiete der Dermatologie

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Dermatologie (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	2,28
	Untersuchungen	
300	Dunkelfelduntersuchung (nur für FÄ für Dermatologie)	8,13
301	Exploration der Allergien (nur für FÄ für Dermatologie)	7,47
302	Pilzbefund einschließlich Kultur (nur für FÄ für Dermatologie)	12,96
312	Arterielle und/oder venöse Untersuchung nach Doppler (verrechenbar von FÄ für Dermatologie in 30 % der Gesamtfälle, pro Sitzung)	7,72
	Therapeutische Verrichtungen	
320	Antiluetische Kur (Pe + Bi) bis zu höchstens 21 Injektionen pro Kur, je Injektion	1,17
321	Entfernung von spitzen Condylomen (nur für FÄ für Dermatologie, Chirurgie und Gynäkologie)	3,13
322	Kaustik der Haut (nur für FÄ für Dermatologie) pro Sitzung	6,57
323	Okklusivverband (nur für FÄ für Dermatologie)	1,63
328	Phototherapie (SUP) bei Psoriasis, Neurodermitis, Parapsoriasis, Akne und Pruritis (nur für FÄ für Dermatologie) 1. - 16. Therapie	6,08
329	Phototherapie (SUP) bei Psoriasis, Neurodermitis, Parapsoriasis, Akne und Pruritis (nur für FÄ für Dermatologie) ab der 17. Therapie	4,19

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
330	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mittels Dermatoskop inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe, pro suspekter Läsion; verrechenbar von FÄ für Dermatologie in 20 % der Behandlungsfälle pro Quartal, max. drei Läsionen pro Patient und Jahr	2,85

Verrichtungen aus dem Gebiete der Lungenkrankheiten

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Lungenheilkunde (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	1,50
	Untersuchungen	
303	Epicutan- und Intracutantest 5 - 7 Stoffe	7,90
304	Epicutan- und Intracutantest 8 - 14 Stoffe	14,29
305	Epicutan- und Intracutantest 15 - 30 Stoffe	26,96
306	Röntgendurchleuchtung der Lunge (nur für FÄ für Lungenheilkunde)	13,10
307	Kleine Lungenfunktionsprüfung, das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) und Atemgrenzwert vor einem Bronchodilatator; voll verrechenbar von FÄ für Lungenheilkunde; von Ärzten für Allgemeinmedizin in 5 %, von FÄ für Innere Medizin in 25 % und von FÄ für Kinder- u. Jugendheilkunde in 10 % der Behandlungsfälle, nicht gemeinsam mit der Pos. 333 und 334 verrechenbar (siehe Pkt. 2.16. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	12,77
308	Kompletter intracutaner Tuberkulintest	6,08
315	Blutgasanalyse, verrechenbar von FÄ für Lungenheilkunde in 15 % der Behandlungsfälle	13,16

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	Therapeutische Verrichtungen	
324	Erstanlage eines Pneumothorax (nur für FÄ für Lungenheilkunde)	18,46
325	Nachfüllen eines Pneumothorax, einseitig	9,02
326	Nachfüllen eines Pneumothorax	13,60
327	Pneumoperitoneum - Nachfüllung, einschließlich Röntgenkontrolle (nur für FÄ für Lungenheilkunde und Innere Medizin)	12,65
331	Kleine Lungenfunktionsprüfung, das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) und Atemgrenzwert nach einem Bronchodilatator – zweite Untersuchung bei einem Patienten pro Tag, verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin oder FÄ für Kinder- u. Jugendheilkunde in 25 % der verrechneten Pos. 307, FÄ für Lungenheilkunde in 25 % der Behandlungsfälle, nicht gemeinsam mit der Pos. 333 und 334 verrechenbar (siehe Pkt. 2.16. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	12,77
333	Lungenfunktionsprüfung - das ist Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) vor einem Bronchodilatator einschließlich Resistancemessung, voll verrechenbar von FÄ für Lungenheilkunde; von FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in 10% und von FÄ für Innere Medizin in 25% der Behandlungsfälle, nicht gemeinsam mit der Pos. 307 und 331 verrechenbar (siehe Pkt. 2.19. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	14,08
334	Lungenfunktionsprüfung (das ist Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) nach einem Bronchodilatator einschließlich Resistancemessung – zweite Untersuchung bei einem Patienten pro Tag, verrechenbar von FÄ für Lungenheilkunde in 25 % der Behandlungsfälle, von FÄ für Kinder- u. Jugendheilkunde und von FÄ für Innere Medizin in 25% der verrechneten Pos. 333, nicht gemeinsam mit der Pos. 307 und 331 verrechenbar (siehe Pkt. 2.19. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	14,08
335	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung verrechenbar von FÄ für Lungenheilkunde in 8 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 2.20. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	40,70
336	Bodyplethysmographie verrechenbar von FÄ für Lungenheilkunde in 20 % der Behandlungsfälle, nicht am gleichen Tag verrechenbar mit der Pos. 307, 331, 333 und 334 (siehe Pkt. 2.21. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	15,20

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€

Verrichtungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie

Untersuchungen

296	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugsperson 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) verrechenbar nur von FÄ für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie, FÄ für Psychiatrie und FÄ für Neurologie, einmal pro Patient und Quartal (siehe Pkt. 2.22. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	19,98
297	Psychiatrische Skala, HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala verrechenbar nur von FÄ für Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie und FÄ für Psychiatrie in 10 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 2.23. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	26,04
309	Sensibilitätsprüfung verrechenbar nur von FÄ für Psychiatrie, FÄ für Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie, FÄ für Neurologie in höchstens 80 % der Behandlungsfälle; nur mit Begründung gemeinsam im Quartal mit Pos. 314 verrechenbar; **ab 1.10.2005**	7,61
313	EEG-Untersuchung, verrechenbar von FÄ für Neurologie mit Sondergenehmigung in 25 % der Behandlungsfälle	42,57
314	Kompletter neurologischer Status inkl. eventuell notwendiger Geruchs- und Geschmacksprüfung, Sensibilitätsprüfung und Dokumentation verrechenbar von FÄ für Psychiatrie, FÄ für Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie und FÄ für Neurologie 1x pro Patient und Halbjahr; nicht gemeinsam mit der Pos. 309 verrechenbar; **ab 1.10.2005**	26,49
316	Eingehender psychischer Status bei seelischer Erkrankung, verrechenbar von FÄ für Neurologie und Psychiatrie sowie FÄ für Psychiatrie und Neurologie in 45 % der Behandlungsfälle, höchstens 1 x pro Behandlungsfall und Quartal; darüber hinaus nur mit besonderer Begründung, nicht gemeinsam mit der Pos. 337, 338 und 339 verrechenbar (siehe Pkt. 2.13. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	19,38
317	Verbale Intervention (syndrombezogene Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes) bei psychiatrischen Krankheiten, verrechenbar von FÄ für Neurologie und Psychiatrie sowie FÄ für Psychiatrie und Neurologie in 65 % der Behandlungsfälle, nicht gemeinsam mit der Pos. 337, 338 und 339 verrechenbar (siehe Pkt. 2.14. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	12,91

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
318	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), bei Exazerbation von psychiatrischen Erkrankungen in 2 % der Fälle pro Arzt und Quartal, verrechenbar von FÄ für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Neurologie (ausführliche Begründung erforderlich), nicht gemeinsam mit der Pos. 337, 338 und 339 verrechenbar	54,87
319	Betreuung einer Psychose verrechenbar von FÄ für Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie und FÄ für Neurologie und Psychiatrie einmal im Quartal pro Patient	28,42

Verrichtungen aus dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Gynäkologie (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	1,67
	Gynäkologie	
340	Kolposkopie (nur für FÄ für Gynäkologie)	7,22
341	Anpassen, Einlegen, Wechsel des Pessars	1,63
342	Abstrich-Abnahme zur zytologischen Untersuchung (nur für Einsendungen)	2,87
343	Entfernung von Cervicalpolypen	5,24
344 +	Probeexcision in der Frauenheilkunde	16,72
345	Elektrokoagulation der Portio und Cervix	12,16
346	Skarifikation der Portio	12,65
347 +	Spaltung eines Bartholinischen Abszesses	14,29
348	Probecurettage (Strichabrasio)	22,18
349	Vollcurettage der Gebärmutter unter Vollnarkose	38,12

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
350	Beendigung eines Abortus, digital und instrumentell	38,12
351	Ringbiopsie bzw. Konisation	41,25
352	Hysterosalpingographie bzw. Pertubation	56,24
353	Gynäkologischer Ultraschall; verrechenbar von FÄ für Gynäkologie	
	in 16 % der Behandlungsfälle mit dem Tarif von	21,00
	von 16 % bis 32 % der Behandlungsfälle mit dem Tarif von	10,84
	(siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	
354	CTG - Cardiotokographie (nur für FÄ für Gynäkologie) (siehe Pkt. 10 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	19,01
	Geburtshilfe	
360	Anwesenheit bei der Geburt, ohne Kunsthilfe, auf Verlangen der Hebamme, bis zu einer Stunde	15,93
361	Anwesenheit bei der Geburt, ohne Kunsthilfe, auf Verlangen der Hebamme, bis zu eineinhalb Stunden	23,82
362	Anwesenheit bei der Geburt, ohne Kunsthilfe, auf Verlangen der Hebamme, über eineinhalb Stunden	31,85
363	Wiederbelebung beim scheintoten Neugeborenen	9,53
364 +	Episiotomie mit Naht oder Naht eines Scheiden-dammrisses 1. und 2. Grades	41,25
365 +	Naht eines frischen Mutterhalsrisses bzw. eines Cervixrisses oder eines cervixnahen Scheidenrisses	41,25
366 +	Naht eines Dammrisses 3. Grades	85,12

Pos.Nr.:	Art der Leistung:		€
367	Innere oder kombinierte Wendung		39,30
368	Manualhilfe bei Beckenendlagen und Extraktion		28,43
369	Beckenausgangszange		33,34
371	Zerstückelung der Frucht samt Geburtsbeendigung		85,12
372	Beendigung einer Geburt mit pathologischer Kindeslage samt den dazugehörigen Eingriffen		85,12
373	Manuelle Entfernung der Placenta oder Nachtastung bei unvollständiger Placenta		42,88

Verrichtungen aus dem Gebiete der Laryngologie

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzt für HNO-Krankheiten (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)		0,84
	Untersuchungen		
396	Vordere Nasentamponade verrechenbar von FÄ für HNO-Krankheiten		4,94
397	Überschwellige Audiometrie (SISI, Fowler, etc.) verrechenbar von FÄ für HNO-Krankheiten	je Test	7,61
398	Medikamenteninstilation bei chronischer Laryngitis verrechenbar von FÄ für HNO-Krankheiten		1,89
399	Reinigung einer OP-Radikalhöhle verrechenbar von FÄ für HNO-Krankheiten		4,19
400 +	Endoskopie; beinhaltet Oesophagoskopie, Bronchoskopie, Epipharyngoskopie mit Epipharyngoskop und Endoskopie der Nasennebenhöhlen		25,85

Pos.Nr.:	Art der Leistung:		€
401	Audiometrie		12,31
402	Cochlearis- oder Vestibularprüfung	je	7,61
403	Geruchs- und Geschmacksprüfung verrechenbar nur von FÄ für HNO-Krankheiten		5,65
404	Sprachaudiometrie verrechenbar nur von FÄ für HNO-Krankheiten		19,08
405 +	Probeexcision im HNO-Gebiet ausschließ- lich Kehlkopf		6,42
406	Probeexcision aus dem Kehlkopf		23,82
407 +	Endoskopie des Larynx und der Trachea verrechenbar nur von FÄ für HNO-Krankheiten		19,30
408	Pädaudiologische Untersuchung bei Kin- dern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr verrechenbar nur von FÄ für HNO-Krankheiten		14,56
409	Otomikroskopie verrechenbar nur von FÄ für HNO-Krank- heiten in 50 % der Behandlungsfälle		8,21
	Therapeutische Verrichtungen		
410	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen oder Ohren einschließlich Cerumen (je Ohr)		2,06
411	Attikspülung		2,83
412	Tubenkatheter je Seite		1,63
413	Kaustik am Kehlkopf		13,70
414	Entfernung von Gehörganggeschwülsten oder Ohrenpolypen		6,42
415	Entfernung einer Kehlkopfgeschwulst		28,59

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
416	Entfernung von Nasenpolypen, ein- oder doppelseitig	10,74
417 +	Locus Kiesselbach, je Seite	5,72
418 +	Punktion mit oder ohne Spülung der Kieferhöhle, je Seite, erstmalig	10,00
419 +	Punktion mit oder ohne Spülung der Kieferhöhle, je Seite, jede weitere	7,04
422	Paracentese einseitig oder Punktion der Paukenhöhle	7,90
423	Paracentese beidseitig	11,17
424	Isolierte Abtragung eines Septumdornes	10,12
425 +	Submuköse Septumresektion	26,96
426 +	Siebbeinradikaloperation, einseitig	26,96
427 +	Siebbeinradikaloperation, beidseitig	46,41
428 +	Adenotomie	19,95
429 +	Mukotomie	10,12
430 +	Tracheotomie	45,09
431	Spaltung eines Peritonsillarabszesses	6,42
432 +	Tonsillektomie (einseitige Tonsillektomie wird nur zur Hälfte honoriert)	38,12
433	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen oder Ohren einschließlich Cerumen (je Ohr) bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, verrechenbar von FÄ für HNO-Krankheiten, FÄ für Kinderheilkunde und Ärzten für Allgemeinmedizin	4,08

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
434	Tympanometrie nur für FÄ für HNO-Krankheiten	9,12
435	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis verrechenbar nur von FÄ für HNO-Krank- heiten in 10 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 6.3. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	10,63
436	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) verrechenbar von FÄ für HNO-Krank- heiten in 10 % der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 6.3. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	29,53

Verrichtungen aus dem Gebiete der Urologie

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Urologie (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	1,67
	Untersuchungen	
450	Urethroskopie	13,23
451	Cystoskopie mit oder ohne Nierenfunk- tionsprüfung, erstmalig	23,75
452	Cystoskopie mit oder ohne Nierenfunk- tionsprüfung, jede weitere	16,43
453	Probeexcision aus der Blase	12,16
454	Biopsie der Prostata (für die 1. und 2. Biopsie)	22,81
455	Uroflowmetrie (nur von FÄ für Urologie verrechenbar)	6,68

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
456	Urologische Ultraschalluntersuchung einschließlich transrektaler Ultraschall, verrechenbar von FÄ für Urologie in 50% der Behandlungsfälle pro Quartal – maximal 2 Felder pro Patient und Tag (siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II) – pro Feld	20,92
457	Instillation von Zytostatika in die Blase (nur bei Neoplasma) verrechenbar von FÄ für Urologie	3,03
459	Biopsie der Prostata (ab der 3. Biopsie)	7,61
	Therapeutische Verrichtungen	
460	Blasenspülung bei Mann und Frau	1,63
461	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird (von FÄ für Urologie auch bei Restharnbestimmung mittels Ultraschall verrechenbar, sofern diese Leistung nicht bereits mit der Pos. 456 abgegolten ist)	3,80
462	Ureterenkatheterismus einschließlich Cystoskopie, ein- oder doppelseitig erstmalig	21,36
463	Ureterenkatheterismus einschließlich Cystoskopie, ein- oder doppelseitig jede weitere	16,24
464	Behandlung einer Urethra-Striktur, pro Fall und Quartal	4,76
465	Koagulation der Urethralkarunkel	6,42
466	Endovesikale Koagulation, erstmalig	47,65
467	Endovesikale Koagulation, jede weitere	35,74
468 +	Blasenpunktion	6,42
469	Lithotripsie	68,34

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
470	Extraktion mit der Zeiss'schen Schlinge	37,96
471	Schlitzung eines Ostiums	12,65
473	Entfernung der inneren Schienung verrechenbar von FÄ für Urologie	50,32
474	Urethrotomia interna (endourethrale Schlitzung zur Beseitigung einer Harnröhrenverengung) verrechenbar von FÄ für Urologie	32,41

Verrichtungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde

	Fachspezifische Zuschlagsposition für Fachärzte für Kinderheilkunde (siehe Pkt. 2.2. der Erläuterungen zu Abschnitt II)	4,42
490	Behandlung der Enuresis für Kinder ab dem 3. Lebensjahr	5,96
491	Detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen, dyspeptischen, dystrophischen sowie bei Ekzemkindern bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen und bei allergischen Erkrankungen. Eine Durchschrift des Ernährungsplanes ist der Abrechnung beizuschließen.	8,93
492	Lösung von Konglutinationen verrechenbar für Ärzte für Allgemeinmedizin, FÄ für Kinderheilkunde, Chirurgie, Dermatologie und Urologie	4,65
493	Denver-Development-Test bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr nur für FÄ für Kinderheilkunde	10,05

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
494	Behandlung des Nabelgranuloms (1- bis 5malige Touchierung des nässend granulierenden Nabelstumpfes mit eventuellem Puderverband), verrechenbar von FÄ für Kinderheilkunde und Ärzten für Allgemeinmedizin	3,97
495	Beratung bei kindlichen psychosomatischen Beschwerden, verrechenbar von FÄ für Kinderheilkunde (siehe Pkt. 11 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	16,53
496	Motoskopische Untersuchung zur Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsstandes bei Kindern, verrechenbar von FÄ für Kinderheilkunde	14,52

Verrichtungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin

500	Elektrokardiogramm, Ruhe	4,19
501	Elektrokardiogramm, Ruhe und Belastung	5,73
502	Elektrokardiogramm (Thoraxableitungen nach Wilson, mind. 6 Ableitungen)	5,12
503	Erweitertes Ruhe-Elektrokardiogramm Standardableitungen (I,II,III,V2-V5)	5,12
504	Erweitertes Ruhe- und Arbeitselektrokardiogramm, Standardableitungen (I,II, III,V2-V5) in Ruhe, Standardableitungen (I,II,III) nach Arbeit	6,34
505	Unipolare Extremitätenableitungen	2,33
506	Ergometrie verrechenbar nur von FÄ für Innere Medizin in 20 % der Behandlungsfälle (siehe Erläuterungen Pkt. 5 zu Abschnitt II)	43,32
507	Echokardiographie verrechenbar von FÄ für Innere Medizin in 25 % der Behandlungsfälle (siehe Erläuterungen Pkt. 6 und 9 zu Abschnitt II)	38,01

Pos.Nr.: Art der Leistung: €

SONOGRAPHIE
(siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II)

	FÄ für Innere Medizin, FÄ für Kinder- u. Jugendheilkunde, FÄ für Chirurgie:	Honorar €	Unkosten €	Insgesamt €
590	Sonographie eines Organes	9,81	14,36	24,17
591	Sonographie von zwei Organen	15,51	17,93	33,44
592	Sonographie von drei und mehr Organen	20,38	20,67	41,05

Pos. 590 - 592 von FÄ für Innere Medizin und von FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in höchstens 20%, von FÄ für Chirurgie in 10 % der Behandlungsfälle verrechenbar.

594	Sonographie der Schilddrüse verrechenbar von FÄ für Innere Medizin in 10% der Behandlungsfälle (siehe Pkt. 6 und 8 der Erläuterungen zu Abschnitt II)	12,61

	Gynäkologie:	Honorar €	Unkosten €	Insgesamt €
595	Sonographie bei Schwangerschaft	9,81	14,36	24,17

Nur von FÄ für Gynäkologie in höchstens 15 % der Behandlungsfälle verrechenbar.

LEISTUNGEN AUS FACHGEBIETEN
ERLÄUTERUNGEN

1. Allgemeine Erläuterungen

1.1. Soweit Positionen des Tarifverzeichnisses dem Facharzt vorbehalten sind, dürfen sie vom Arzt für Allgemeinmedizin nicht verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der Krankenversicherungsträger. Soweit Positionen des Tarifverzeichnisses bestimmten Fachärzten vorbehalten sind, dürfen sie nur von Fachärzten des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der Krankenversicherungsträger.

1.2. Die getätigten Leistungen sind unter Verwendung des im Tarifverzeichnis angeführten Zeichenschlüssels (Tarifposition) in den Verrechnungsteil des Behandlungsscheines einzutragen. Die in Rechnung gestellte Tarifposition muss den Zusammenhang mit der am Krankenkassenscheck (Überweisung) angeführten Diagnose erkennen lassen. In Zweifelsfällen oder bei unvollständiger Eintragung der Leistungen werden die Verrechnungsunterlagen dem Vertragsarzt zur Verfügung gestellt bzw. werden die Leistungen nach den jeweils niedrigeren Tarifpositionen honoriert.

1.3. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen sind die vom Versicherungsträger bewilligten Anträge dem Behandlungsschein anzuschließen. Für diese Anträge sind die vom Versicherungsträger aufgelegten Vordrucke (Formblatt VP 31) zu verwenden.

1.4. Wird die Honorierung einer im Leistungsverzeichnis angeführten Verrichtung mit einer bestimmten Anzahl pro Kalendervierteljahr begrenzt, so sind die darüber hinausgehenden Verrichtungen mit dem Grundbetrag abgegolten.

1.5. Leistungen, die bestimmten Fächern vorbehalten sind, sind lediglich für Gesellschafter in einer Gruppenpraxis mit diesem Fach verrechenbar! Dies gilt auch für Verrechnungsbeschränkungen, Ausbildungsnachweise, Gerätenachweise, etc.

2. Sonderbestimmungen

2.1. Der ausführliche schriftliche Befundbericht (Pos. 100) hat Anamnese, Status, Diagnose und Therapievorschlag samt allfälliger Gutachten zu beinhalten; die schriftliche Bekanntgabe eines Labor- bzw. Röntgenbefundes gilt nicht als verrechenbarer Befundbericht. Die Durchschrift des Befundberichtes ist zwei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kasse vorzulegen.

Der ausführliche schriftliche Befundbericht kann bei einer neuen Diagnose bzw. bei erforderlichen Kontrolluntersuchungen (auf Überweisungsscheinen von außen) auch mehrmals im Quartal verrechnet werden. Insgesamt wird jedoch die Pos. 100 pro Vertragsfacharzt maximal in Höhe der Anzahl der Überweisungsscheine pro Quartal vergütet.

2.2. Die fachspezifische Zuschlagsposition wird automatisch einmal pro Quartal und Behandlungsfall verrechnet und muss nicht gesondert am Behandlungsschein angeführt werden. *Diese Leistung ist bei Gruppenpraxen mit verschiedenen Fachgruppen jeweils pro betroffener Fachgruppe verrechenbar.*

2.3. Zur Ordinationshonorierung bei Serienbehandlungen - siehe Erläuterungen, Abschnitt I, Pkt. 1.2.

2.4. Für Leistungen, die mit einem Plus "+" versehen sind, kann eine Leitungs- (Pos. 135) oder eine Infiltrationsanästhesie (Pos. 136) zusätzlich verrechnet werden.
Mit dem Tarifbetrag der Pos. 228 sind die Kosten der Anästhesie (Pos. 135 bis 137) abgegolten.

2.5. Für Leistungen aus Fachgebieten (ausgenommen Pos. 100, 106 und 108) während der Nacht (20.00 Uhr bis 07.00 Uhr), an Sonntagen (07.00 Uhr bis 20.00 Uhr), an Wochenenden im Bereitschaftsdienst (Samstag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr) bzw. an Feiertagen (07.00 Uhr bis 20.00 Uhr) wird ein Zuschlag von 20 % des in Rechnung gestellten Tarifsatzes vergütet. Diese Regelung gilt nicht für Ärzte, die an Samstagen und Sonntagen vereinbarte Sprechstunden abhalten.
Der Zuschlag wird in der Regel automatisiert ohne gesonderte Kennzeichnung hinzugerechnet, mit Ausnahme jener Leistungen aus Fachgebieten, die im Bereitschaftsdienst am Tage in der Ordination des Arztes erbracht werden. Hier ist eine Kennzeichnung der Position aus dem Bereich Leistungen aus Fachgebieten mit einem ”Z” erforderlich.

2.6. Die Pos. 101 bis 103 (Blutentnahmen aus der Vene) können nur im Zusammenhang mit einer Bluteinsendung an ein Laboratorium verrechnet werden. Für Blutuntersuchungen in der eigenen Ordination entfällt eine Honorierung der Blutentnahme.
Bei Bluteinsendungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes sind diese Überweisungsscheine mit "MKP" im Diagnoseteil zu kennzeichnen.

2.7. Pos. 114 – Intraarticuläre Injektion

- in kleine Gelenke: auch bei Injektion in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung ist Pos. 114 nur einmal verrechenbar.
- in große Gelenke: d. s. Schulter-, Hand-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- und oberes Sprunggelenk, einmal pro Gelenk.

2.8. Bei Wundversorgungen sind in den Tarifbeträgen die Unkostensätze für Nähseide, Catgut, usw. inbegriffen.

2.9. Vertragsärzte, welche zugleich die Verrechnungsbefugnis für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung (Auch-Zahnärzte) besitzen, können weder die Pos. 241 (Zahnextraktion) noch in diesem Zusammenhang eine Ordination verrechnen. Sie verrechnen ihre Zahnleistungen mit einem Zahnbehandlungsschein.

2.10. Der Zeitaufwand bei lebensbedrohlichen Gesundheitszuständen - Pos. 145 und 146 - ist bei all jenen lebensbedrohlichen Gesundheitszuständen verrechenbar, welche die persönliche Betreuung und Versorgung des Patienten durch den Arzt, z. B. bis zur Besserung des akuten Krankheitsbildes bzw. bis zum Eintreffen der Rettung oder für die notwendige Begleitung zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle (Spital etc.), erforderlich machen.

2.11. Position 204 – Chirodiagnostik und Chirotherapie

Die Berechtigung zur Durchführung der Chirodiagnostik und Chirotherapie ist an den Nachweis einer spezifischen Ausbildung an einer anerkannten Ausbildungsstelle gebunden, welche sowohl den Krankenversicherungsträgern als auch der Ärztekammer für Steiermark nachzuweisen ist.

2.12. Position 162 – Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie

Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden. Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Grafikbefund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren. Die Position 162 kann nicht gleichzeitig mit der Position 155 (Perimetrie-Skotometrie nach allen Methoden) verrechnet werden.

2.13. Position 316 – Eingehender psychischer Status bei seelischer Erkrankung

Der Status ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und den Krankenversicherungsträgern auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien:

1. Bewusstseinslage
2. Orientiertheit
3. Merkfähigkeit und Konzentration
4. spontaner Antrieb
5. Stimmung
6. Affektivität
7. Denkvermögen

Wobei bei den Punkten 1 - 7 auch die allfällige Unauffälligkeit gegebenenfalls zu dokumentieren ist, dass relevante pathogene Umstände nicht explorierbar waren.

Der eingehende Status ist mit der verbalen Intervention (Pos. 317) und Krisenintervention (Pos. 318) nur dann gemeinsam verrechenbar, wenn die Leistung gesondert (vor oder nach der Behandlung) erfolgt.

2.14. Pos. 317 – Verbale Intervention

Die verbale Intervention ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und den Krankenversicherungsträgern auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Diese Position ist nicht gemeinsam mit der Krisenintervention (Pos. 318) und der ausführlichen therapeutischen Aussprache (Pos. 147) verrechenbar.
Ab der 11. Intervention ist die vorherige chefärztliche Genehmigung erforderlich.

2.15. Pos. 282 – Verbandanlage bzw. Verbandwechsel

Die für Ärzte für Allgemeinmedizin vereinbarte Verrechnungsbeschränkung von 5 % der Behandlungsfälle eines Quartales gilt nicht, wenn über einen längeren Zeitraum hindurch, erforderliche häufige Verbandswechsel bei per secundam (p.s.) Heilung nach operativen Eingriffen sowie zur Nachbehandlung nach erfolgter Spaltung eines Perianalabszesses durchzuführen sind. Das Datum der Operation sowie die Diagnose(n) sind am Behandlungsschein zu dokumentieren. Bei Zutreffen dieser Voraussetzungen ist anstelle der Pos. 282 die Pos. 283 zu verrechnen.

2.16. Pos. 307 und 331 – Lungenfunktionsprüfung

Ärzte für Allgemeinmedizin haben einen Ausbildungs- und Gerätenachweis zu erbringen. Der Gerätenachweis ist unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden. Der Ausbildungsnachweis ist sowohl den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) als auch der Ärztekammer für Steiermark vorzulegen.
Als Ausbildungsnachweis gilt die Absolvierung des Lungenfunktions-Grundkurses bzw. eine Ausbildung, die dem Grundkurs entspricht. Ca. 1 Jahr nach Absolvierung des Grundkurses ist eine vertiefende Fortbildung nachzuweisen.

2.17. Pos. 148 – Hausärztlicher Koordinationszuschlag

Die Pos. 148 ist bei folgenden demonstrativ aufgezählten Leistungen verrechenbar:

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

Dokumentation:

Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren.

2.18. Pos. 181 – Lasercoagulation

Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

2.19 Pos. 333 und 334 – Lungenfunktionsprüfung einschließlich Resistancemessung

Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

2.20. Pos. 335 – Ambulante Schlafapnoeuntersuchung

Der Umfang der ambulanten Schlafapnoeuntersuchungen umfasst alle Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind; insbesondere die Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundung.

Über Verlangen der Krankenversicherungsträger (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) ist am Ende eines jeden Kalenderjahres über alle Patienten, bei denen eine Schlafapnoeuntersuchung durchgeführt wurde, eine Aufstellung an diese zu übermitteln, aus der die Namen der Patienten und die weiteren aufgrund der Schlafapnoeuntersuchung sich ergebenden Maßnahmen, insbesondere ob der Patient sich in stationäre Anstaltspflege begeben musste, hervorgehen.

2.21. Pos. 336 - Bodyplethysmographie

Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

2.22. Pos. 296 – Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugsperson

Die Position 296 ist nicht gemeinsam verrechenbar mit einer Ordination bzw. Visite (außer der Patient selbst benötigt gleichzeitig eine Behandlung).

Das Anamneseergebnis ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.

2.23. Pos. 297 – Psychiatrische Skala, HAM-D-Scale

Das Testverfahren ist vom Arzt persönlich durchzuführen sowie zu dokumentieren. Die Testunterlagen sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für Steiermark bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Die Hamilton-Skala ist geeignet, psychiatrische Symptome zu objektivieren und zu quantifizieren. Im Gegensatz zum psychiatrischen Status sind die Fragen vorgegeben, auf bestimmte Komplexe von Symptomen konzentriert und hinsichtlich ihrer Ausprägung zu bewerten. Von den meisten psychologischen Testverfahren (Intelligenztest, Persönlichkeitstest, projektive Testverfahren) unterscheiden sich klinisch-psychiatrische Testverfahren dadurch, dass psychopathologische Merkmale bewertet werden.

Die Anwendung der Hamilton-Skala ist ein Schritt in Richtung Objektivierung und Operationalisierung der psychiatrischen Diagnostik und soll bewirken, dass Therapieverfahren – sowohl medikamentöse als auch psychotherapeutische – gezielter als bisher eingesetzt werden können.

Es soll besonders darauf geachtet werden, mit dem Testverfahren nicht in den Bereich der klinischen Psychologen einzugreifen.

3. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur ausführlichen therapeutischen Aussprache

Mit der ausführlichen therapeutischen Aussprache (Pos. 147) soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
Der Arzt hat die ausführliche therapeutische Aussprache persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die ausführliche therapeutische Aussprache mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern und Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
Die ausführliche therapeutische Aussprache hat im allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
Die ausführliche therapeutische Aussprache ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die ausführliche therapeutische Aussprache auch im Rahmen einer Visite zulässig.

Die ausführliche therapeutische Aussprache ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Bei Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie ist eine gleichzeitige Verrechnung der ausführlichen therapeutischen Aussprache und der Position "Psychotherapeutische Sitzung" bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartales nur mit Begründung möglich.

Eine Zuweisung zum Zweck einer ausführlichen therapeutischen Aussprache ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die ausführliche therapeutische Aussprache nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie können bei zugewiesenen Patienten keine ausführliche therapeutische Aussprache verrechnen.

Für die gleichzeitige Verrechnung der ausführlichen therapeutischen Aussprache mit einer der nachstehend angeführten Positionen gilt Folgendes:

a) Pos. 002 - Dringende Ordination außerhalb der Sprechstunde:
   Diese Leistung kann nicht gleichzeitig mit der ausführlichen therapeutischen Aussprache verrechnet werden.

b) Pos. 317 - (Verbale Intervention) und
   Pos. 318 - (Psychiatrische Notfallbehandlung - Krisenintervention)
   Diese Leistungen können nicht gleichzeitig mit der therapeutischen Aussprache verrechnet werden.

c) Pos. 491 - Detaillierter schriftlicher Ernährungsplan:
Neben dieser Leistungsposition kann die ausführliche therapeutische Aussprache nur mit entsprechender Begründung (andere Diagnose) und wenn die Aussprache nicht am Tage der Ausfertigung des Ernährungsplanes stattfindet, verrechnet werden.

d) Pos. 493 - Denver-Development-Test:
Im gleichen Quartal ist die ausführliche therapeutische Aussprache nur verrechenbar, wenn in begründeten Fällen nach Durchführung des Denver-Development-Testes daraus hervorgehende Behandlungen erforderlich sind bzw. wenn eine weitere Diagnose die Aussprache erforderlich macht.

e) Pos. 495 - Beratung bei kindlichen psychosomatischen Beschwerden kann innerhalb eines Quartales nicht gemeinsam mit der ausführlichen therapeutischen Aussprache verrechnet werden.

f) Die gleichzeitige Verrechnung der ausführlichen therapeutischen Aussprache mit einer Basisuntersuchung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung ist ausgeschlossen.

g) Psychotherapeutische Medizin – Pos. 337, 338 und 339
Diese Leistungen können nicht gleichzeitig mit der therapeutischen Aussprache verrechnet werden.

4. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Verrechnung von Elektrokardiogrammen

4.1. Die Verrechnung von Elektrokardiogrammen ist nur den Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Lungenkrankheiten (Pos. 500 - 503) und Ärzten für Allgemeinmedizin sowie anderen Fachärzten mit Sondergenehmigung vorbehalten.

4.2. Es muss ein EKG-Befund erstellt werden, dem der jeweilige EKG-Streifen beiliegt. Über die Art der Ableitungen und über die EKG-Befunde sind genaue Aufzeichnungen zu führen.

4.3. Die erhobenen Befunde und EKG-Streifen sind durch drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen dem Krankenversicherungsträger zur Verfügung zu stellen. Bei Fachärzten für Innere Medizin entfällt die Aufbewahrung des EKG-Streifens, wenn dieser dem Zuweisenden (behandelnden Arzt) überwiesen wurde.

4.4. Im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern können Ärzte für Allgemeinmedizin EKG-Untersuchungen bzw. -Verrechnungen in medizinisch begründeten Notfällen durchführen (Definition Notfall-EKG: Stenocardien, Verdacht auf grobe Rhythmusstörungen wie Vorhofflimmern oder lebensbedrohliche Tachycardien und Infarkte). Voraussetzung für die Verrechnung bildet die entsprechende fachliche Qualifikation, die von der Ärztekammer für Steiermark geprüft wird und zu bestätigen ist. Wenn die Anmeldung des Vertragsarztes mit der Stellungnahme der Ärztekammer bis spätestens 20. des dritten Monates eines Quartales, bei den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) einlangt, kann die Verrechnung von Notfall-EKG-Untersuchungen ab Beginn des folgenden Quartales durch den Vertragsarzt erfolgen. Ein allfälliger Einspruch der Krankenversicherungsträger ist binnen 14 Tagen nach Einlangen schriftlich dem Vertragsarzt bekannt zu geben.

4.5. Als Ausbildungsnachweise für die fachliche Qualifikation gelten

a) ein Zeugnis einer Univ.-Klinik oder eines Krankenhauses, in welchem bescheinigt wird, dass der betreffende Arzt im Rahmen seiner Turnusausbildung (Krankenhaustätigkeit) sich die notwendigen EKG-Kenntnisse angeeignet hat und befähigt ist, EKG-Befunde zu erstellen oder

b) die Bescheinigung der Teilnahme an einem praktischen EKG-Kurs mit einer dazu ausgestellten Bestätigung der Ärztekammer für Steiermark, worin festgestellt wird, dass der betreffende Vertragsarzt eine ausreichende Ausbildung besitzt und befähigt ist, ein EKG zu befunden.

5. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Verrechnung von Ergometrien

5.1. Die Verrechnung von Ergometrien ist nur möglich, wenn die Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimationsset der Kasse und der Kammer nachgewiesen wird und die Untersuchung entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen Cardiologischen Gesellschaft durchgeführt wird.

5.2. Eine ergometrische Untersuchung kann nur einmal pro Patient und Quartal verrechnet werden, wobei neben dieser Honorarposition keine weiteren elektrocardiographischen Leistungen gesondert vergütet werden.

5.3. Die Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen ist nur möglich, wenn eine zweifelsfreie medizinische Indikation vorliegt, wie z. B. bei Aufdeckung, Bestätigen oder Ausschließen einer coronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Cardiopathien, Cardiomyopathien und Vitien, weiters bei Coronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc.
Im Regelfall wird das Erkennen eines Belastungshochdruckes auch ohne gleichzeitige elektrocardiographische Belastung möglich sein. Ebenso stellen Verlaufskontrollen bei therapeutischen Maßnahmen, wie beispielsweise bei der Behandlung mit Betarezeptorenblockern, Nitraten, Antihypertensiva, usw. keine Indikation für die Durchführung einer Ergometrie dar.

5.4. Ferner können Ergometrien zur Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Rahmen von Sport-, Arbeits- und Vorsorgeuntersuchungen nicht auf Kosten der Krankenversicherungsträger verrechnet werden.

6. Gemeinsame Bestimmungen und Erläuterungen zur Durchführung der Coloskopie, Gastroskopie, Sonographie und Echokardiographie

6.1. Die fachspezifische Ausbildung zur Durchführung der Coloskopie, Gastroskopie, Sonographie und Echokardiographie ist gegenüber der Ärztekammer für Steiermark und den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) nachzuweisen.

6.2. Antragstellung

6.2.1. Für den gynäkologischen Ultraschall (Pos. 353), urologischen Ultraschall (Pos. 456) und Ultraschall der Kinderhüfte (Pos. 205) gilt:

Die Berechtigung zur Durchführung der sonographischen Untersuchung ist an den Nachweis einer spezifischen Ausbildung gebunden, welche sowohl den Krankenversicherungsträgern als auch der Ärztekammer für Steiermark nachzuweisen ist.

6.2.2. Für die Gastroskopie, Coloskopie und interne Ultraschalluntersuchung (A II Pkt. 8.3.) sowie Echokardiographie gilt:
Wenn der Befähigungsnachweis des Vertragsarztes mit der Stellungnahme der Ärztekammer bis spätestens 20. des dritten Monates eines Quartales bei den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) einlangt, kann die Verrechnung dieser Leistungen ab Beginn des folgenden Quartales durch den Vertragsarzt erfolgen. Ein allfälliger Einspruch der Krankenversicherungsträger ist binnen 14 Tagen nach Einlangen schriftlich dem Vertragsarzt bekannt zu geben.

6.3. Für die Verrechnung der Sonographie (Echokardiographie) ist auch das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.
Für die Verrechnung der Pos. 353 "Gynäkologischer Ultraschall" ist auch eine Vaginalsonde nachzuweisen.

6.4. Von den erhobenen Befunden ist ein Durchschlag anzufertigen, welcher durch drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen den Krankenversicherungsträgern bzw. der Ärztekammer für Steiermark zur Verfügung zu stellen ist.

7. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Gastro- und Coloskopie

7.1. Die Gastroskopie hat die endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, des Magens, allenfalls des Duodenums zu umfassen.

7.2. Die Coloskopie ist von FÄ für Chirurgie und Innere Medizin bei Verwendung eines langen flexiblen Fiberglas-Instrumentes (70 bis 150 cm) verrechenbar.

7.3. Mit dem Tarif sind sämtliche erforderliche Nebenleistungen bei Durchführung der Gastro- bzw. Coloskopie abgegolten.

7.4. Bei Zuweisung von einem Vertragsfacharzt desselben Fachgebietes ist keine Ordination verrechenbar.

8. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Ultraschalluntersuchung

8.1. Pos. 353 - Gynäkologische Ultraschalluntersuchung

Die Position 353 ist nur von Fachärzten für Gynäkologie bei nachstehenden Indikationen verrechenbar:
Geschwülste des Uterus wie Myome, Sarcome, etc.; Lageveränderungen des Uterus wie Anteversioflexio und Retroversioflexio; Missbildungen des Uterus wie Uterus duplex, Uterus bicornis, etc.;
Tumore und Missbildungen von Tube und Ovar wie Ovarialzysten, Ovarialtumoren, Sactosalpinx, Tuboovarialzysten, etc.
Der gynäkologische Ultraschall ist nicht gleichzeitig mit dem geburtshilflichen Ultraschall bzw. mit der im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen möglichen Ultraschalluntersuchung verrechenbar.

8.2. Pos. 456 – Urologische Ultraschalluntersuchung einschließlich transrektaler Ultraschall

Pro Patient und Tag sind maximal zwei Untersuchungsfelder verrechenbar, wobei folgende Untersuchungsgebiete jeweils als ein Untersuchungsfeld gelten:

a) Nieren und Retroperitoneum
b) Unterbauch, Restharn und Prostata
c) Hoden

8.3. Pos. 590 - 592 - Interne Ultraschalluntersuchungen
Pos. 595 - Ultraschalluntersuchung bei Schwangerschaft

8.3.1.
Für FÄ für Innere Medizin, FÄ für Kinder- u. Jugendheilkunde und FÄ für Chirurgie sind folgende Untersuchungen verrechenbar:

a) Ultraschalluntersuchung der Gallenblase
b) " der Leber und Gallenwege
c) " des Pankreas
d) " der Nieren und des Retroperitoneums
e) " der Milz
f) " bei Tumoren im Unterbauch

Jeweils eine der in lit. a - f angeführten Positionen ist als Ultraschalluntersuchung eines Organes verrechenbar.

8.3.2.

Pos. 595 - Ultraschalluntersuchung bei Schwangerschaft:

Für FÄ für Gynäkologie verrechenbar bei:

Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische praenatale Kindeslage, Plazenta praevia, unklarer Geburtstermin bei unbekannter letzter Regelblutung, Verdacht auf Missbildung der Frucht zu jeder Schwangerschaftszeit, Mehrlingsschwangerschaft, Missverhältnis Fruchtgröße zu Gestationszeit - suspekte Wachstumsretardierung.

8.3.3.

Die Ultraschalluntersuchung ist nur für eigene Patienten verrechenbar; es ist jeweils das untersuchte Organ bzw. die untersuchte Organgruppe sowie der ausdrückliche Vermerk "Ultraschalluntersuchung" anzuführen. Bei Zuweisungen von Fachärzten, die keine Ultraschalluntersuchungen durchführen können, zu Fachärzten desselben Fachgebietes, die Ultraschalluntersuchungen vornehmen können, ist nur die jeweilige Ultraschall-Sonderleistung verrechenbar; eine Ordinationshonorierung fällt bei diesen Fällen nicht an.

Für die Ultraschalluntersuchung bei Schwangerschaft ist auch die Diagnose im Sinne Pkt. 8.3.2. anzuführen.

8.3.4.

Ergibt die Ultraschalluntersuchung einen pathologischen Befund, so ist dies mittels Polaroid-Filmen oder gleichwertiger Abbildungssysteme zu dokumentieren.

8.3.5.

Ultraschalluntersuchungen nach Doppler dürfen nicht verrechnet werden.

8.3.6.

Mit dem Tarif (Honorar plus Unkosten) sind sämtliche erforderliche Nebenleistungen bei der Durchführung der Ultraschalluntersuchungen (z. B. Dokumentationskosten, Kosten für Koppelmittel, etc.) abgegolten.

9. Sonderbestimmungen und Erläuterungen zur Echokardiographie

Die Echokardiographie kann nur von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Zusatzfach Kardiologie oder mit einem den Richtlinien der Österreichischen Cardiologischen Gesellschaft entsprechenden Ausbildungsnachweis verrechnet werden.

10. Pos. 354 - CTG (Cardiotokographie)

10.1. Verrechenbar von FÄ für Gynäkologie bei einer Untersuchungsdauer von mindestens 20 min. mit Dokumentation und bei folgenden Indikationen:

a) Verdacht auf gestörte respiratorische Funktion der Placenta (festgestellte Herztonalterationen, Wachstumsretardierung, EPH-Gestose, Diabetes Mellitus, Geburtsterminüberschreitung nach Amnioskopie und bei sonographisch begründbarem Verdacht einer fetalen Gefährdung).

b) Verdacht auf drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehentätigkeit) sowie fraglicher Wehentätigkeit ab der 37. Schwangerschaftswoche.

c) Mehrlingsschwangerschaften.

10.2. Für die Verrechnung der CTG ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

11. Pos. 495 - Beratung bei kindlichen psychosomatischen Beschwerden

11.1. Die Pos. 495 ist nur von FÄ für Kinderheilkunde bei einer Untersuchungsdauer von mind. 20 min. verrechenbar.

11.2. Die Berechtigung der Verrechnung der Pos. 495 ist an die Vorlage des ÖÄK-Diploms für Psychosomatische Medizin gebunden.

PSYCHOTHERAPIE

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
337	Psychotherapeutische Medizin, Dauer der Sitzung 25 Minuten (nicht gemeinsam mit Pos. 316, 317, 318 verrechenbar) (siehe Erläuterungen zu Abschnitt II/A)	27,57
338	Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe pro Patient, Mindestaufwand 90 Minuten (max. 10 Patienten pro Sitzung) (nicht gemeinsam mit Pos. 316, 317, 318 verrechenbar) (siehe Erläuterungen zu Abschnitt II/A)	12,07
339	Psychotherapeutische Medizin, Dauer der Sitzung 50 Minuten (nicht gemeinsam mit Pos. 316, 317, 318 verrechenbar) (siehe Erläuterungen zu Abschnitt II/A)	55,14

Die Verrechnung der Pos. 015 (Ordination) ist bei der ersten psychotherapeutischen Sitzung möglich.

PSYCHOTHERAPIE
ERLÄUTERUNGEN

1. Fachliche Voraussetzung:

Voraussetzung für die Verrechenbarkeit von Psychotherapien ist der Nachweis eines Psy-III-Diploms oder die Eintragung in die Psychotherapeutenliste. Die Nachweise sind den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) und der Ärztekammer für Steiermark vorzulegen.

2. Psychotherapie ist von folgenden Ärztegruppen verrechenbar:

Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie (Limit: 200 Stunden/Quartal)
Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (Limit: 200 Stunden/Quartal)
Fachärzte für Psychiatrie (Limit: 200 Stunden/Quartal)
Fachärzte für Neurologie (Limit: 200 Stunden/Quartal)
Ärzte für Allgemeinmedizin (Limit: 120 Stunden/Quartal)
Allgemeine Fachärzte (ohne FÄ für Radiologie und Labormedizin) (Limit: 120 Stunden/Quartal)

Die Gruppentherapie ist auf das Limit nicht anzurechnen.

3. Chefärztliche Bewilligung:

Ab der 11. Behandlung (unabhängig davon ob es sich um eine 25- oder 50-minütige Therapie handelt) ist die Bewilligung des Krankenversicherungsträgers erforderlich.

4. Zuweisungen

Ärzte, die die fachliche Voraussetzung (Psy-III-Diplom bzw. Eintragung in die Psychotherapeutenliste) für die Verrechenbarkeit der psychotherapeutischen Medizin (Pos. 337, 338, 339) nicht erfüllen, sind berechtigt, zum Zwecke der Durchführung dieser Leistungen, Zuweisungen auch innerhalb der gleichen Fachgruppe vorzunehmen.

TARIFE FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
530	Dezimeter-Mikrowelle	2,43
531	Faradisation	1,67
532	Galvanisation (Quergalvanisation), Schwellstrom	1,67
533	Jontophorese	1,89
534	Hochfrequenz (nur für FÄ für Neurologie)	1,82
535	Anwendung von Wärmebestrahlungslampen (Sollux-, Vitalux-, Profunduslampen)	1,53
536	Chromotherapie (Rot-Blaulicht)	1,53
537	Quarzlichtbestrahlung (Quecksilber und Höhensonne)	1,53
538	Heißluft - Teil(Kopf)lichtbad	1,53
539	Manuelle Massage	3,80
540	Pneumomassage des Trommelfelles (nur für Laryngologen)	0,99
541	Extensionsbehandlung (nur für FÄ für Chirurgie und Orthopädie)	
	a) Quengeln	2,28
	b) Glissonschwebe	2,28
542	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	1,89
543	Exponentialstrom (nur für FÄ für Neurologie)	2,66
544	Mittelfrequenztherapie; Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom	2,28
545	Therapeutischer Ultraschall (Mindesttherapiedauer 10 Minuten)	3,62

P H Y S I K O T H E R A P I E

ERLÄUTERUNGEN

1. Physikalische Behandlungen können nur von Vertrags(fach)ärzten verrechnet werden, die von den Krankenversicherungsträgern hiefür eine schriftliche Genehmigung besitzen. Für jede Leistungsart ist eine Genehmigung erforderlich.

2. Für die Durchführung der physikalischen Behandlung müssen die den einschlägigen Vorschriften entsprechenden Einrichtungen vorhanden sein.

3. Die Anträge nach Pkt. 1 sind im Wege über die Ärztekammer einzureichen, welche die fachlichen Voraussetzungen des Bewerbers prüft.

4. Innerhalb eines Kalendervierteljahres können zehn Behandlungen je Behandlungsart ohne Vorbewilligung verabfolgt werden. Sind mehr als zehn Behandlungen erforderlich, so ist die chefärztliche Bewilligung mittels des Formblattes VP 31 einzuholen.

5. Innerhalb eines Kalendervierteljahres können fünf manuelle Massagen ohne Vorbewilligung verabfolgt werden. Sind mehr als fünf Behandlungen erforderlich, so ist die chefärztliche Bewilligung mittels des Formblattes VP 31 einzuholen.

6. Zur Ordinationshonorierung bei Serienbehandlungen - siehe Erläuterung Abschnitt I, Pkt. 1.2.

RÖNTGENTARIF FÜR ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	Röntgentarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Lungenkrankheiten)	
	Durchleuchtungen	
550	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	1,92
551	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei (einschließlich Kontrastmittel)	3,49
552	Irrigoskopie (einschließlich Kontrastmittel)	3,99
	Aufnahmen	
553	Filmgröße 9 x 12	1,92
554	Filmgröße 13 x 18	2,45
555	Filmgröße 18 x 24	2,84
556	Filmgröße 15 x 40	3,10
557	Filmgröße 24 x 30	3,49
558	Filmgröße 30 x 40	4,26
559	Filmgröße 35 x 35	5,17
560	Zahnfilm, je	1,55
561	Buckybestrahlung (nur für FÄ für Dermatologie) pro Sitzung	4,63

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	Röntgentarif für Fachärzte für Lungenkrankheiten	
570	Durchleuchtung der Lunge	3,73
571	Filmgröße 9 x 12	2,84
572	Filmgröße 13 x 18	3,49
573	Filmgröße 18 x 24	4,12
574	Filmgröße 15 x 40	4,51
575	Filmgröße 24 x 30	4,91
576	Filmgröße 30 x 40	6,45
577	Filmgröße 35 x 35	7,47
578	BV + FS Zuschlag zur Durchleuchtung	2,51

RÖNTGENTARIFE FÜR ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINE FACHÄRZTE
ERLÄUTERUNGEN

1. Röntgendiagnostische Leistungen können von Vertrags(fach)ärzten nur verrechnet werden, wenn sie eine von den Krankenversicherungsträgern erteilte Genehmigung besitzen.

2. Ein Vertrags(fach)arzt kann nur auf einem bestimmten Teilgebiet bzw. in seinem Fachgebiet Röntgendiagnostik betreiben, für das er die fachliche Eignung nachzuweisen hat.

3. Vertrags(fach)ärzte, die eine Genehmigung nach Pkt. 1 besitzen, können Röntgenleistungen nur für in eigener Behandlung oder Untersuchung stehende Patienten verrechnen. Sie sind nicht berechtigt, Röntgendiagnostik aufgrund von Zuweisungen zu betreiben, ausgenommen Zuweisungen für die Versorgung dringender Fälle.

4. Der Antrag zur Erteilung einer Genehmigung nach Pkt. 1 ist bei der Ärztekammer für Steiermark einzureichen. Die Kammer überprüft die fachlichen Voraussetzungen und gibt ihre Stellungnahme unter Berücksichtigung der für das Fachgebiet der Radiologie von der Österreichischen Ärztekammer ausgearbeiteten einschlägigen Richtlinien ab.

5. Die technische Einrichtung muss den jeweils geltenden Bestimmungen der Österreichischen Ärztekammer entsprechen.

6. Anspruch auf Honorierung einer Röntgenleistung besteht nur dann, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Die Unterlagen sind durch drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen dem Krankenversicherungsträger zur Verfügung zu stellen.

7. Die Verrechnung der Pos. 578 (Zuschlag für dosissparende Durchleuchtung, BV + FS Zuschlag) durch Fachärzte für Lungenkrankheiten ist nur möglich, wenn den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) die entsprechende apparative Ausstattung nachgewiesen wird.

MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN DER ÄRTZE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
	Morphologische Blutuntersuchungen	
020	Kompletter Blutbefund: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex, Differentialzählung	27
021	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex	14
022	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung	18
023	Leukozytenzählung	9
024	Differentialzählung	8
025	Erythrozytenzählung	7
026	Hämoglobin-Bestimmung (photometrisch)	3
027	Hämatokrit-Bestimmung	12
	Chemische Untersuchungen des Blutes	
030	Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch; ST	16
x 031	Blutzucker-Belastungskurve oder -Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, qual. und quant., o-Toluidin oder enzymatisch)	49

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
x 032	Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff (BUN-Blood Urea Nitrogen)- oder RN - (Rest-stickstoff)-Bestimmung, quant.i.S. (photometrisch)	18
x 033	Thymoltrübungsreaktion	10
x 034	Gesamtbilirubin i.S.	11
x 035	Harnsäure	26
x 036	Kreatinin quant.i.S.	18
x 037	Gesamtcholesterin quant.i.S.	27
x 038	HDL-Cholesterin und/oder LDL-Cholesterin (Berechnung)	27
	Enzyme	
x 040	Alpha-Amylase (Diastase) quant.i.S. (photometrisch)	14
x 041	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) (UV-Test)	27
x 042	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) (UV-Test)	27
x 043	Saure Phosphatase, gesamt oder tartrat-gehemmt, quant.i.S.	27
x 044	Alkalische Phosphatase quant i.S. (UV-Test)	27
x 045	CK (Creatin-Kinase) (UV-Test)	23
x 046	Gamma-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	33

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
	Blutgerinnung	
x 050	Thrombotest oder Quicktest oder PTZ	28
	Blutsenkung	
055	Blutsenkung (einschließlich Abnahme)	18
056	Mikrosenkung (einschließlich Abnahme)	18
	Harnuntersuchungen	
060	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant., Urobilinogen und Sediment, Reaktion, spez. Gewicht, makroskopische Beschreibung; ev.Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite und Ketonkörper; ST	13
061	Sediment nativ	7
062	Harn auf Eiweiß; ST	6
063	Harn auf Zucker; ST	6
064	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweißbestimmung qual. ev.quant., spez. Gewicht, Azeton; ST	6
065	Alpha-Amylase (Diastase) quant.	12
066	Harn auf Blut qual.; ST	4
067	Uricult (nur für FÄ für Urologie und Kinderheilkunde)	18

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
	Sputumuntersuchungen	
070	Sputum komplett: Makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelson oder Auraminfärbung o.ä. mit Anreicherung	6
	Stuhluntersuchungen	
080	Stuhl nativ und auf Blut	9
081	Stuhl auf Würmer und Wurmeier mit Anreicherung	9
	Untersuchungen von Punktionsflüssigkeiten	
085	Spezifisches Gewicht	3
086	Rivalta	3
	Untersuchungen von Sekreten der Geschlechtsorgane	
090	Sekretabstrichuntersuchung auf Trichomonaden und Go, erste Stelle	13
091	Sekretuntersuchung auf venerische Erkrankungen inkl. Färbemethoden, Gram-Doppelfärbung (nur für FÄ für Dermatologie)	16

Siehe Erläuterungen Abschnitt V/A – C

MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN DER FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
	Morphologische Blutuntersuchungen	
600	Kompletter Blutbefund: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex, Differentialzählung	27
601	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex	14
602	Retikulozytenzählung	9
603	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung	18
604	Leukozytenzählung	9
605	Hämatokrit-Bestimmung	12
	Chemische Untersuchungen des Blutes	
610	Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch; ST	16
611	Blutzucker-Belastungskurve oder Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, qual. und quant., o-Toluidin oder enzymatisch)	49
612	Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff (BUN-Blood Urea Nitrogen) oder RN- (Reststickstoff)-Bestimmung, quant.i.S. (photometrisch)	18

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
613	Gesamteiweiß-Bestimmung quant. i.S. (refraktometrisch oder photometrisch)	23
614	Weltmann (Koagulationsband) (nicht zur Leberdiagnostik)	16
615	Thymoltrübungsreaktion	10
616	Kalium quant. i.S. (nicht kolorimetrisch)	16
617	Kalzium quant. i.S.	16
618	Phosphor anorganisch, quant. i.S. (photometrisch)	16
619	Gesamtbilirubin i.S.	11
620	Gesamtbilirubin und direktes-, Bestimmung des -s, qual. und quant. i.S.	18
621	Gesamtlipide quant. i.S.	27
622	Triglyceride (Neutralfett) quant.i.S.	32
623	Gesamtcholesterin quant. i.S.	27
624	Harnsäure	26
625	Kreatinin quant. i.S.	18
626	HBA 1c	51
627	Fructosamine	51
628	HDL-Cholesterin und/oder LDL-Cholesterin (Berechnung)	27

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
	Enzyme	
640	Alpha-Amylase (Diastase) quant. i.S. (photometrisch)	14
641	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) (UV-Test)	27
642	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) (UV-Test)	27
643	Saure Phosphatase, gesamt oder tartratgehemmt, quant. i.S.	27
644	Alkalische Phosphatase quant. i.S. (UV-Test)	27
645	CK (Creatin-Kinase) - UV-Test	23
646	Gamma GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	33
	Blutgerinnung	
650	Gerinnungszeitbestimmung	9
651	Blutungszeit-Bestimmung	6
652	Thrombozyten-(Kammer)-Zählung	7
653	Thrombotest oder Quicktest oder PTZ	28
	Blutsenkung	
660	Blutsenkung einschließlich Abnahme	18
661	Mikrosenkung einschließlich Abnahme	18

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
	Harnuntersuchungen	
662	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant., Urobilinogen und Sediment, Reaktion, spez. Gewicht, makros kopische Beschreibung; ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite und Ketonkörper; ST	13
663	Sediment nativ	7
664	Harn auf Eiweiß; ST	6
665	Harn auf Zucker; ST	6
666	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweiß-bestimmung qual. ev. quant., spez. Gewicht, Azeton; ST	6
667	Alpha-Amylase (Diastase) quant.	12
668	Harn auf Blut qual.; ST	4
	Magensaftuntersuchungen	
670	Fraktionierte Magensaftuntersuchung mit der Ph-Sonde: Nüchtern- und Reizsekret, einschließlich Aus-heberung, mindestens sechs Fraktionen	37
	Duodenalsaftuntersuchungen	
671	Gallenblasenreflex, Prüfung des -es, A- und B-Galle auf Bilirubin direkt, Sediment nativ, Lamblien, Gramfärbung, einschließlich Einführung der Duodenalsonde	41

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Pkt.
	Stuhluntersuchungen	
675	Stuhluntersuchung: Makroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke; Muskelfasern), Blut Parasiten	18
676	Stuhl nativ und auf Blut	9
677	Stuhl auf Würmer und Wurmeier mit Anreicherung	9
	Funktionsproben	
680	Bromsulphalein-(Bromthalein) Test	27
681	Phenolrotprobe (PSP-/Phenolsul- phophtalein/-Test)	27
	Untersuchungen von Punktionsflüssigkeiten	
685	Spezifisches Gewicht	3
686	Rivalta	3
687	Sediment nativ	3

Siehe Erläuterungen Abschnitt V/A - C

MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN DER FACHÄRZTE FÜR MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORMEDIZIN

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	Morphologische Blutuntersuchungen	
700	Kompletter Blutbefund: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex, Differentialzählung	4,61
701	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Messung des Haemoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex	2,31
702	Erythrozytenzählung	1,88
703	Hämoglobin-Bestimmung (photometrisch)	1,03
704	Retikulozytenzählung	1,57
705	Osmotische Resistenz der Erythrozyten, Bestimmung der Erythrozyten	4,29
706	Malariaplasmodien, Untersuchung auf - (Ausstrich, dicker Tropfen)	3,42
707	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung Beurteilung	3,09
708	Leukozytenzählung	1,57
709	Sternalpunktat, Untersuchung des -es: Färbepräparat, Differentialzählung und Beurteilung	9,42
710	Hämatokrit-Bestimmung	2,10

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	Chemische Untersuchungen des Blutes	
713	Fructosamine (nicht gleichzeitig mit Pos. 714-HbA 1c-verrechenbar)	4,29
714	HbA 1c	8,57
715	Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch	2,78
716	Blutzucker-Belastungskurve oder Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzucker-bestimmungen, qual. und quant. o-Toluidin oder enzymatisch)	8,35
717	Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff (BUN-Blood Urea Nitrogen) - oder RN-(Reststickstoff)-Bestimmung quant. i.S. (photometrisch)	3,09
718	Harnsäure quant. i.S.	4,32
719	Indikan quant. i.S.	2,22
720	Kreatinin quant. i.S.	3,11
721	Gesamteiweiß-Bestimmung quant. i.S. (refraktometrisch oder photometrisch)	3,09
722	Elektrophorese zur quantitativen Bestimmung der Eiweißfraktionen einschließlich Gesamteiweißbestimmung	9,42
723	Weltmann (Koagulationsband) (nicht zur Leberdiagnostik)	2,58
724	Thymoltrübungsreaktion	1,28
726	Triglyceride (Neutralfett) quant. i.S.	5,41
727	Gesamtcholesterin quant. i.S.	4,61

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
728	Kalium quant. i.S. (nicht kolorimetrisch)	2,64
729	Natrium quant. i.S. (nicht kolorimetrisch)	3,61
730	Kalzium quant. i.S.	2,64
731	Magnesium quant. i.S.	4,29
732	Phosphor anorganisch, quant.i.S. (photometrisch)	2,64
733	Eisen quant. i.S.	5,56
734	Transferrin	9,49
735	Gesamt-Bilirubin und direktes-, Bestimmung des -s, qual. und quant. i.S.	3,09
736	Lithium quant. i.S. (nicht kolorimetrisch)	3,26
737	Eisenbindungskapazität i.S.	6,85
738	PBI-Untersuchung (Proteingebundenes Jod)	10,27
741	Lipase i.S.	4,45
742	Standard-Bikarbonat (Alkalireserve)	5,14
743	HDL-Cholesterin (Heavy dense lipoprotein cholesterin)	4,97
744	Fettstatus (Triglyceride, Gesamt-Cholesterin und HDL-Cholesterin)	14,38
745	Pankreasblock (Alpha-Amylase i.S. und im Harn, Lipase i.S.)	12,66

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	Enzyme	
750	Alpha-Amylase (Diastase) quant. i.S. (photometrisch)	2,31
751	Saure Phosphatase, gesamt oder tartratgehemmt, quant. i.S.	4,61
752	Alkalische Phosphatase quant. i.S. - UV-Test	4,61
753	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) - UV-Test	3,86
754	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) - UV-Test	3,86
755	LDH (Lactatdehydrogenase) - UV-Test	4,61
756	"LAP" ("Leucin-Aminopeptidase") Aminosäurearylamidase	5,14
757	Cholinesterase quant. i.S. (photometrisch)	4,61
758	Gamma-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	5,59
759	CK (Creatin-Kinase) - UV-Test	3,84
760	GlDH (Glutamat-Dehydrogenase) - UV-Test	4,71
761	Leberblock (Gesamt-Bilirubin und direktes -, Bestimmung des -s, qual. und quant. i.S. GPT, Gamma -GT und Cholinesterase)	17,11
762	Alpha-HBDH (Lactatdehydrogenase 1 Isoenzym)	5,14
	Serologische Untersuchungen des Blutes	
764	Rheumablock (Latex RF-(Rheumafaktor)-Test, Latex-ASL-(Antistreptolysin) Test und C-reaktives Protein (CRP)	12,84
765	Latex RF-(Rheumafaktor)-Test	4,29

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
766	Latex-ASL-(Antistreptolysin)-Test	4,29
767	C-reaktives Protein (CRP)	4,29
768	VDRL Lipoid-Antigentest auf Lues	4,29
769	Rötel-Antikörper-Titer (Mutter-Kind-Pass)	8,57
790	Bestimmung der Immunglobuline, IgG, A, M und E im Serum/pro Bestimmung	10,27
791	Bestimmung der Chlamydia AK im Serum	10,27
792	Modifizierter Paul-Bunnel-Test "Monosticon" im Serum	2,83
793	Fibrinogen i.S.	5,14
794	HBs-Antigen	8,31
	Blutgerinnung	
770	Gerinnungszeitbestimmung	1,57
771	Blutungszeit-Bestimmung	0,95
772	Thrombozyten-(Kammer)-Zählung	1,24
773	Prothrombinzeit-Bestimmung	1,85
774	Plasmathrombinzeit (PTZ) Partielle Thromboplastinzeit (PTT) je	5,14
	Blutgruppenbestimmung	
775	Blutgruppenbestimmung: ABO-System mit Untergruppen	5,14
776	Rhesusfaktor	4,29
778	PSA (Prostataspezifisches Antigen)	15,20

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	Blutsenkung	
780	Blutsenkung einschließlich Abnahme	2,58
781	Mikrosenkung einschließlich Abnahme	3,09
	Harnuntersuchungen	
782	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant. Urobilinogen und Sediment, Reaktion spez. Gewicht, makroskopische Beschreibung ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite (ST) und Ketonkörper	2,15
783	Harn auf Eiweiß quant.	0,87
784	Harn auf Zucker quant.	0,87
785	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweiß- bestimmung qual. ev. quant., spez. Gewicht Azeton	0,95
786	Porphyrin im Sammelharn, qual.	1,88
787	Alpha-Amylase (Diastase) quant.	2,01
788	Natrium quant.	1,03
789	Chloride quant.	1,03
	Konkrementuntersuchungen	
795	Harnkonkrement-Analyse	4,71

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	Sputumuntersuchungen	
800	Sputum komplett: Makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelson oder Auraminfärbung o.ä. mit Anreicherung	4,29
801	Elastische Fasern Untersuchung auf	0,87
	Magensaftuntersuchungen	
803	Fraktionierte Magensaftuntersuchung: Nüchtern- und Reizsekret, einschließlich Ausheberung, mindestens sechs Fraktionen	6,52
804	Fraktionierte Magensaftuntersuchung mit der Ph-Sonde: Nüchtern- und Reizsekret, einschließlich Ausheberung, mindestens sechs Fraktionen	6,18
805	Milchsäure qual.	0,60
806	Gastrotest	2,99
	Duodenalsaftuntersuchungen	
807	Gallenblasenreflex, Prüfung des -es, A- und B-Galle auf Bilirubin direkt, Sediment nativ, Lamblien, Gramfärbung einschließlich Einführung der Duodenalsonde	6,97
808	Alpha-Amylase (Diastase) quant. einschließlich Einführung der Duodenalsonde	4,29
	Stuhluntersuchungen	
810	Stuhluntersuchung: Makroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten	3,09
811	Stuhl auf Nahrungsreste (mikroskopisch)	1,71

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
812	Stuhl nativ und auf Blut	1,57
813	Stuhl auf Amöben	1,71
814	Stuhl auf Würmer und Wurmeier mit Anreicherung	1,57
	Funktionsproben	
820	Galaktosebelastungsprobe mit Bestimmung der Galaktosegesamtausscheidung im Harn	2,66
821	Bromsulphalein(Bromthalein)Test	4,61
822	Thorntest	5,91
823	Verdünnungs- und Konzentrationsversuch nach Volhard (14 Messungen der Menge und der spez. Gewichte)	3,97
824	Phenolrotprobe (PSP-(Phenolsulphophtalein-) Test)	4,61
	Liquoruntersuchungen	
830	Liquor komplett: Makroskopische Beschreibung, Zellzahl, Pandy, Nonne Apelt, Mastix oder Goldsol, ev. Färbepräparat, Gesamteiweiß	4,99
831	Glucose im Liquor quant., o-Toluidin oder enzymatisch	4,86
832	Goldsol	4,86
833	Mastix	4,86
834	Pandy	0,52
835	Nonne-Apelt	0,52
836	Zellzahl	0,52
837	Gesamteiweiß quant. (photometrisch)	4,86

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	Untersuchungen von Punktionsflüssigkeiten	
840	Punktionsflüssigkeit komplett: Makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, Rivalta, spez. Gewicht, Gram, Ziehl-Neelson, o.ä. mit Anreicherung	5,14
841	Sediment nativ	0,45
842	Rivalta	0,45
843	Spezifisches Gewicht	0,45
	Untersuchungen von Sekreten der Geschlechtsorgane	
845	Sekretabstrichuntersuchung auf Trichomonaden und Go, erste Stelle	1,96
	Schwangerschaftsreaktion	
850	Immunologischer Schwangerschaftstest	9,42
	Nuklearmedizinische in vitro-Untersuchungen	
852	TRH-Test	43,56
853	FT 3	13,71
854	TSH	13,71
855	T4-Test (vierfach jodiertes Thyroxin)	10,27
856	ETR (effective thyroxine ratio)	10,27
857	T 3	10,27
858	FT 4	12,85
859	Ferritin i.S.	12,85

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
	EKG-Untersuchungen	
860	EKG in Ruhe	4,13
861	Unipolare Extremitätenableitungen	2,29
862	Thorakale Ableitungen nach Wilson (mindestens sechs Ableitungen)	5,05
863	EKG in Ruhe und nach Arbeit	5,66
	Blutentnahmen	
870	Blutentnahme	2,01
871	Blutentnahme bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	2,75
	Besuchszuschläge	
890	Zuschlag für Blutentnahme am Krankenbett durch Arzt	15,75
891	Zuschlag für Blutentnahme am Krankenbett durch MTA	7,89
	Fixes Wegegeld zu 890 und 891	*2,37*
892	Manipulationsgebühr für die Weiterleitung von Untersuchungsmaterial, verrechenbar von FÄ für Labormedizin in 5% der Behandlungsfälle. Der Vertragsarzt hat die Zuweisung im Rahmen seines Vertrages zu erfüllen. Darüber hinaus verlangte Leistungen können unter Verrechnung einer Manipulationsgebühr zu einem geeigneten Vertragspartner der steirischen § 2-Kassen weitergeleitet werden, zu einer außersteirischen Laboreinrichtung nur dann, wenn diese Leistung im Bundesland Steiermark überhaupt nicht erbracht werden kann. Eine zusätzl. Verrechnung von Portokosten bei dieser Pos. ist nicht möglich.	1,02

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
968	VU-Laborblock (Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride) für Männer (siehe Pkt. 4.9. der Erläuterungen zu Abschnitt V/A-C)	12,64
969	VU-Laborblock (Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride) für Männer (siehe Pkt. 4.9. der Erläuterungen zu Abschnitt V/A-C)	11,90
975	VU-Laborblock (Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride, rotes Blutbild) für Frauen (siehe Pkt. 4.9. der Erläuterungen zu Abschnitt V/A-C)	14,93
977	VU-Laborblock (Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride, rotes Blutbild) für Frauen (siehe Pkt. 4.9. der Erläuterungen zu Abschnitt V/A-C)	13,27

MEDIZINISCH-CHEMISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN
ERLÄUTERUNGEN

1. Allgemeines

1.1. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung von Laboruntersuchungen nötigen Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe, usw. sowie die erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten.

1.2. Mittels Schnelltest (Streifen, Stäbchen, Tabletten) durchgeführte Bestimmungen sind nach diesen Tarifen nicht verrechenbar, ausgenommen "ST" bezeichnete Positionen. Bei Verwendung von Streifen ist jeweils ein adäquater oder höherwertiger Streifen anzuwenden.

1.3. Die getätigten Laboruntersuchungen sind unter Verwendung des im Tarifverzeichnis angeführten Zeichenschlüssels (Tarifposition) in die Datumsrubriken des Verrechnungsteiles des Behandlungsscheines einzutragen.

Die in Rechnung gestellte Tarifposition muss den Zusammenhang mit der am Krankenkassenscheck (Überweisung) angeführten Diagnose erkennen lassen. In Zweifelsfällen oder bei unvollständiger Eintragung der Laboruntersuchungen werden die Verrechnungsunterlagen dem Vertragsarzt zur Verfügung gestellt bzw. werden die Laboruntersuchungen nach den jeweils niedrigeren Tarifpositionen honoriert.

1.4. Kombinationen von Einzeluntersuchungen dürfen in ihrer Honorarsumme den Tarifbetrag, der die betreffenden einzelnen Untersuchungen zusammenfasst, nicht übersteigen.

1.5. Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Die Unterlagen müssen durch drei Jahre aufbewahrt werden und sind auf Verlangen dem Krankenversicherungsträger zur Verfügung zu stellen.

2. Honorierung der medizinisch-chemischen Laboruntersuchungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin)

2.1. Die Verrechnung der im Tarifverzeichnis Abschnitt V/A enthaltenen Laboruntersuchungen steht grundsätzlich allen Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten zu, mit Ausnahme der mit einem "x" bezeichneten Positionen.

2.2. Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinderheilkunde können über Anmeldung im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) die mit "x" gekennzeichneten Positionen verrechnen.

Anmeldungen sind im Wege über die Ärztekammer für Steiermark mittels eines aufgelegten Formblattes einzubringen. Die Verrechnung kann erfolgen, wenn nicht von der Ärztekammer oder den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) innerhalb von 14 Tagen nach Einlangen dieser Anmeldung bei den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) mittels eingeschriebenen Briefes eine Ablehnung erfolgt.

Die Verrechnung dieser Laboruntersuchungen kann jeweils mit Beginn des Quartales einsetzen, welches auf die Einbringung der Anmeldung folgt, sofern diese spätestens am 20. des Monats vor Beginn des Quartales, ab dem die Verrechnung beabsichtigt ist, bei den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) einlangt.

2.3. Die Voraussetzungen für die Verrechnung von erweiterten Laboruntersuchungen sind Folgende:

a) Der Arzt muss für die von ihm durchgeführten Laboruntersuchungen mit den notwendigen Apparaturen ausgestattet sein.

b) Dem Arzt muss, falls er die Untersuchung nicht selbst durchführt, eine ausgebildete Laborkraft zur Verfügung stehen.

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

d) Wird bei zwei hintereinander durchgeführten Qualitätskontrollen festgestellt, dass die vom Vertragsarzt ermittelten Laborwerte unrichtig sind, erlischt die Verrechnungsmöglichkeit auf die Dauer eines Jahres, ab Beginn des Quartales, welches auf die Qualitätskontrolle folgt. Nach Ablauf dieser Frist kann der Vertragsarzt eine neue Anmeldung für die Verrechnung stellen.

2.4. Im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern werden in Anlehnung an die Empfehlungen der österreichischen Gesellschaft für klinische Chemie, die Mindestnormen für die entsprechende Einrichtung des Praxislaboratoriums mit Angabe der Photometer, die für diese Untersuchungen anerkannt werden, aufgestellt und in den Mitteilungen der Ärztekammer für Steiermark verlautbart.

2.5. Honorierung/Ärzte für Allgemeinmedizin

Die Honorierung der Laboruntersuchungen von Ärzten für Allgemeinmedizin erfolgt nach Punkten.

Die Berechnung des Laborhonorares für den einzelnen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgt in der Weise, dass pro Behandlungsfall im Quartal 10 Punkte mit einem Punktewert von € 0,1480, 10 Punkte mit einem Punktewert von € 0,0740 und jeder weitere Punkt mit einem Punktewert von € 0,0370 berechnet werden.

Die Summe aller mit € 0,1480 bzw. € 0,0740 honorierbaren Punkte ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der Behandlungsfälle mit jeweils 10.

2.6. Honorierung/allgemeine Fachärzte

Zur Honorierung der Laboruntersuchungen von allgemeinen Fachärzten sind die im Tarifverzeichnis enthaltenen Punktezahlen mit € 0,1480 zu multiplizieren. Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der abgestuften Honorierung der Sonderleistungen (siehe Honorarordnung Teil A, Pkt. IX.).

3. Honorierung der medizinisch-chemischen Laboruntersuchungen der Fachärzte für Innere Medizin, Abschnitt V/B

3.1. Das Tarifverzeichnis Abschnitt V/B "Medizinisch-chemische Laboruntersuchungen der Fachärzte für Innere Medizin" gilt nur für Fachärzte für Innere Medizin. Laboruntersuchungen können nur verrechnet werden, wenn hiefür eine entsprechende Laborausstattung besteht. Die Krankenversicherungsträger können gemeinsam mit der Ärztekammer für Steiermark die Laboreinrichtung überprüfen.

3.2. Alle im Tarifverzeichnis Abschnitt V/B angeführten Laboruntersuchungen sind vom Vertragsfacharzt für Innere Medizin selbst zu erbringen, soweit er über die notwendige technische und personelle Ausstattung verfügt. Zuweisungen an den Facharzt für Innere Medizin nur zum Zwecke der Durchführung von Laboruntersuchungen sind zulässig; für solche Untersuchungen besteht kein Anspruch auf Ordinationshonorierung.

3.3. Für bestimmte Untersuchungen können Qualitätskontrollen vorgeschrieben werden. Wird eine solche Qualitätskontrolle abgelehnt oder nicht durchgeführt, so gilt dies als Verzicht auf die Verrechnung dieser Laboruntersuchung mit den Krankenversicherungsträgern.

3.4. Im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Steiermark können bestimmte, in diesem Tarif enthaltene Untersuchungen an eine Vorbewilligung der Krankenversicherungsträger gebunden werden.

3.5. Die Honorierung der Laboruntersuchungen erfolgt nach Punkten.
Die Berechnung des Laborhonorares für den einzelnen Arzt erfolgt in der Weise, dass für jeden Behandlungsfall im Quartal 70 Punkte mit einem Punktewert von € 0,1480, 20 Punkte mit einem Punktewert von € 0,0740 und jeder weitere Punkt mit einem Punktewert von € 0,0370 berechnet werden. Die Summe aller mit € 0,1480 honorierbaren Punkte ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der Behandlungsfälle mit jeweils 70, aller mit € 0,0740 honorierbaren Punkte aus der Multiplikation mit jeweils 20.

4. Honorierung der Fachärzte für medizinisch-chemische Labormedizin, Abschnitt V/C

4.1. Es können grundsätzlich nur jene Laboruntersuchungen verrechnet werden, die vom zuweisenden Arzt auf den von den Krankenversicherungsträgern aufgelegten Zu(über)weisungsscheinen verlangt wurden und die im Tarifverzeichnis Abschnitt V/C enthalten sind.

4.2. Alle erbrachten Laboruntersuchungen sind unter Angabe der Positionsnummer ausschließlich mit dem Zu(über)weisungsschein zu verrechnen. Die Verwendung vorgedruckter Leistungsspiegel ist ausgeschlossen.

4.3. Sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, wird die Blutentnahme gesondert vergütet. Werden mehrere Untersuchungen im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt, ist die Blutentnahme nur einmal verrechenbar.

4.4. Werden von den zuweisenden Ärzten auf einem Zu(über)weisungsschein mehrere einzelne Tarifpositionen gewünscht, sind die in den Blocktarifen (Positionen 744, 745, 761 und 764) enthaltenen Laboruntersuchungen nach dem Blocktarif abzurechnen, wogegen die restlichen Untersuchungen nach den vereinbarten Einzeltarifen verrechnet werden können.

4.5. Die Vertragslaboratorien werden dem Krankenversicherungsträger die von ihnen zur Durchführung von Laboruntersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss dieser Vereinbarung bekannt geben. Sie werden darüber hinaus die Krankenversicherungsträger hinsichtlich der apparativen Ausstattung von jeder Neuerwerbung, von jedem Austausch und von sonstigen Veränderungen ohne Aufschub benachrichtigen.

4.6. Jedes Vertragslaboratorium hat regelmäßig an Ringversuchen teilzunehmen und die vorgeschriebenen internen Qualitätskontrollen durchzuführen.

4.7. Dem Krankenversicherungsträger steht das Recht zu, die von den Vertragslaboratorien bei ihren Untersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen (Flammenphotometer, Elektrophoresegeräte, etc.) in regelmäßigen Abständen durch Experten auf ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Präzision zu prüfen und sich zu überzeugen, dass die vorgeschriebenen Qualitätskontrollen durchgeführt wurden. Die Überprüfung kann nur im Einvernehmen mit dem Vertragslaboratorium erfolgen; dieses wird eine mit eingeschriebenem Brief angekündigte Überprüfung längstens nach zwei Wochen - gerechnet vom Einlangen des Briefes - zulassen.

4.8. Das Honorar für den einzelnen Vertragsfacharzt wird nach folgenden Grundsätzen berechnet.

Die von dem Vertragsfacharzt für medizinisch-chemische Labormedizin erbrachten Laboruntersuchungen werden ab dem Jahre 2005 bis zu einer Honorarsumme von € 1.334.648,-- mit den im Tarifverzeichnis enthaltenen Honoraransätzen vergütet.

Leistungen, die ab dem Jahr 2005 über der Honorarsumme von € 1.334.648,-- liegen, werden mit 40 % der Honorarsätze lt. Tarifverzeichnis honoriert, bis eine Honorarsumme von € 1.778.364,-- erreicht ist.

Leistungen, die darüber hinausgehen, werden mit 25 % der Honoraransätze lt. Tarifverzeichnis vergütet. *In Vertragsgruppenpraxen mit mehreren Fachärzten für Labormedizin vervielfachen sich die Honorarsummen mit der Anzahl der tätigen Gesellschafter in der Gruppenpraxis, die Fachärzte für Labormedizin sind (z.B. bei zwei Gesellschaftern beträgt die Honorarsumme mit Vollhonorierung € 2.669.296,--)*.

Leistungen im Rahmen von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden davon abweichend immer mit vollen Honoraransätzen honoriert und nicht in die abgestufte Honorierung einbezogen.

4.9. VU-Laborblock

4.9.1. Verrechnungsvoraussetzung ist eine Überweisung (Zuweisung), auf welcher der Vermerk „VU“ angebracht ist.

4.9.2. Der Parameter Gamma GT bleibt grundsätzlich weiter im Programm. Es wird jedoch eine Parallelevaluierung mit dem Audit GMAT Bogen durchgeführt. Falls diese Evaluierung ergibt, dass das Gamma GT keine Aussagekraft hat, scheidet dieser Parameter aus dem Programm aus.

4.9.3. Die Parameter Triglyceride und rotes Blutbild fallen nach der Übergangsfrist (bis Ende 2006) grundsätzlich weg, außer grundlegende wissenschaftlich gesicherte Studienergebnisse beweisen die Sinnhaftigkeit dieser Parameter in einer Vorsorgeuntersuchung.

4.9.4. Das rote Blutbild ist nur bei weiblichen Probanden zu bestimmen.

HONORIERUNG DER FACHÄRZTE FÜR RADIOLOGIE

I.
F A L L B E T R A G

Fallbetrag für das Limit des Röntgenhonorars (siehe Erläuterungen Abschnitt VI, Pkt. 2.)	€ 27,85

II.
H O N O R I E R U N G

1. Diagnostik

1.1. Verrechnung des Einzelhonorares

Für jede röntgendiagnostische Leistung (Röntgendurchleuchtung und Röntgenaufnahme) gebührt ein Honoraranteil.

1.2. Ausnahme

Bei der Röntgenuntersuchung der Zähne werden bis je drei Zahnaufnahmen als eine Leistung gewertet.

2. Unkosten

2.1. Honorierung spezieller röntgendiagnostischer Untersuchungen, für die im Röntgenorgantarif keine Tarifposition vorgesehen ist:

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Unk./€	Hon./€
900	Honoraranteil pro Aufnahme bzw. pro Durchleuchtung		5,36
902	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	4,58	
903	Durchleuchtung mit Kontrastmittel	6,00	
907	Zuschlag für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte (zu den Durchleuchtungen max. zwei Zuschläge pro Tag)	5,34	
	Aufnahmen		
911	Format 9 x 12	4,58	
912	Format 13 x 18	5,53	
913	Format 18 x 24	6,57	
914	Format 15 x 40	7,40	
915	Format 24 x 30	8,24	
916	Format 20 x 40	7,62	
917	Format 30 x 40	10,62	
918	Format 35 x 35	11,30	
919	Format 35 x 43	12,29	
920	Format 30 x 90	23,79	
	Zahnfilme		
926	1 - 3 Stück	2,83	
927	4 - 6 Stück	5,65	

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Unk./€	Hon./€
928	7 - 9 Stück	8,47	
929	10 - 12 Stück	11,30	

2.2. Organtarif für röntgendiagnostische Leistungen:

Herz-Lunge/Thorax

700	Kind bis 5 Jahre	23,51	14,45
701	Kind von 5 bis 12 Jahre	25,36	14,45
702	Erwachsener	31,57	14,98
703	Oesophagus (Schluckakt)	27,81	26,76
704	Oesophagus (Schluckakt) (im Rahmen einer Magendurch - leuchtung, wenn Kontrastmittel bereits im Rahmen einer anderen Pos. verabreicht wurde)	26,39	26,76
705	Oesophagus (Schluckakt) inkl. Halsorgane	40,93	37,45
706	Halsorgane	24,47	16,05
707	Halsorgane (wenn Kontrastmittel im Rahmen einer anderen Untersuchung verabreicht wurde)	23,06	16,05
708	Larynx	11,06	10,71
709	Magen-Duodenum (ohne Doppelkontrast)	37,06	32,12
710	Magen-Duodenum (Doppelkontrastdarstellung)	46,97	42,81
711	Dünndarmpassage	53,39	32,12

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
712	Dünndarmpassage gemeinsam mit Magen-Duodenum	43,80	32,12
713	Irrigoskopie ohne Doppelkontrast	51,06	21,41
714	Irrigoskopie mit Doppelkontrast	78,33	39,22
715	Appendix pro Tag (maximal 3 Tage)	16,86	10,71
716	Gallenblase nativ (= Oberbauchleeraufnahme)	8,24	5,36
717	Perorale Cholecystographie	14,81	10,71
718	i.v. Cholangio-Cholecystographie einschließlich Nativaufnahme (Tarif exkl. i.v.-Injektion)	46,72	26,76
719	Infusions-Cholangio-Cholecystographie einschließlich Nativaufnahme (Tarif exkl. Infusion)	46,72	26,76
720	i.v. Cholangiographie einschließlich Nativaufnahme (Tarif exkl. i.v.-Injektion)	35,14	21,41
721	Infusions-Cholangiographie einschl. Nativaufnahme (Tarif exkl. Infusion)	35,14	21,41
722	Abdomen nativ	17,26	8,04
723	Harnblase nativ	6,57	5,36
724	Cystographie einschließlich Nativaufnahme	24,47	16,05
725	MCU (Miktionscystourographie) mit Refluxcystographie	39,26	26,76
726	Urethrographie	33,54	21,41

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
727	Harntrakt Nativaufnahme	12,13	5,36
728	i.v. Pyelographie (Urographie einschl. Nativaufnahme) (Ausscheidungsurogramm = AUG; Tarif exkl. i.v.-Injektion)	72,94	32,65
729	Infusions-Pyelographie (Urographie) einschließlich Nativaufnahme (Ausscheidungsurogramm = AUG; Tarif exkl. Infusion)	72,94	32,65
730	Retrograde Pyelographie pro Niere einschließlich Nativaufnahme	33,55	21,41
731	Mammographie pro Seite im Rahmen der Vorsorge-untersuchung, inkl. notwendiger Mammasonographie, nicht gemeinsam mit der Pos. 841 verrechenbar (siehe Pkt. 2.3. der Erläuterungen zu Abschnitt VI)	23,11	13,38
831	Mammographie pro Seite; inkl. notwendiger Mammasonographie, nicht gemeinsam mit der Pos. 841 verrechenbar	23,11	13,38
733	Pneumocystographie (im Anschluss an Mammographie) bzw. Galaktographie (Tarif exkl. Punktion)	18,46	10,71
734	Schädel	16,48	10,71
735	Gesichtsschädel	13,13	10,71
736	Schädelbasis	8,24	5,36
737	Sella (Hypophyse)	5,53	5,36
738	Schläfenbein pro Seite (Pyramiden, Schüller-Stenvers)	16,58	16,05
739	Nasennebenhöhlen bis zum 10. Lebensjahr	12,09	10,71
740	Nasennebenhöhlen ab dem 10. Lebensjahr	18,66	16,05

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
741	Nasenbein	8,35	10,71
742	Kiefergelenk pro Seite	11,06	10,71
743	Oberkiefer pro Seite	12,09	10,71
744	Unterkiefer pro Seite	12,09	10,71
745	Zähne (1 - 3 benachbarte)	2,83	5,36
746	Zahnstatus (10 und mehr)	11,30	21,41
747	HWS, ap. und seitl.	18,66	16,05
748	HWS, ap. und seitl. inkl. der verlangten Funktionsaufnahmen	33,46	26,76
749	HWS, Schrägaufnahmen bei Foramina Intervertebralia	23,06	16,05
750	Brustwirbelsäule ap. und seitl.	15,70	10,71
751	LWS, ap. und seitl. inkl. Kreuzbein	18,07	11,77
752	LWS, ap. und seitl. inkl. Kreuzbein und die verlangten Funktionsaufn.	39,28	22,48
753	LWS - Schrägaufnahmen	15,22	10,71
754	Kreuz- und Steißbein	14,81	10,71
755	Einzelne Wirbelsäulenabschnitte	14,81	10,71
756	Wirbelsäule Ganzaufnahme im Stehen (Gesamtaufnahme ap. unter Verwendung des Formates 30/90) sowie der seitl. Aufnahmen der einzelnen WS-Abschnitte	46,18	21,41
757	Becken ap. inkl. Hüftgelenke ap. bis zum 10. Lebensjahr	7,91	5,36

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
758	Becken ap. inkl. Hüftgelenke ap. ab dem 10. Lebensjahr	11,96	5,36
759	Becken ap. inkl. beide Hüftgelenke ap./ax. bis zum 10. Lebensjahr	21,04	16,05
760	Becken ap. inkl. beide Hüftgelenke ap./ax. ab dem 10. Lebensjahr	27,75	16,05
761	1 Hüftgelenk ap./ax.	17,10	11,77
762	beide Hüftgelenke ap./ax.	31,60	21,41
763	Hüftgelenk bei Endoprothese	15,85	10,71
764	Sacroiliacalgelenk	13,13	10,71
765	Rippen einseitig ohne Unfall	18,86	10,71
766	Rippen beidseitig ohne Unfall	37,71	21,41
767	Rippen einseitig bei Unfall	26,19	13,38
768	Rippen beidseitig bei Unfall	35,63	18,75
769	Sternum	16,31	10,71
770	Clavicula (einseitig)	7,89	6,41
771	Clavicula (beidseitig)	13,13	10,71
772	Sternoclaviculargelenk (einseitig)	7,24	6,41
773	Sternoclaviculargelenk (beidseitig)	11,89	10,71
774	Scapula (einseitig)	16,13	11,24

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
775	Scapula (beidseitig)	30,94	21,41
776	Schultergelenk (einseitig)	15,29	11,77
777	Schultergelenk (beidseitig)	27,93	21,41
778	Ober- oder Unterarm	14,66	10,71
779	Ellbogengelenk (einseitig)	13,19	11,77
780	Ellbogengelenk (beidseitig)	24,19	21,41
781	Handgelenk bzw. Handwurzel (einseitig)	12,16	11,77
782	Handgelenk bzw. Handwurzel (beidseitig)	22,10	21,41
783	Hand inkl. Mittelhand (einseitig)	14,43	11,77
784	Hand inkl. Mittelhand (beidseitig)	26,27	21,41
785	Navicularserie nach Trauma (Kahnbein, Skaphoid)	16,58	16,05
786	1 Finger bzw. 1 Zehe	5,53	10,71
787	Oberschenkel	15,14	10,71
788	Unterschenkel	14,83	10,71
789	Kniegelenk (einseitig)	14,43	11,77
790	Kniegelenk (beidseitig)	26,27	21,41
791	Patella axial (tangential) einseitig	6,64	6,41
792	Patella axial (tangential) beidseitig	11,06	10,71

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
793	Defileeaufnahme der Patella, 30, 60 und 90 Grad pro Seite	16,58	16,05
794	Sprunggelenk (einseitig)	13,40	11,77
795	Sprunggelenk (beidseitig)	24,19	21,41
796	Sprunggelenk und ganzer Fuß, einseitig	27,87	22,48
797	Sprunggelenk und ganzer Fuß beidseitig	53,11	42,81
798	Ganzer Fuß ap., seitl., schräg (einseitig)	22,34	17,13
799	Ganzer Fuß ap., seitl., schräg (beidseitig)	42,05	32,12
800	Vorfuß oder Fußwurzel (einseitig)	12,16	11,77
801	Vorfuß oder Fußwurzel (beidseitig)	22,10	21,41
802	Calcaneus (einseitig)	6,64	6,41
803	Calcaneus (beidseitig)	11,06	10,71
804	Calcaneus bei Trauma (einseitig)	12,16	11,77
805	Calcaneus bei Trauma (beidseitig)	22,10	21,41
806	Fremdkörperlokalisation	24,72	16,05
807	Fistelfüllung	26,05	16,05
808	Sialographie inkl. Nativaufnahme	16,58	16,05
809	Augenfremdkörper	16,58	16,05
810	Phlebographie obere Extremitäten	47,15	26,76

Pos.Nr.:	Organ oder Körperstelle	Unk./€	Hon./€
811	Phlebographie untere Extremitäten	62,38	37,45
812	Hystero-Salpingographie	31,04	21,41
	Tomographie		
813	Lunge pro Ebene (max. 2 Ebenen)	62,56	42,81
814	Mediastinum und/oder beider Hili pro Ebene (max. 2 Ebenen)	32,94	21,41
815	Skelett pro Ebene (max. 2 Ebenen)	39,40	32,12
816	Kiefergelenk mit Funktion pro Seite	22,10	21,41
817	Sternum	22,21	16,05
818	Leer-Zono Niere	13,79	8,04
819	Arthrographie eines Kniegelenkes	37,60	26,76
820	Zuschlag für die Darstellung von Bewegungsabläufen mittels Mittelformatkamera oder Videoaufzeichnung, verrechenbar von FÄ für Radiologie nur neben den Pos. 703, 705 und 725 (siehe Pkt. 2.6. der Sonderbestimmungen und Erläuterungen zu Abschnitt VI)		10,49

HONORIERUNG DER FACHÄRZTE FÜR RADIOLOGIE
ERLÄUTERUNGEN

1. Allgemeine Bestimmungen

1.1. Der Organtarif und die allgemeinen Bestimmungen gelten nur für Vertragsfachärzte für Radiologie. Der Organtarif beruht auf einer einvernehmlich festgelegten Durchschnittsberechnung der Honoraransätze und Unkosten. Die Anzahl der Formate stellt Durchschnittswerte dar und sind daher Abweichungen im Einzelfall vom Vertragsradiologen nach medizinischer Notwendigkeit möglich. Die zweckmäßige und ausreichende Untersuchung muss jedenfalls gewährleistet sein.

1.2. Die Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann grundsätzlich nur aufgrund einer Zuweisung durch einen Vertragsarzt oder den Krankenversicherungsträger erfolgen.

Keine Zuweisung ist erforderlich

a) für die Fortsetzung schon begonnener Bestrahlungen bei Karzinomen;
b) wenn im Verlaufe einer Röntgenbestrahlung eine röntgendiagnostische Untersuchung notwendig ist;
c) nach Unfällen für sofortige röntgenologische Untersuchung.

Von Vertragsärzten für Radiologie sind grundsätzlich jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Vertragsarzt bzw. vom zuweisenden Krankenversicherungsträger auf dem Behandlungsschein verlangt werden bzw. aufgrund der Zuweisungsdiagnose notwendig sind und in der Honorarordnung als Leistungspositionen aufscheinen.

1.3. Über die erbrachten Röntgenleistungen sind Aufzeichnungen zu führen. Die Durchschriften der erhobenen Röntgenbefunde müssen mindestens drei Jahre hindurch aufbewahrt werden; sie sind dem Krankenversicherungsträger auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

1.4. Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar; es sei denn, der Zustand des Patienten zur Zeit der Röntgenuntersuchung ließ eine ausreichende Fixation nicht zu; dies ist bei der Verrechnung anzuführen.

Untersuchungen auf Rechnung der Kasse dürfen nur mit Geräten und Methoden durchgeführt werden, die dem Stand der Radiologie entsprechen. Dem Krankenversicherungsträger steht das Recht zu, dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsradiologen festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsradiologen ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.

1.5. Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Untersuchung, die diagnostische Maßnahme inkl. aller Hilfsmittel (soweit es sich nicht um Kontrastmittel gemäß Pkt. 1.6 handelt) und die Erstellung des Befundes abgegolten.

1.6. Vertragsfachärzte für Radiologie können jene Röntgenkontrastmittel, die für die Untersuchung und Behandlung von Versicherten und anspruchsberechtigten Angehörigen notwendig sind und im Rahmen des Ordinationsbedarfes zur Verfügung gestellt werden, nur in Ausnahmefällen rezeptieren.

1.7. Die Abrechnung von Leistungen ist mit dem Behandlungsschein vorzunehmen. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe des Datums und der Positionsnummer zu verrechnen.

1.8. Notwendige Sonderleistungen, die im Tarifverzeichnis der allgemeinen Fachärzte enthalten sind, können neben den Tarifen für röntgendiagnostische Leistungen unter Anführung der entsprechenden Positionsnummer verrechnet werden.

1.9. Röntgendiagnostische Leistungen, die vom Röntgenorgantarif nicht erfasst werden, sind mit den Positionen 900 bis 929 abzurechnen.

1.10. Bei Unklarheiten werden die entsprechenden Überweisungsscheine bzw. sonstigen Abrechnungsunterlagen dem Arzt zurückgegeben. Nach erfolgter Klärung können die Unterlagen mit der nächsten Abrechnung wieder zur Honorierung eingereicht werden.

2. Honorierung

2.1. Der Fallbetrag für das Limit des Röntgenhonorares (Gesamtaufwand) ist im Rahmen der Honorarverhandlungen festzulegen. Der Gesamtaufwand für das kalendervierteljährliche Röntgenhonorar wird in der Weise ermittelt, dass der Fallbetrag mit der Anzahl der von den Fachärzten für Radiologie in einem Kalendervierteljahr zur Abrechnung eingereichten Überweisungsscheine vervielfacht wird. Wenn für einen Patienten am gleichen Tag mehrere Überweisungsscheine für Röntgenleistungen ausgestellt werden, zählen diese Überweisungsscheine als ein Überweisungsschein.

2.2. Aus dem Gesamtlimit gemäß Pkt. 2.1. wird vorerst das Honorar für Röntgentherapie lt. Therapietarif abgedeckt; der verbleibende Globalbetrag bildet das Gesamthonorar für die Röntgendiagnostik. Diesem Globalbetrag wird der nach dem Organtarif berechnete Honorarbetrag gegenübergestellt. Unter- bzw. Überschreitungen werden in der Form bereinigt,

dass im Ausgleichsquartal (2. und 4. Quartal) der Honoraranteil bei den röntgendiagnostischen Leistungen jedes Radiologen um den errechneten Prozentsatz erhöht oder vermindert wird.

2.3. VU-Mammographie

2.3.1. Die Mammographie im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung ist von Vertragsfachärzten mit der Pos. 731 für Probandinnen ab Vollendung des 40. Lebensjahres innerhalb von zwei Jahren einmal verrechenbar.

2.3.2. Verrechnungsvoraussetzung ist eine Überweisung (Zuweisung), auf welcher der Vermerk „VU“ angebracht ist.

S O N O G R A P H I E

3. Einteilung und Honorierung der Sonographien für Fachärzte für Radiologie

3.1. Das Sonderlimit zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Radiologie *und Gesellschafter in einer Vertragsgruppenpraxis* beträgt ab 1.1.2005 pro Halbjahr € 780.859,-- (Jahresbetrag € 1.561.718,--).

3.2. Morphologische Sonographiediagnostik

3.2.1. Bauchdiagnostik

(siehe Abschnitt VI, Sonographie - Sonderbestimmungen und Erläuterungen im Pkt. 2.1)

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	Unkosten €	Honorar €	Insgesamt €
940	Sonographie eines Organes	14,37	9,81	24,18
941	Sonographie von zwei Organen	17,93	15,51	33,44
942	Sonographie von drei und mehreren Organen	20,67	20,37	41,04

Die Pos. 940 - 942 sind in höchstens 25 % der Behandlungsfälle verrechenbar.

3.2.2. Small-Parts-Sonographien

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€
840	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüse, Kieferwinkel, Raumforderungen)	25,46
841	Sonographie der Mamma (je Seite), nicht gemeinsam mit der Pos. 731 oder 831 verrechenbar	17,41
842	Sonographie der oberflächlichen Raumforderungen (nur verrechenbar bei Hämatom, Lymphknoten, Aneurysma, Bakerzyste)	12,16
843	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates (insb. Weichteile der Schulter, Achillessehne und Bakerzyste)	21,44
844	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lj. bei Krankheitsverdacht	11,40
845	Sonographie des Scrotalinhaltes	17,41
846	Schilddrüse, Nebenschilddrüse	24,18

Pos.Nr.:	Art der Leistung:	€

4. Farbduplexsonographien

847	Farbduplexsonographie der Carotis und des Vertebralis-Arteriensystems	41,57
848	Zuschlag zu den in der Honorarordnung, Abschnitt VI, Sonographie - Sonderbestimmungen und Erläuterungen im Pkt. 2.1. unter a), b), c), e) angeführten Untersuchungen für Farbduplex-sonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	7,61
849	Zuschlag zu den in der Honorarordnung, Abschnitt VI, Sonographie - Sonderbestimmungen und Erläuterungen im Pkt. 2.1. unter d) angeführten Untersuchungen für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurismen, insb. der Bauchaorta	19,01
850	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf einen Verschluss	38,01
851	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen (auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Pos. nur 1 x verrechenbar)	38,01

SONDERBESTIMMUNGEN UND ERLÄUTERUNGEN

1. Die Befähigung zur Durchführung der Sonographie ist gegenüber der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) nachzuweisen.

   Das verwendete Gerät ist unter Vorlage einer Rechnungskopie der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle zu melden.
   Wenn die Rechnungskopie des verwendeten Gerätes und der Befähigungsnachweis des Vertragsarztes mit der Stellungnahme der Ärztekammer bis spätestens 20. des dritten Monates eines Quartales bei den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) einlangt, kann die Verrechnung von Sonographien ab Beginn des folgenden Quartales durch den Vertragsarzt erfolgen. Ein allfälliger Einspruch der Krankenversicherungsträger ist binnen 14 Tagen nach Einlangen schriftlich dem Vertragsarzt bekannt zu geben.

2. Sonderbestimmungen

   2.1. Es sind nur folgende der Bauchdiagnostik zuzuordnende Untersuchungen (Pos. 940 - 942) verrechenbar:

   a) Sonographie der Gallenblase
   b) " der Leber und Gallenwege
   c) " des Pankreas
   d) " der Nieren und des Retroperitoneums
   e) " der Milz
   f) " bei Tumoren im Unterbauch
   g) Sonographie bei Schwangerschaft (bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische praenatale Kindeslage, Plazenta praevia, unklarer Geburtstermin bei unbekannter letzter Regelblutung, Verdacht auf Missbildung der Frucht zu jeder Schwangerschaftszeit, Mehrlingsschwangerschaft, Missverhältnis Fruchtgröße zu Gestationszeitsuspekte Wachstumsretardierung).

   Jeweils eine der in lit. a - g angeführten Positionen ist als Sonographie eines Organes verrechenbar.

2.2. Nur über ärztliche Zuweisung durchgeführte Sonographien sind verrechenbar. In der Zuweisung ist das zu untersuchende Organ bzw. die zu untersuchende Organgruppe sowie der ausdrückliche Vermerk "Sonographie", für Sonographie bei Schwangerschaft auch die Diagnose im Sinne Pkt. 2.1. lit. g anzuführen. Über das verlangte Ausmaß hinausgehende Sonographien werden nicht vergütet.

2.3. Ergibt die Sonographie einen pathologischen Befund, so ist dies mittels Polaroid-Filmen oder gleichwertiger Abbildungssysteme zu dokumentieren. Über die erbrachten Sonographien sind Aufzeichnungen (Befunddurchschrift, Bilddokumentation) zu führen. Diese sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kasse vorzulegen.

2.4. Ultraschall-Untersuchungen nach Doppler dürfen nicht verrechnet werden.

2.5. Mit dem Tarif (Honorar plus Unkosten) sind sämtliche erforderliche Nebenleistungen bei Durchführung der Sonographie (z. B. Dokumentationskosten, Kosten für Koppelmittel etc.) abgegolten.

2.6. Pos. 820 – Zuschlag für die Darstellung von Bewegungsabläufen

Für die Verrechnung ist das verwendete Gerät unter Vorlage einer Rechnungskopie den Krankenversicherungsträgern (Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle) zu melden.

3. Honorierung

3.1. Das Sonderlimit zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Radiologie wird im Rahmen der Honorarverhandlungen festgelegt. Für dieses Limit werden ebenfalls Halbjahresabrechnungen durchgeführt. Bei Überschreitungen erfolgt im Einvernehmen der Vertragsparteien eine Kürzung der entsprechenden Honorare. Ein Guthaben aus dem 1. Halbjahr wird auf die Jahresabrechnung vorgetragen und zur Abdeckung eventueller Überschreitungen des 2. Halbjahres verwendet. Ergibt die Jahresabrechnung hingegen ein Guthaben, wird die Aufteilung einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien geregelt.

3.2. Das Limit für Small-Parts- und Farbduplexsonographien beträgt ab 1.1.2005 jährlich € 549.196,--. Sollte sich bei den Small-Parts- und Farbduplexsonographien eine Überschreitung der oa Summe ergeben, erfolgt im Einvernehmen der Vertragsparteien eine Kürzung nur dann, wenn das gesamte Sonderlimit von € 1.561.718,-- für Sonographien (der Organe Pos. 940 – 942, der Small-Parts und Farbduplex) ausgeschöpft ist.

4. Röntgentherapie – Honorar- und Unkostentarif

Falls mehr als eine Stelle abgerechnet wird, sind Größe und Lokalisation der Krankheitsherde genauestens anzugeben, sonst wird nur die Behandlung einer Stelle vergütet. Bei den mit zwei Kreuzen (++) bezeichneten Indikationen gelangen zwei Stellen zur Verrechnung.

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

Bei Buckybestrahlungen ist die Feldgröße 20 x 20 cm verbindlich. Das Honorar für die Kontrolluntersuchung nach Strahlenbehandlungen (Pos. 945) beträgt € 4,27 und ist frühestens nach Ablauf von 6 Wochen seit der letzten Strahlenbehandlung (Sitzung) verrechenbar. Eine Kontrolluntersuchung kann nur einmal pro Fall und Quartal in Rechnung gestellt werden.

Pos. Nr.:	INDIKATIONEN	Zahl der Sitzungen je Stelle	Max. Serien i.J.	Serien-pausen i.Woch.	Honorar €	Unkosten €
	Tarifgruppe I				2,60	4,05
950	Buckybestrahlung je Sitzung	5	4	8		
	Tarifgruppe I a				4,34	6,13
951	Epilation (Favus, Herpes tonsurans, Mikrosporie, Sykosis)	1	1	-		
	Tarifgruppe I b				9,86	13,97
952	Oberflächentherapie großflächiger entzündlicher Erkrankungen der Haut	3-6	4	4		
	Tarifgruppe II				14,19	20,09
953	1) Oberflächentherapie Warzen (höchstens 4 Stellen in 1 Serie möglich)					
954	2) Entzündungs- und Funktionstherapie von oberflächlichen bis mitteltiefen Organen Entzündl. Bulbuserkrankungen, Glaukom Myositis Parotitis Periodontitis Periostitis Tendinitis Thyreoiditis	4-6	4	4		
	Tarifgruppe III				17,34	24,66
955	Oberflächentherapie Angiome Clavus Dupuytren'sche Kontraktur Induratio penis plastica Narbenkeloid	4-6	3	6		

Pos. Nr.:	INDIKATIONEN	Zahl der Sitzungen je Stelle	Max. Serien i.J.	Serien-pausen i.Woch.	Honorar €	Unkosten €
956	Entzündungs- und Funktions-bestrahlung mitteltiefer - tiefer Organe Arthrose, Arthritis, Bursitis, Calcaneussporn, Epicondylitis, Furunkel, Karbunkel, Lymphadenitis, Mastitis, Gynäkomastie Morbus Bechterew, Morbus Paget, Myositis ossificans, Neuralgie, Herpes zoster, Schweißdrüsenentzündung, Hyperhydrosis, Spondylose, Spondylarthrose	4-6	5	4		
	Tarifgruppe IV				31,29	43,89
957	Tiefentherapie gutartiger Er-krankungen innerer Organe (Gehirn, Schilddrüse, Milz, Niere, Lunge, Leber, Darm, Peritoneum, Genitale, Tonsillen) (bei Kontraindikation gegen Operation) (++)	3-6	4	4		
	Tarifgruppe V				41,41	58,96
958	Kastrationsbestrahlung (++)	4	2	6		
	Tarifgruppe VI				37,64	52,80
959	Fraktionierte kurative Be-strahlung der Malignome der Haut, Lippen und Wangenschleim-haut mit Ausnahme des Melanoma malignum	6-10	4	4		
	(Bei Einzeitbestrahlung 50 % des Tarifes)					

Pos. Nr.:	INDIKATIONEN	Zahl der Sitzungen je Stelle	Max. Serien i.J.	Serien-pausen i.Woch.	Honorar €	Unkosten €
	Tarifgruppe VII				57,60	81,94
960	Fraktionierte prae- oder post-operative Bestrahlung tiefer Malignome (einschl. des Lymphogranuloms, der Lympho-, Leuko- und Reto-thelsarkomatosen sowie beider Parametrien als auch der Myelosen) (++)	8-12	3	6		
	Bei Leukosarkomatose, Lympho-sarkomatose und Retothelsar-komatose gelangen 2 Stellen, höchstens jedoch 4 Stellen zur Verrechnung.					
961	Fraktionierte praeoperative Be-strahlung einer Mamma	8-12	1	---		
	Tarifgruppe VIII				72,94	103,80
962	Fraktionierte prae- oder post-operative Bestrahlung tiefer Malignome, (der Lympho-, Leukosarkomatose, Retothels-arkomatose, beider Parametrien sowie der Myelosen) (ohne das Lymphogranulom) (++)	16-20	3	6-8		
963	Oberflächentherapie bei Mali-gnomenomen des Mundbodens, der Tonsillen, der Zunge, des Rekt-ums, der Vagina und Vulva	16-20	3	6-8		
	Tarifgruppe IX				146,17	207,63
964	Fraktionierte Bestrahlung bei Malignomen der Blase, des Bronchus, des Larynx, des Oesophagus, der Mamma und der gynäkologischen Malignome	25-40	3	8-10		

Pos. Nr.:	INDIKATIONEN	Zahl der Sitzungen je Stelle	Max. Serien i.J.	Serien-pausen i.Woch.	Honorar €	Unkosten €
965	Fraktionierte Oberflächen-therapie bei Melanoma malignum	40	2	8-10		
	Tarifgruppe X				219,10	311,75
966	Siebbestrahlung bei fortgeschrittenen Malignomen des Bronchus, Oesophagus, der gynäkologischen und Blasenmalignome	50-75	1	---		

MUTTER-KIND-PASS
SONDERLEISTUNGSPOSITIONEN

Gemäß § 6 der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 1. April 1974 in der Fassung des jeweils gültigen Zusatzprotokolles.

Pos.:	Art der Leistung:	Tarif/€
	Untersuchungen der Schwangeren:	
821	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. SSW	18,02
822	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. SSW	18,02
823	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. SSW	18,02
824	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	18,02
825	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. SSW	18,02
981	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. SSW	11,55
982	Erste sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW	18,17
983	Zweite sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	18,17
	Untersuchungen des Kindes/Neugeborenen:	
985	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. LW	17,88
986	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. LW	21,80
987	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. LM	21,80

Pos.:	Art der Leistung:	Tarif/€
988	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. LM	21,80
989	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. LM	21,80
990	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. LM	21,80
991	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. LM	21,80
992	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. LM	21,80
993	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. LM	21,80
995	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. LW	11,55
996	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. LM **)**	17,95
997	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. LM	17,95
998	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. LM	21,80
994	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. LW	29,07
999	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. LW	29,07

MUTTER-KIND-PASS
SONDERLEISTUNGSPOSITIONEN
ERLÄUTERUNGEN

1. Die fünf Sonderleistungspositionen zur Untersuchung der Schwangeren (Pos. 821 - 825) sind von Ärzten für Allgemeinmedizin oder Fachärzten für Gynäkologie verrechenbar.

   a) Die erste Untersuchung hat folgende Leistungen zu enthalten:
   Harnuntersuchung (Harn auf Zucker, Harn auf Eiweiß, Sediment); Bestimmung des Hämatokrits und des Hämoglobinwertes; Blutentnahme aus der Vene (Pos. 101) für den Toxoplasmosetest, für den VDRL-Test auf Vorliegen einer Luesinfektion sowie zur Bestimmung der Blutgruppe, des Rhesusfaktors und des Rötelantikörpertiters.

   b) Die zweite Untersuchung hat eine Harnuntersuchung (Harn auf Zucker und Harn auf Eiweiß) zu enthalten.

   c) Die dritte Untersuchung hat die Bestimmung des Hämatokrits und des Hämoglobinwertes sowie eine Hepatitis-B-Untersuchung (HBS-Antigen-Bestimmung) und eine Harnuntersuchung (Harn auf Zucker und Harn auf Eiweiß) zu enthalten.

   d) Die vierte Untersuchung hat eine Harnuntersuchung (Harn auf Zucker und Harn auf Eiweiß) zu enthalten.

   e) Die fünfte Untersuchung hat eine Harnuntersuchung (Harn auf Zucker und Harn auf Eiweiß) zu enthalten.

2. Behandlungsscheine, welche ausschließlich die oben angeführten Leistungen enthalten, gelten als MKP-Fälle und sind von jeder Staffelung und Kürzung ausgenommen.

3. Die internistische Untersuchung der Schwangeren (Pos. 981) ist von Ärzten für Allgemeinmedizin oder von Fachärzten für Innere Medizin durchzuführen.

4. Die Untersuchung des Neugeborenen (Pos. 985) kann nur bei Haus-(Heim)entbindungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Kinderheilkunde in der 1. Lebenswoche, jedoch nicht am Tage der Geburt, verrechnet werden. Die Verrechnung dieser Leistungen ist auf dem Behandlungsschein der Mutter nicht möglich.

5. Die acht Untersuchungen des Kindes (Pos. 986 – 993) können von Ärzten für Allgemeinmedizin oder Fachärzten für Kinderheilkunde verrechnet werden.

6. Die orthopädische Untersuchung des Kindes (Pos. 995) ist von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Kinderheilkunde oder Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie durchzuführen.

7. Die Hals-, Nasen- und Ohrenuntersuchung des Kindes (Pos. 996) ist von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Kinderheilkunde oder Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten durchzuführen.

8. Die Augenuntersuchung des Kindes (Pos. 997) ist von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Kinderheilkunde oder Fachärzten für Augenheilkunde durchzuführen.

9. Die Augenuntersuchung des Kindes (Pos. 998) ist von Fachärzten für Augenheilkunde durchzuführen.

10. Die Ultraschalluntersuchungen der Säuglingshüfte (Pos. 994 und 999) sind von Fachärzten für Kinderheilkunde, Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie oder Radiologie durchzuführen.

11. Hausbesuche zur ausschließlichen Vornahme von MKP-Untersuchungen sind nicht verrechenbar.

MEDIZINISCHE HAUSKRANKENPFLEGE
SONDERLEISTUNGSPOSITIONEN

Tritt mit 1.1.2003 außer Kraft

VORSORGEUNTERSUCHUNG

Gemäß des Gesamtvertrages vom 9.3.2005 idgF sowie der dazu zwischen der Ärztekammer für Steiermark und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse jeweils abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

Pos.:	Art der Leistung:	Tarif/€:
970	Allgemeines Untersuchungsprogramm inkl. Laborblock (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	75,00
971	Allgemeines Untersuchungsprogramm inkl. Blutzucker ohne die übrigen Laborleistungen, für Männer (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	63,10
972	Allgemeines Untersuchungsprogramm ohne Blutzucker und ohne die übrigen Laborleistungen, für Männer (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	62,36
978	Allgemeines Untersuchungsprogramm inkl. Blutzucker ohne die übrigen Laborleistungen, für Frauen (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	61,73
979	Allgemeines Untersuchungsprogramm ohne Blutzucker und ohne die übrigen Laborleistungen, für Frauen (siehe Pkt. 1 der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	60,07
973	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung (siehe Pkt. 3.4. der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	14,69
974	VU-PAP-Abstrich (Erstordination und Tarif für Abstrich) verrechenbar für FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (siehe Pkt. 1.11. der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	17,17
976	VU-PAP-Abstrich (Tarif für Abstrich ohne Erstordination) verrechenbar für Ärzte für Allgemeinmedizin (siehe Pkt. 1.11. der Erläuterungen zu Abschnitt IX)	2,87

VORSORGEUNTERSUCHUNG
ERLÄUTERUNGEN

1. Allgemeines Untersuchungsprogramm

1.1. Das allgemeine Untersuchungsprogramm ist von niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar, mit denen ein aufrechtes VU-Einzelvertragsverhältnis mit der Kasse besteht.

1.2. Mit den Tarifen sind alle Leistungen, die im Allgemeinen Vorsorgeuntersuchungsprogramm enthalten sind, abgegolten und können daher Ordinationen, Facharztzuschläge, Befundberichte, ärztliche Gespräche, Blutentnahme und andere Sonderleistungen, die im Allgemeinen Vorsorgeuntersuchungsprogramm enthalten sind, nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Insbesondere sind damit auch die Kosten für den Ordinationsbedarf sowie die allfälligen Kosten für den Probenversand abgegolten.

1.3. Die nicht im erweiterten Labortarif für Ärzte für Allgemeinmedizin enthaltene Bestimmung der Triglyceride wird im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung anerkannt.

1.4. Ärzte für Allgemeinmedizin, welche keinen kurativen Einzelvertrag mit den ASVG-Krankenversicherungsträgern besitzen, müssen um das Allg. Untersuchungsprogramm inkl. Laborblock verrechnen zu können, den Nachweis eines geeigneten Photometers im Wege über die Ärztekammer für Steiermark erbringen.

1.5. Sind neben der Allgemeinen Vorsorgeuntersuchung auch Leistungen der kurativen Medizin zu erbringen, so ist dies mit der Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen.

1.6. Die Pos. 970 ist nur verrechenbar, wenn sämtliche dieser Laboruntersuchungen von jenem VU-Arzt erbracht werden, der auch die allgemeine Untersuchung gemäß Anlage 1 zum VU-GV 2005 durchführt.

1.7. Die Pos. 970 beinhaltet das Untersuchungsprogramm nach den Vorgaben des Befundblattes (Anlage 1 zum VU-GV 2005) sowie die Laboruntersuchungen Blutzucker quantitativ, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride, rotes Blutbild und Harn quantitativ.

1.8. Der Parameter Gamma GT bleibt grundsätzlich weiter im Programm. Es wird jedoch eine Parallelevaluierung mit dem Audit GMAT Bogen durchgeführt. Falls diese Evaluierung ergibt, dass das Gamma GT keine Aussagekraft hat, scheidet dieser Parameter aus dem Programm aus.

1.9. Die Parameter Triglyceride und rotes Blutbild fallen nach der Übergangsfrist (bis Ende 2006) grundsätzlich weg, außer grundlegende wissenschaftlich gesicherte Studienergebnisse beweisen die Sinnhaftigkeit dieser Parameter in einer Vorsorgeuntersuchung.

1.10. Das rote Blutbild ist nur bei weiblichen Probanden zu bestimmen.

1.11. Die Positionen 974 und 976 sind für Probandinnen ab Vollendung des 18. Lebensjahres alle 12 Kalendermonate verrechenbar.

2. Laboruntersuchungen

2.1. Laboruntersuchungen im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung, die nicht vom VU-Arzt erbracht werden, der auch die allgemeine Untersuchung gemäß Anlage 1 zum VU-GV 2005 durchführt, sind ausschließlich von Vertragsärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik verrechenbar.

2.2. Verrechnungsvoraussetzung ist eine Überweisung (Zuweisung), auf welcher der Vermerk „VU“ angebracht ist.

3. Gynäkologisches Untersuchungsprogramm

3.1. Gemäß § 34 Abs. 1 VU-GV 2005 bleiben für die Durchführung des Gynäkologischen Untersuchungsprogramms die Regelungen des VU-GV 1988 samt den zwischen ÄK für Stmk. und Kasse dazu getroffenen Zusatzvereinbarungen unverändert gültig.

3.2. Zur Durchführung des gynäkologischen Untersuchungsprogramms sind Ärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe berechtigt.

3.3. Das Gynäkologische Untersuchungsprogramm beinhaltet das Untersuchungsprogramm nach den Vorgaben des gynäkologischen Befundblattes (Anlage 2 zum VU-GV 1988) und ist für Probandinnen ab Vollendung des 19. Lebensjahres alle 12 Kalendermonate verrechenbar.

3.4. Mit der Pos. 973 sind alle Leistungen, die im Gynäkologischen Untersuchungsprogramm enthalten sind, abgegolten und können daher Ordinationen, Facharztzuschläge, Befundberichte, Ärztliche Gespräche und andere Sonderleistungen, die im Gynäkologischen Programm enthalten sind, nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

3.5. Sind neben der Gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung auch Leistungen der kurativen Medizin zu erbringen, so ist dies mit der Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen.

3.6. Gemäß § 34 Abs. 3 VU-GV 2005 soll zusätzlich zum Befundblatt das Dokumentationsblatt „PAP-Abstrich“ (Anlage 3 des VU-GV 2005) ausgefüllt und der Kasse übermittelt werden. Die Kasse verzichtet bis auf weiteres auf die Übermittlung des Befundblattes.

3.7. Verrechnungsvoraussetzung ist ein Anspruchsnachweis, auf dem der Vermerk „VU“ angebracht ist. Im Rahmen des Gynäkologischen Untersuchungsprogramms sind Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe berechtigt, selbst zur zytologischen Untersuchung bzw. zur Mammographie zu überweisen. In diesen Fällen ist die Überweisung (Zuweisung) mit dem Vermerk „VU“ zu kennzeichnen.

3.8. Die Vertragsparteien kommen überein, dass diese Regelung lediglich eine Übergangsregelung für eine neue gynäkologische Vorsorgeuntersuchung in der Steiermark ist. Es werden umgehend Verhandlungen, mit der Absicht eine neue steirische gynäkologische Vorsorgeuntersuchung zu vereinbaren, aufgenommen.